

**DRIN
DRIN**



**POLITICAL POSITION PAPER PER LA
SALUTE MENTALE**

Sommario

CAPITOLO 1: SALUTE MENTALE.....	2
1.1 Introduzione.....	2
1.2 Dati epidemiologici.....	3
CAPITOLO 2: LO STATO ATTUALE.....	7
2.1 Legislazione corrente.....	7
2.3 Risorse.....	11
CAPITOLO 3: CRITICITÀ.....	15
3.1 Quante risorse abbiamo per rispondere alla richiesta?.....	15
3.2 Cure psicologiche.....	19
3.3 Rapporto con l'ambito giudiziario.....	21
3.4 Prevenzione e Fasce d'età fragili: giovani, anziani e donne.....	26
3.5 Dipendenze.....	31
3.6 Salute mentale e cure primarie.....	34
3.7 Innovazione e ricerca.....	36
CAPITOLO 4: PROPOSTE ED AUSPICI.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	41

CAPITOLO 1: SALUTE MENTALE

1.1 Introduzione

La salute mentale rappresenta un'importante dimensione della salute personale e sociale. In una società come quella italiana, che si caratterizza per la presenza di molte arretratezze culturali, molte persone che si sottopongono a una terapia o utilizzano psicofarmaci sono vittime di pregiudizi e di stigma. Questo non solo compromette la vita sociale dell'individuo, ma genera un circolo vizioso che ostacola il percorso di cura. È necessaria una profonda trasformazione per superare l'arretratezza culturale nei confronti di tutto ciò che ha a che fare con la salute mentale. Questo documento, che vuole basarsi su dati, analisi e proposte, ha l'obiettivo di fornire gli strumenti per contribuire al dibattito politico sottolineando la priorità di nuove strategie nell'ambito della tutela della salute mentale nel nostro paese.

I primi tre capitoli di questo lavoro offrono uno sguardo tecnico ed educativo, accessibile anche a chi non è del settore. Il quarto capitolo propone invece soluzioni concrete, per migliorare il sistema sanitario nell'ambito della salute mentale.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute mentale è “uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, affronta le tensioni della vita, lavora produttivamente e contribuisce alla comunità”. Similmente, l'American Psychological Association (APA) e la Mental Health Foundation sottolineano il ruolo del benessere emotivo, della produttività e della capacità di affrontare lo stress.

Le caratteristiche fondamentali della salute mentale, che emergono dalle definizioni di cui sopra, sono le seguenti:

1. La salute mentale è parte integrante della salute globale della persona.
2. Ha una dimensione ecologica, poiché il contesto influisce sul benessere individuale.
3. Rappresenta una questione di salute pubblica, non solo individuale.
4. Include prevenzione e miglioramento dei contesti sociali, oltre alla cura dei disturbi.
5. Combattere i pregiudizi e lo stigma è essenziale per progredire.
6. Gli investimenti nella salute mentale sono indicatori del livello di civiltà di una comunità.

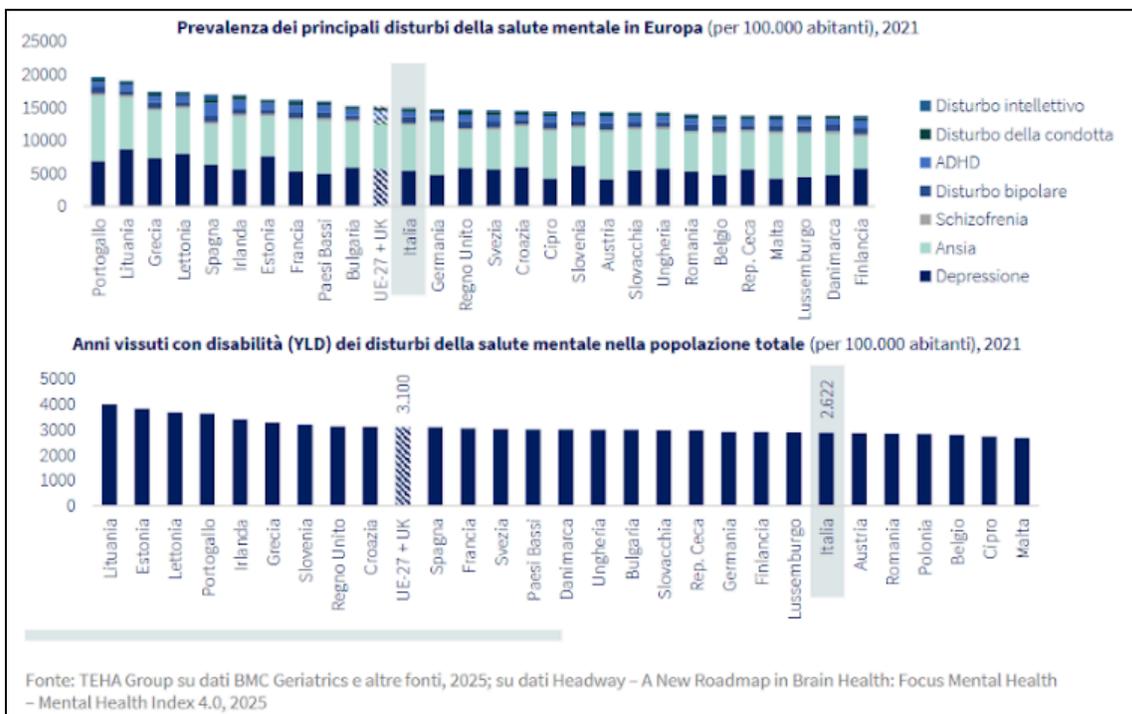
Secondo l'articolo 32 della Costituzione Italiana, "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". Questo principio deve abbracciare pienamente la salute mentale, per garantire dignità e assistenza a chiunque ne abbia bisogno. Promuovere una cultura di inclusività e consapevolezza sulla salute mentale non è soltanto un atto di giustizia sociale, ma una necessità per il benessere collettivo, anche economico. È un percorso che richiede l'impegno di ciascuno: dai cittadini agli esperti, fino alle istituzioni.

1.2 Dati epidemiologici

I disturbi psichiatrici rappresentano una categoria ampia e complessa di patologie definite dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), caratterizzate da alterazioni clinicamente significative della sfera emotiva, cognitiva e comportamentale che interferiscono nella vita quotidiana delle persone. Tra i principali disturbi psichiatrici identificati nel DSM-5 vi sono:

- **Disturbi dell'umore:** tra cui depressione maggiore, caratterizzata da sentimenti persistenti di tristezza, perdita di interesse o piacere, cambiamenti nel peso e nel sonno e disturbo bipolare, con episodi alternati di mania e depressione. La mania è definita come uno stato di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile, accompagnato da aumento dell'energia e attività, diminuito bisogno di sonno, pensieri accelerati e spesso da comportamenti impulsivi o rischiosi.
- **Disturbi d'ansia:** includono disturbo d'ansia generalizzato, caratterizzato da preoccupazione eccessiva persistente, disturbo di panico, con attacchi improvvisi di paura intensa, fobie specifiche e disturbo ossessivo-compulsivo.
- **Schizofrenia e altre psicosi:** caratterizzate da alterazioni profonde del pensiero, della percezione, delle emozioni e dei comportamenti, con sintomi come deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero e isolamento sociale.
- **Disturbi della personalità:** si caratterizzano per pattern persistenti e pervasivi di esperienza interiore e comportamento che si discostano significativamente da quanto atteso nel contesto individuale e sociale della persona. Questi pattern si manifestano in aree come la cognizione, l'affettività, il funzionamento interpersonale e il controllo degli impulsi, causando disagio clinicamente significativo o compromissione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre importanti aree della vita. Un esempio è il disturbo borderline, caratterizzato da instabilità nelle relazioni, nell'immagine di sé e nell'affettività.
- **Disturbi da uso di sostanze:** coinvolgono l'uso problematico di alcol e droghe, causando disabilità clinicamente significative o disagio.
- **Demenze e disturbi cognitivi:** includono deterioramento progressivo delle funzioni cognitive come memoria, linguaggio e capacità esecutive.
- **Disturbi dello spettro autistico (Autismo):** caratterizzati da difficoltà persistenti nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale, associati a comportamenti ripetitivi, interessi limitati e sensibilità sensoriali insolite.
- **Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD):** caratterizzato da disattenzione persistente e/o iperattività-impulsività, che interferiscono con lo sviluppo e il funzionamento quotidiano.
- **Disturbi dell'alimentazione:** come anoressia nervosa, caratterizzata da restrizione alimentare estrema e preoccupazione patologica per il peso, bulimia nervosa, contraddistinta da episodi ricorrenti di abbuffate seguiti da comportamenti compensatori inappropriati, e disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating), caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate senza condotte compensatorie.

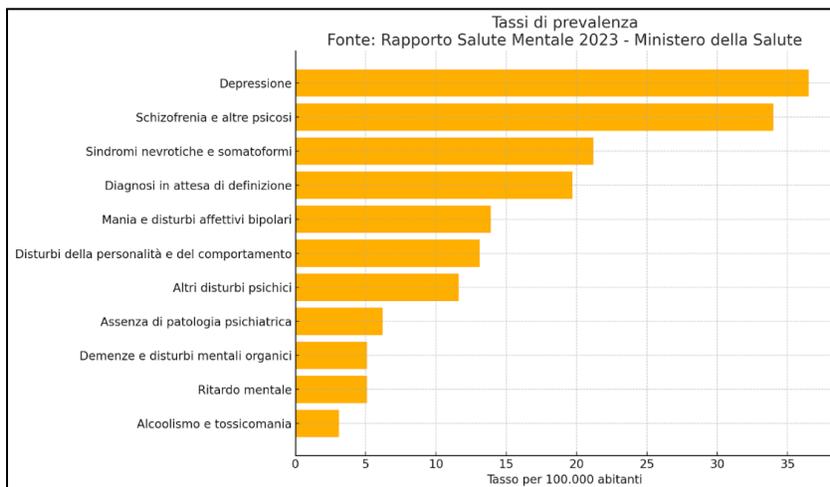
Secondo le stime più recenti dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), nel 2021 il 13,9% della popolazione mondiale ha sperimentato disturbi mentali. Tra i disturbi più diffusi vi sono l'ansia (5,4% della popolazione) e la depressione (4,5% della popolazione). Si stima anche che circa il 2,4% della popolazione soffra di disturbi legati all'uso di droghe e alcol. Gravi malattie mentali come i disturbi bipolari colpiscono quasi 5 milioni di persone (1% della popolazione), mentre i disturbi schizofrenici colpiscono lo 0,3% delle persone. Inoltre, l'IHME ha evidenziato che nel 2019, nell'Unione Europea (UE), i disturbi mentali rappresentano una causa significativa di perdita di salute, con un aumento del 14,5% nel tasso di anni di vita persi (YLLs) rispetto al 2010.



Secondo il "Rapporto sulla salute mentale" del Ministero della Salute (2023), gli utenti assistiti dai servizi specialistici in Italia ammontano a 854.040 persone, con una prevalenza complessiva standardizzata di 169,5 per 10.000 abitanti adulti. Questo dato contrasta fortemente con la prevalenza stimata di circa 1 persona su 6 affetta da disturbi mentali, indicando che il sistema pubblico oggi si occupa soltanto di una parte della domanda di salute mentale.

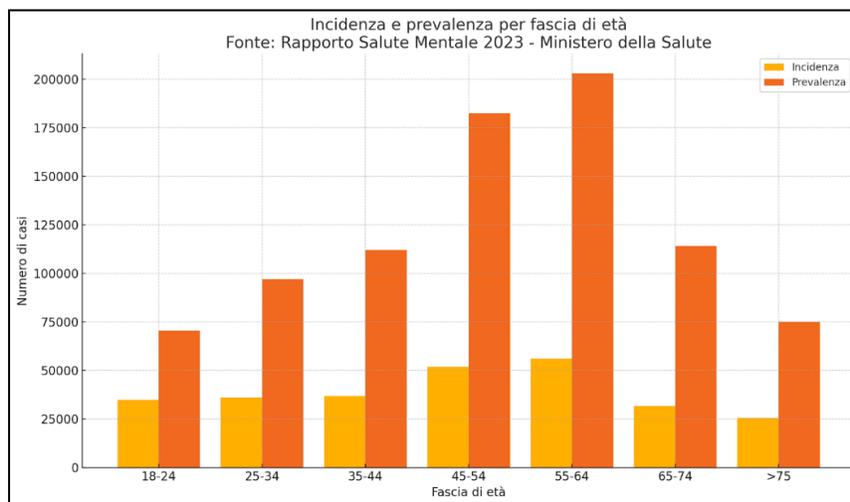
In Italia la prevalenza di disturbi mentali, tra il 2019 e il 2021, ha registrato un aumento superiore alla media europea, sia per quanto riguarda l'ansia (+1.148 casi per 100.000 abitanti) che la depressione (+680 casi per 100.000 abitanti). Analizzando la prevalenza per diagnosi, emerge che il disturbo più comune è la depressione con 36,5 casi per 10.000 abitanti, seguita dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (21,2 casi) e dalla schizofrenia e altre psicosi funzionali (34,0 casi). Questi disturbi mostrano significative differenze di genere: la prevalenza della depressione nelle donne è di 45,9 casi per 10.000 abitanti contro 26,4 negli uomini, mentre i disturbi schizofrenici e da uso di sostanze risultano più frequenti nei maschi.

Per quanto riguarda l'incidenza, cioè i nuovi casi trattati nel 2023, la depressione rimane il disturbo più rilevante con un tasso di 11,3 casi per 10.000 abitanti, seguita dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (7,8 casi) e dalla schizofrenia e altre psicosi funzionali (5,7 casi). Anche nell'incidenza si conferma una predominanza femminile per depressione (14,2 casi contro 8,3 nei maschi) e sindromi nevrotiche (9,2 casi nelle donne e 6,4 nei maschi).



Se si analizzano i tassi di prevalenza per fasce d'età si nota come il servizio pubblico concentra le sue attenzioni prevalentemente nelle fasce 45-54 e 55-64 anni.

Il confronto con i tassi di incidenza, tuttavia, indica che il numero di nuovi accessi (e quindi la domanda) è meno disomogeneo per fasce d'età con tassi di incidenza nelle fasce 18-24 e 25-34 anni più vicini a quella in altre fasce d'età.



Questo dato è coerente con il trend globale di crescita della domanda di accesso ai servizi di salute mentale da parte delle fasce giovanili della popolazione. Secondo l'OMS (2021), circa il 14% degli adolescenti a livello globale presenta un disturbo mentale diagnosticabile.

In Italia, l'Istituto Superiore di Sanità stima che il 16% dei giovani tra i 14 e i 19 anni manifesti sintomi riconducibili ad ansia o depressione.

Contrariamente alla narrazione diffusa, il disagio mentale giovanile non è un fenomeno sorto con la pandemia di Covid-19, ma affonda le sue radici in una crisi più profonda e preesistente da oltre due decenni (The Lancet Psychiatry Commission on Youth Mental Health, 2024), che il Covid ha semplicemente reso più visibile.

I disturbi mentali hanno, inoltre, un forte impatto sul funzionamento sociale e lavorativo degli individui. In Italia il tasso di occupazione per le persone con gravi disturbi mentali è inferiore di 22 punti percentuali rispetto alla popolazione generale, attestandosi solo al 40,2% (al di sotto della media UE di 42,7%) contro il 62,1% della popolazione generale. Gli individui con disturbi mentali trascorrono in media 30 settimane in più all'anno in congedo di malattia e sono più inclini a fare affidamento su sussidi di malattia e disoccupazione. Inoltre, le persone con problemi di salute mentale presentano tassi di assenteismo più elevati e salari più bassi (circa il 30% in meno secondo l'OECD) e una maggiore probabilità di abbandonare prematuramente l'occupazione.

CAPITOLO 2: LO STATO ATTUALE

2.1 Legislazione corrente

L'attuale assetto dell'assistenza psichiatrica in Italia ha origine con la Legge 180 del 1978, conosciuta come Legge Basaglia, anche se in realtà fu il frutto di convergenze e mediazione fra soggetti diversi che promossero una legge in condizioni di urgenza per evitare un referendum che avrebbe abolito qualsiasi norma relativa all'assistenza psichiatrica. Questa legge ha segnato una svolta storica e pionieristica a livello internazionale, ponendo fine all'epoca dei manicomi e introducendo un modello di cura fondato sulla centralità dei servizi territoriali, sulla tutela della dignità della persona e sul diritto al consenso. La legge 180 ha riformato radicalmente la precedente legislazione che derivava dalla legge del 14 febbraio 1904, n. 36 che istituiva in Italia gli ospedali psichiatrici. I ricoveri, fino al 1978 erano disposti dall'autorità giudiziaria, su segnalazione di un medico per motivi di “pericolosità a per sé o per altri o per pubblico scandalo“. Ogni ricovero era, in quanto disposto dalla Procura, obbligatorio. Negli anni 30 i ricoverati in ospedale psichiatrico avevano segnato nel proprio casellario giudiziario il ricovero come fosse un precedente penale e solo nel 1968 tale obbligo fu abolito insieme all'introduzione della possibilità di ricoverarsi volontariamente, vedasi legge 18 Marzo 1968, n. 431 (GU n. 101 del 20/04/1968). A particolare dall'insoddisfazione di quella riforma e dalle conseguenti pressioni sociali e culturali che 10 anni dopo fu approvata la legge 180.

La riforma ha vietato nuovi ricoveri negli ospedali psichiatrici, ne ha disposto la progressiva chiusura, e ha definito le condizioni per l'attivazione degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori (TSO), sottoposti a garanzie giuridiche demandando cura e assistenza alle attività territoriali. Incorporata nella Legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, la 180 ha rappresentato non solo un cambiamento normativo, ma anche un profondo cambio di paradigma culturale, orientato alla deistituzionalizzazione e all'inclusione sociale.

A partire dalla Legge 229 del 1999 (cosiddetta “legge Bindi”), si avvia un processo di riforma dell'organizzazione sanitaria in cui viene rafforzato il modello di azienda unità sanitaria locale, già introdotto nel 1992 (Legge De Lorenzo), e si introduce il concetto di Dipartimento come struttura organizzativa che aggrega più unità operative, con l'obiettivo di garantire prestazioni integrate, una gestione efficiente delle risorse, la valorizzazione delle competenze professionali e il coinvolgimento dei professionisti nelle decisioni strategiche. In questo contesto si inserisce il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), peraltro già citato nel progetto obiettivo per la tutela della salute mentale del 1994, che assume il compito di coordinare e integrare i servizi psichiatrici sul territorio. Il DSM rappresenta così l'articolazione funzionale attraverso cui si realizzano i principi della riforma, promuovendo un approccio centrato sulla persona, orientato alla cura, riabilitazione e inclusione sociale, e in grado di garantire una gestione integrata, efficace e territoriale dell'assistenza in salute mentale.

La riforma del titolo V della costituzione, attuata in seguito alla legge costituzionale 3 del 2001 ha portato una riattribuzione di competenza alle Regioni; questo, di conseguenza, ha determinato, anche per la salute mentale, la moltiplicazione di documenti programmatori regionali con diversi assetti organizzativi.

In relazione a questo le diverse Regioni hanno adottato approcci differenti in merito alla inclusione delle diverse aree di competenza (come età evolutiva, disabilità, dipendenze) all'interno dei DSM. Per alcune di queste il DSM è divenuto l'organizzazione complessiva che riassume le diverse competenze specifiche, per altre invece ognuna di queste aree fa riferimento a cornici organizzative diverse.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è una unità operativa la cui rete dei servizi essenziali è costituita da: Centro di Salute Mentale (CSM), Centro Diurno (CD), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), Day Hospital (DH), Strutture residenziali (SR).

- **Centro di Salute Mentale:** è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. Svolge: Attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica; Definizione e attuazione programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete ed eventualmente anche residenziali, nella strategia della continuità terapeutica; Attività di raccordo con i medici di medicina generale; Consulenza specialistica ai servizi di confine ed alle strutture residenziali per anziani e disabili; Attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza, al fine di assicurare continuità terapeutica; Valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità.
- **Centro Diurno Psichiatrico:** è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. È aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana ed è dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.
- **Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura:** è l'area di degenza ospedaliera dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori. Il Servizio esplica attività di consulenza alle altre strutture ospedaliere; accoglie casi di urgenza o di crisi nei quali sia inefficace ogni altro intervento terapeutico a livello territoriale o si renda necessario un intervento terapeutico intensivo in struttura ospedaliera. È ubicato nel contesto di Aziende Ospedaliere o di Presidi ospedalieri di Aziende U.S.L o di Policlinici Universitari ed ha un numero non superiore a 16 posti letto.
- **Day Hospital:** costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con l'SPDC. Può inoltre essere collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM. È aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana ed ha funzione di: permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi, effettuare interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi, ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata. La persona vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

- **Strutture residenziali:** strutture di comunità dove si svolge parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo. Offrono una rete di rapporti e opportunità emancipative tramite attività riabilitative, con massimo 20 posti letto. Le SR sono situate in località urbanizzate e accessibili per prevenire l'isolamento e favorire lo scambio sociale. L'accesso e la dimissione dei pazienti seguono un programma personalizzato concordato tra operatori del DSM, operatori della SR, pazienti e persone di riferimento.

In Italia, 47 anni dopo la legge di riforma psichiatrica, il dibattito sui trattamenti efficaci e sulle migliori organizzazioni e norme per una adeguata assistenza ai disturbi mentali è ancora aperto. Tuttavia, la varietà delle esperienze locali ha impedito una comparazione sui dati di esito dei trattamenti medici e psicologici, sul rapporto costo/benefici dei servizi, dell'efficacia teorica/reale dell'organizzazione assistenziale e sull'efficienza/efficacia dei programmi terapeutici. La legge 180/78 impedì nuovi ingressi nei manicomi, istituendo gli SPDC per trattamenti psichiatrici obbligatori e volontari. La legge di Riforma Sanitaria 833/78 delegava alle Regioni la creazione di servizi dipartimentali con funzioni preventive, curative e riabilitative per la salute mentale. L'indeterminatezza legislativa sulla funzione psichiatrica ospedaliera ha impedito una definizione organizzativa degli spazi di degenza e lo sviluppo di metodologie basate su evidenze scientifiche, legate ai programmi di continuità assistenziale dei CSM. Ogni DSM ha sviluppato proprie metodologie e procedure incomparabili tra le diverse articolazioni di assistenza psichiatrica, rispondendo esclusivamente a esigenze operative locali sull'uso dello spazio ospedaliero.

I nodi critici non sono stati neppure sfiorati dai Progetti Obiettivi Nazionali sulla Salute Mentale (1994/96 e 1998/2000) che indicano con precisione obiettivi e interventi, azioni, modelli organizzativi, funzioni del DSM, standard e gestione del personale, requisiti strutturali e tecnologici per le strutture del DSM e il ruolo degli Enti Locali. Sono state in discussione nelle Commissioni Parlamentari numerose proposte di legge di modifica della 180: alcune proposte, in maniera più o meno marcata, sottolineano la pericolosità sociale del malato di mente e propongono la trasformazione di un atto medico (TSO) in una misura di sicurezza psichiatrica altre non fanno che ribadire i principi ispiratori della 180 senza però aggiornare l'organizzazione e la normativa ai cambiamenti avvenuti in questi decenni.

La Legge 833/1978 ha cambiato radicalmente motivi e procedure che possono portare una persona ad avere dei trattamenti coercitivi: non si parla più di "pericolosità per sé e per gli altri" come nella legge del 1904 ma di "trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori". L'ASO, accertamento sanitario obbligatorio, è un provvedimento che viene richiesto al sindaco da un medico nei confronti di una persona non reperibile per la quale si abbia il fondato sospetto di alterazioni psichiche tali da rendere urgente un intervento terapeutico. L'accertamento sanitario obbligatorio è disposto con un'ordinanza del Sindaco, in qualità di Autorità Sanitaria locale, su proposta motivata del medico richiedente. L'ordinanza deve indicare il luogo (che può essere il Centro di salute mentale, l'ambulatorio, il domicilio del paziente, il pronto soccorso) in cui l'accertamento deve essere effettuato. Dopo questo accertamento, se ci sono le condizioni e la persona rifiuta di sottoporsi alle cure necessarie, può essere disposto un trattamento sanitario obbligatorio, TSO. Quest'ultimo consiste in una prassi sanitaria attraverso cui un individuo viene sottoposto a cure mediche contro la sua volontà. Il riferimento normativo sono gli articoli 33, 34 e 35 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 "Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori".

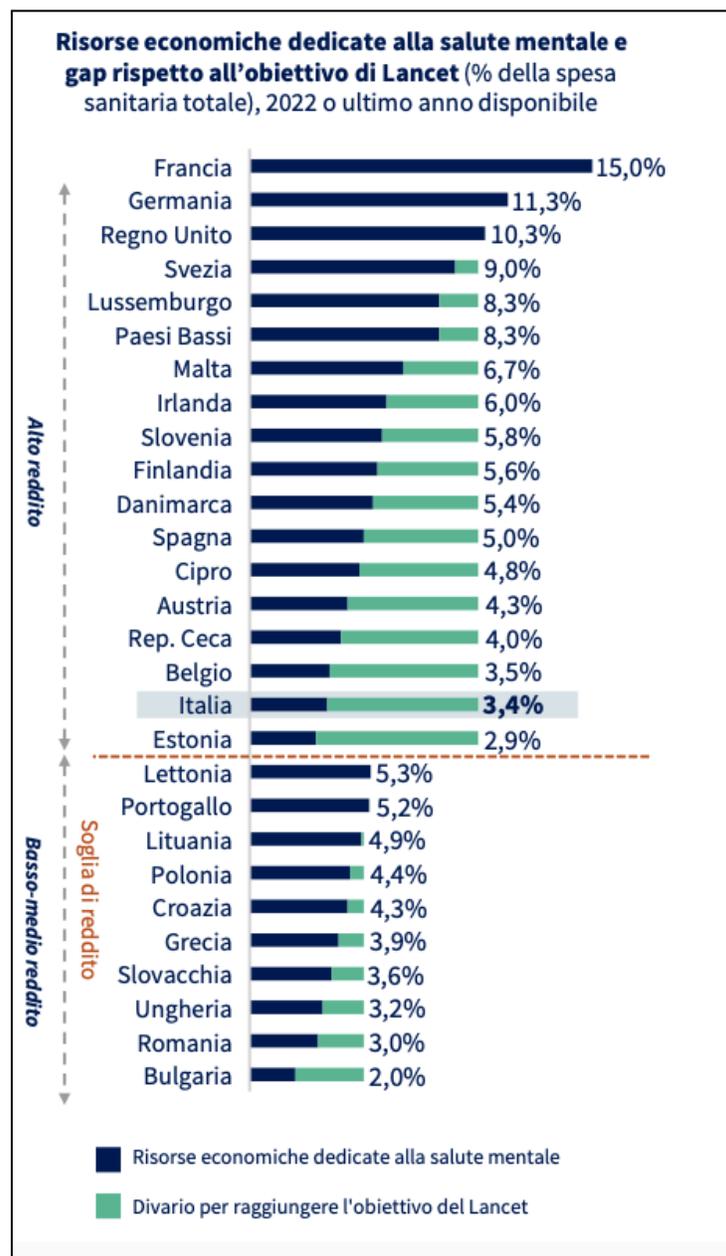
In base al regolamento, “il trattamento sanitario obbligatorio per disturbi psichici può avvenire in condizione di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se il paziente non voglia sottoporsi volontariamente a tali trattamenti, qualora non vi siano le condizioni che consentano di adottare tempestive e idonee misure straordinarie extraospedaliere. Il TSO viene disposto con provvedimento motivato del sindaco del comune dove risiede la persona nei cui confronti si vuole disporre il trattamento o del comune dove la persona momentaneamente si trova, nella sua qualità di autorità sanitaria. Il TSO deve essere proposto e motivato da un medico e convalidato da un altro medico che abbia una funzione pubblica, spesso un medico del Dipartimento di Salute Mentale o da altro medico della struttura pubblica” (Ministero della Giustizia, 2015; artt. 33, 34 e 35 l. n. 881/1978). Secondo la legge i medici non devono essere necessariamente psichiatri e sono tenuti a produrre certificazioni relative alle condizioni della persona che giustifichino e motivino la proposta di TSO. Il TSO viene poi disposto da un’ordinanza del sindaco che prevede che la persona venga accompagnata coercitivamente dalla polizia locale e dai sanitari presso un ospedale per il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Una volta effettuato il ricovero, il provvedimento di TSO deve essere trasmesso al giudice tutelare, il quale potrà convalidare o meno. Se il TSO non viene convalidato dal Giudice Tutelare, il sindaco deve disporre l’immediata cessazione. Può accadere che durante la degenza il paziente accetti le cure; in questo caso il provvedimento di TSO decade e si rientra nel regime ordinario dei ricoveri ovvero diviene un ricovero volontario. Ogni persona sottoposta a TSO o chiunque vi abbia interesse può proporre ricorso al tribunale contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Un ulteriore e significativo cambiamento nelle politiche della salute mentale prende avvio nel 2008 quando il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 ha trasferito al Servizio sanitario nazionale (SSN) le funzioni sanitarie negli istituti penitenziari e di conseguenza è diventata competenza dei DSM e quando nel 2012 con la legge 9 e la legge 81 del 2014 si dà indicazione operativa per la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari sostituiti da procedure articolate di presa in carico a diversa intensità per le persone con disturbo mentale autori di reato la prima delle quali prevede programmi riabilitativi da effettuarsi direttamente nei servizi del DSM di competenza, la seconda in strutture riabilitative appositamente individuate e la terza il ricovero presso Residenze per l’esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS) alle quali vengono inviate le persone che necessitano di un intervento intensivo di cura e custodia. Le REMS (Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza) sono strutture che svolgono sia funzioni di custodia sia percorsi di riabilitazione sociale per persone affette da disturbi mentali che hanno commesso gravi reati e sono considerate pericolose. Attualmente, in Italia, ci sono 30 REMS distribuite in diverse regioni. A differenza dei vecchi OPG, le REMS sono gestite esclusivamente dal Sistema Sanitario Nazionale, e il ricovero in queste strutture viene disposto dal giudice solo quando non esistono alternative efficaci per garantire la cura della persona e gestirne la pericolosità sociale. Sebbene rappresentino un progresso rispetto agli OPG, caratterizzati da condizioni pessime denunciate in un’indagine parlamentare del 2011, le REMS presentano ancora diverse criticità nella loro attuazione pratica fra cui un aumento del numero di ricoverati e un cambiamento sostanziale di bisogni e patologie rispetto all’epoca precedente la loro istituzione.

2.3 Risorse

Aspetti economici e finanziari

Se si considera la percentuale della spesa per la salute mentale sul totale del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), l'Italia si colloca all'ultimo posto tra i Paesi europei, con un valore pari a 3,4%. In confronto, la media europea (incluso il Regno Unito) è del 5,7%, con nazioni come la Francia e la Germania che destinano rispettivamente il 15% e l'11,2% della loro spesa sanitaria alla salute mentale. Questo dato deve essere osservato, altresì, rispetto alla spesa sanitaria pubblica italiana che si attesta al 6,2% del PIL, dato inferiore alla media OCSE del 6,9% e dei paesi europei pari al 6,8%.



Analizzando l'investimento pro-capite in Italia, il finanziamento annuale per abitante dedicato alla salute mentale è stimato tra i 70 e gli 80 euro, cifra sensibilmente inferiore rispetto a quanto investito in altri paesi europei. In Germania, ad esempio, l'investimento pro-capite annuo si aggira intorno ai 300 euro, mentre nel Regno Unito si attesta sui 250 euro annui (Eurostat, 2022). Nel 2022, il costo medio annuo per residente per l'assistenza psichiatrica è stato pari a 71,9 euro, per una spesa complessiva di 3,4 miliardi di euro. Quest'ultima risulta così ripartita: 1,46 miliardi di euro destinati all'assistenza ambulatoriale e domiciliare, 397 milioni di euro per l'assistenza semiresidenziale, 1,53 miliardi di euro per l'assistenza residenziale e 194 milioni di euro per i ricoveri ospedalieri.

Un altro aspetto rilevante riguarda la spesa per i farmaci destinati alla salute mentale. Nel 2023, il costo per l'acquisto di antidepressivi ha superato i 400 milioni di euro, mentre la spesa per gli antipsicotici si è attestata intorno agli 84 milioni di euro e quella per il litio a circa 3,8 milioni di euro. Il confronto con i dati del Rapporto Salute Mentale 2019 evidenzia un aumento complessivo della spesa farmaceutica pari a 21,4 milioni di euro tra il 2019 e il 2024.

Strutture e servizi disponibili

Il sistema di salute mentale in Italia è strutturato attraverso diverse tipologie di strutture e setting assistenziali, le quali svolgono un ruolo fondamentale nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle persone affette da disturbi psichiatrici. Tuttavia, la loro distribuzione sul territorio nazionale risulta essere fortemente disomogenea, con significative differenze tra le varie regioni. Secondo i dati più recenti, aggiornati al 2023 del Rapporto Salute mentale del Ministero della Salute, risultano attivi 1.248 servizi territoriali, che rappresentano il primo livello di assistenza e fungono da punto di riferimento per la gestione dei pazienti a livello locale. Queste strutture operano in sinergia con i servizi ospedalieri e residenziali, cercando di garantire un percorso di cura il più possibile integrato e accessibile.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, dedicate all'assistenza a lungo termine, nel 2023 se ne contavano 1.833, con una disponibilità complessiva di 25.384 posti letto. I centri semiresidenziali, che forniscono assistenza diurna, erano 689, per un totale di 13.284 posti disponibili. Sul fronte dell'ospedalizzazione, risultavano operativi 315 reparti di diagnosi e cura psichiatrica (SPDC), con 3.786 posti letto per ricoveri ordinari e 281 posti destinati al day hospital. A questi si aggiungevano 17 strutture ospedaliere convenzionate, dotate complessivamente di 623 posti letto per degenza ordinaria e 2 posti per day hospital.

Personale impiegato

Nel 2023, il personale impiegato nelle unità operative psichiatriche pubbliche in Italia ammontava a 29.114 unità. Questo dato, pur rappresentando la fotografia più aggiornata della situazione, evidenzia una distanza significativa rispetto agli obiettivi previsti dalla determinazione dei fabbisogni del personale, concordata in sede di Conferenza Stato-Regioni, (sulla base delle analisi condotte da AGENAS) nel 2022. Secondo tale studio, il fabbisogno ideale per garantire un funzionamento ottimale dei servizi territoriali sarebbe stato pari a 33.422 unità, con uno standard di 6,7 operatori ogni 10.000 abitanti sulla popolazione adulta.

Oltre a questi, si prevedevano 7.527 unità dedicate ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedalieri e 459 operatori per l'assistenza psichiatrica in ambito carcerario.

L'elaborazione di questi parametri è stata effettuata nell'ottica di riorganizzare l'assistenza territoriale in linea con le disposizioni del Decreto Ministeriale 77/2022, il quale ha introdotto nuove linee guida per il potenziamento della sanità territoriale e dei servizi di prossimità. Tuttavia, a distanza di oltre tre anni, questi standard necessiterebbero di un aggiornamento per tenere conto dell'evoluzione della domanda di salute mentale e dei mutamenti socio-demografici della popolazione.

L'analisi della suddivisione delle professioni sanitarie all'interno del sistema di salute mentale evidenzia altri aspetti importanti per l'analisi del sistema. Nel 2023, la distribuzione delle figure professionali era così articolata: 41,8% infermieri, 17,2% medici specialisti, 6,9% psicologi, 11,6% operatori sociosanitari (OSS), 8,6% educatori professionali e tecnici della riabilitazione e 4,1% assistenti sociali. Se confrontiamo questi dati con quelli del Rapporto Salute Mentale 2019, emerge una sostanziale stabilità sia nei numeri complessivi che nelle percentuali di ripartizione tra le diverse figure professionali con un calo della percentuale di medici specialisti, elemento che pone limiti alla capacità delle strutture territoriali di garantire una presa in carico appropriata, essendo il medico psichiatra tipicamente la figura di riferimento nell'equipe di cura.

Attività dei servizi e prestazioni erogate

Nel 2023 sono state fornite complessivamente 9.601.165 prestazioni, con una media di 13,6 interventi per utente. La distribuzione degli interventi evidenzia un forte sbilanciamento a favore degli interventi in sede, che rappresentano l'81,8% del totale, mentre solo l'8,4% delle prestazioni è stato erogato in forma domiciliare. L'analisi dettagliata della tipologia di attività fornite dai servizi di salute mentale mette in evidenza una netta prevalenza degli interventi di natura infermieristica, che costituiscono il 30,7% del totale. L'assistenza psichiatrica, che comprende visite specialistiche e monitoraggio clinico, rappresenta il 25,2%, mentre le attività di riabilitazione incidono per il 11,6%. Tuttavia, la quota di interventi di supporto psicologico e psicoterapico continua a rimanere marginale rispetto alle necessità della popolazione, riflettendo probabilmente una carenza strutturale di servizi dedicati a questa componente essenziale del trattamento dei disturbi mentali. Nel 2023, sono state registrate 10.575.255 giornate di presenza per 27.768 utenti nelle strutture residenziali, con una durata media di trattamento pari a 1.097,9 giorni. Questo dato indica che, pur in presenza di pazienti con necessità di assistenza prolungata, il sistema è tendenzialmente orientato al mantenimento delle persone. Tale orientamento allontana le funzioni di queste strutture dagli obiettivi riabilitativi, rischiando di riprodurre la logica della istituzionalizzazione fortemente contrastata (negli intenti) dalla legislazione vigente. La recovery ed il reinserimento lavorativo rappresenta una delle esigenze centrali per le persone con disagio psichico. Sebbene rientri tra le competenze dei DSM, nella pratica è spesso affidato al terzo settore (cooperative sociali, CRAP, centri diurni), che offrono percorsi riabilitativi, relazionali e occupazionali. Tuttavia, la sostenibilità e la qualità di questi percorsi variano molto da territorio a territorio, e non sempre rispondono in modo efficace ai bisogni di autonomia e inclusione e spesso le misure di outcome di tipo occupazionale sono assenti.

Sul fronte dell'ospedalizzazione, nel 2023 si sono registrati 144.246 ricoveri ospedalieri, per un totale di 1.175.858 giornate di degenza. La durata media del ricovero è stata di 12,4 giorni. Questi numeri segnano una riduzione dei tempi di ricovero rispetto al 2019, che, se da un lato risponde ad esigenze di efficientamento del sistema ospedaliero, dall'altro può rappresentare un rischio per la stabilità clinica dei pazienti all'atto della dimissione e una diminuzione della capacità del sistema di gestire le patologie psichiatriche a livello territoriale.

Un altro dato particolarmente significativo riguarda i Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), che nel 2023 hanno rappresentato il 5,7% di tutti i ricoveri nei reparti psichiatrici pubblici (1 ogni 10000 abitanti, in media). Sebbene si assista ad un trend di riduzione del numero di TSO (sulla base dei dati delle schede di dimissione ospedaliera, SDO) da 8289 del 2015 a 4879 del 2023 persistono differenze sostanziali nel ricorso a questo strumento tra diverse regioni. Il tasso nel 2023 infatti va da un minimo di 0,1 della provincia autonoma di Bolzano ad un massimo del 2,6 per 10000 abitanti dell'Umbria. Questo trend riflette la forte disomogeneità tra i diversi sistemi territoriali di offrire assistenza extraospedaliera.

L'indicatore della continuità assistenziale ospedale-territorio, che misura la percentuale di pazienti che hanno ricevuto una visita psichiatrica entro 14 giorni dalla dimissione ospedaliera, mostra che nel 2023 solo il 36,5% dei pazienti ha avuto un follow-up entro le due settimane successive alla dimissione, e solo il 43,5% entro i 30 giorni successivi. Le differenze regionali anche in questo ambito sono molto marcate. In alcune regioni, come il Lazio, il tasso di visite di follow-up entro 14 giorni è estremamente basso, attestandosi tra il 15,6% e il 19,2%. Al contrario, in altre regioni del Nord, come il Trentino-Alto Adige, il dato supera il 70-80%, dimostrando una maggiore integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali. Questi dati confermano che il follow-up clinico dei pazienti dimessi dai reparti di psichiatria è fortemente disomogeneo nei vari sistemi regionali esponendo pazienti di alcuni territori ad un aumentato rischio di ricadute, mancate aderenze alle terapie e una maggiore probabilità di nuovi ricoveri.

I dati del 2023 relativi alle riammissioni non programmate in ospedale entro 7 e 30 giorni dalla dimissione confermano questa ipotesi. In particolare, si evidenzia una media nazionale del 14,8% di riammissioni entro 30 giorni, con picchi del 23,1% nel Lazio, che indicano una forte discontinuità tra il trattamento ospedaliero e il successivo supporto territoriale. Ancora più significativo è il dato delle riammissioni entro 7 giorni, che a livello nazionale si attesta all'8,4%, con un massimo regionale del 17,7% sempre nel Lazio. Questi numeri sono espressione del fenomeno noto come "revolving door", ovvero il ritorno frequente e ravvicinato del paziente in ospedale, spesso legato a dimissioni premature e alla carenza di servizi territoriali adeguati. Le percentuali variano anche in base alla diagnosi: per i disturbi della personalità, ad esempio, si registra il tasso più alto di riammissione entro 30 giorni (7,9%), mentre per la depressione i valori si attestano su livelli più bassi (4,9%). Anche la schizofrenia presenta numeri rilevanti (7,0%), che confermano la complessità della gestione di queste patologie nel lungo termine.

CAPITOLO 3: CRITICITÀ

3.1 Quante risorse abbiamo per rispondere alla richiesta?

Nonostante le innovazioni pionieristiche del secolo scorso, la salute mentale rappresenta oggi una delle aree più trascurate del sistema sanitario italiano. L'inadeguatezza delle risorse – in termini economici, strutturali e umani – compromette gravemente la possibilità di offrire interventi tempestivi, efficaci e accessibili. La mancanza di investimenti adeguati si traduce in una rete di servizi fragili, incapace di far fronte alla complessità e alla diffusione dei disturbi mentali. Di fronte a una domanda crescente, aggravata dalla pandemia e dai nuovi disagi sociali, il sistema di salute mentale italiano rischia di trovarsi in una crisi permanente, con conseguenze rilevanti non solo per i singoli individui, ma per l'intera collettività.

Finanziamento

Il confronto della percentuale di risorse SSN affidate alla salute mentale con gli altri paesi europei segnala il ritardo dell'Italia nell'adeguarsi agli standard internazionali. Un riferimento importante è rappresentato dalle raccomandazioni della Lancet Commission, pubblicate nel 2018, secondo cui i Paesi ad alto reddito dovrebbero destinare almeno il 10% del loro budget sanitario alla salute mentale. L'Italia, con il suo 3,4%, è uno dei Paesi più lontani da questo obiettivo, un dato che appare ancora più preoccupante se si considera l'aumento della prevalenza dei disturbi mentali negli ultimi anni. Un'ulteriore conferma dell'inadeguatezza delle risorse disponibili arriva dal Rapporto Headway 2025, che evidenzia come l'Italia presenti uno dei divari più significativi della prevalenza dei principali disturbi della salute mentale e i finanziamenti effettivamente destinati al settore.

Oltre alle carenze quantitative, è necessario riflettere anche sulla qualità della spesa. L'analisi del Headway – Mental Health Index 4.0 ha evidenziato una forte correlazione positiva tra la spesa per la salute mentale e i livelli di benessere complessivo della popolazione. I dati suggeriscono che, nei Paesi in cui gli investimenti in salute mentale sono più elevati, si registrano migliori esiti sanitari e sociali, con un impatto positivo non solo sulla prevenzione e sulla gestione delle patologie psichiatriche, ma anche su altri settori, come il mercato del lavoro e la produttività economica.

Investire nella salute mentale non significa solo migliorare la qualità della vita dei pazienti e ridurre la pressione sul sistema sanitario, ma rappresenta anche una strategia vantaggiosa dal punto di vista economico e sociale. Un aumento della spesa in questo ambito potrebbe portare a una riduzione dei ricoveri ospedalieri, a una maggiore efficacia degli interventi terapeutici e a un miglior reinserimento lavorativo delle persone affette da disturbi psichici, generando benefici diretti e indiretti per l'intero tessuto sociale e produttivo.

Sebbene la spesa complessiva per la salute mentale abbia registrato un modesto incremento negli ultimi anni rispetto al 2019, questo aumento è avvenuto solo in termini assoluti, senza essere sufficiente a compensare la maggiore domanda di servizi. L'aumento di incidenza dei disturbi psichiatrici (soprattutto in alcune fasce d'età) e la crescente pressione sui servizi di salute mentale, richiederebbero un incremento proporzionale degli investimenti per garantire un adeguato livello di assistenza. Tuttavia, questo adeguamento finanziario non è avvenuto in misura sufficiente, generando un gap tra bisogni della popolazione e risorse disponibili.

Strutture e personale

La carenza di personale qualificato rappresenta un'altra criticità significativa. I dati disponibili rivelano un numero di operatori ben al di sotto delle necessità, con ripercussioni sulla qualità dei servizi offerti. La scarsità di figure professionali, unita alla necessità di un piano strategico per il turnover generazionale, limita fortemente la capacità del sistema di rispondere adeguatamente alla domanda crescente di assistenza.

Il numero ridotto di psicologi e assistenti sociali rappresenta un ulteriore fattore critico che incide negativamente sulla qualità della presa in carico dei pazienti. La salute mentale non può essere affrontata esclusivamente attraverso trattamenti farmacologici e ricoveri ospedalieri; al contrario, è essenziale un modello assistenziale che integri interventi di supporto psicologico, programmi di riabilitazione personalizzati e un'adeguata rete di assistenza sociale. Il basso numero di psicologi impiegati nel sistema pubblico limita fortemente l'accesso alla psicoterapia e agli interventi di sostegno emotivo, con il risultato che molti pazienti sono costretti a rivolgersi al settore privato, affrontando costi spesso proibitivi. Analogamente, la ridotta presenza di assistenti sociali ostacola la costruzione di percorsi integrati di presa in carico, fondamentali per affrontare il disagio psichico in un'ottica multidimensionale che tenga conto delle condizioni di vita, delle reti di supporto e delle esigenze specifiche di ogni individuo.

Questa situazione si aggrava ulteriormente considerando che le determinanti sociali giocano un ruolo centrale nella genesi e nell'evoluzione delle patologie psichiatriche. Fattori come condizioni economiche precarie, isolamento sociale, disoccupazione e precarietà abitativa possono contribuire all'insorgenza e alla cronicizzazione dei disturbi mentali. Un sistema di salute mentale efficace dovrebbe quindi essere in grado di offrire non solo trattamenti clinici, ma anche interventi di tipo sociale e programmi di prevenzione che affrontino il problema in modo globale.

Particolarmente significativo in questo contesto è il numero di accessi in Pronto Soccorso per problemi psichiatrici che esitano in ricovero (n=74.336 rispetto ad un totale di 573.663 accessi). Questo rappresenta il 13,0% del totale degli accessi in Pronto Soccorso per problemi psichiatrici (di cui più della metà sono accolti nel reparto di psichiatria), mentre il 73,7% del totale degli accessi per problemi psichiatrici esita a domicilio. Questi dati sottolineano ulteriormente la difficoltà dei servizi territoriali nel rispondere completamente ai bisogni dei cittadini che spesso sono costretti a rivolgersi al sistema di emergenza-urgenza. Nel corso degli anni, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) – strutture ospedaliere dedicate alla gestione delle acuzie psichiatriche – hanno subito una significativa contrazione. Nel 2022 se ne contavano 323, con 3.897 posti letto, rispetto ai 329 SPDC e 4.039 letti dell'anno precedente.

Secondo l'OECD, la media nei paesi ad alto reddito è di 62 posti letto psichiatrici ogni 100.000 abitanti: un parametro ben lontano dagli standard italiani. Tuttavia, un confronto diretto con altri sistemi può risultare fuorviante se non si considera il modello organizzativo su cui si basa la psichiatria italiana. Dopo la riforma Basaglia, l'Italia ha puntato su un sistema fondato sull'assistenza territoriale, riservando il ricovero ospedaliero ai soli casi di acuzie.

Questo approccio, seppur innovativo e orientato alla deistituzionalizzazione, si regge su un presupposto fondamentale: l'esistenza di una rete territoriale capillare ed efficiente. In assenza di tale rete, però, il tempo medio di degenza in SPDC risulta spesso insufficiente per una stabilizzazione adeguata del paziente, alimentando il fenomeno del "revolving door", cioè le frequenti riammissioni a breve distanza dalla dimissione. L'indicazione fornita da AGENAS e dalla intesa Stato-Regioni del 21/12/21, secondo cui sarebbe sufficiente un SPDC ogni 300.000 abitanti, appare dunque sottostimata, considerando il numero massimo di posti letto per SPDC pari a 16 previsto dalla legge. Il quadro è ancora più critico nel contesto della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza laddove nel 2024 erano attivi 403 posti letto ospedalieri su una necessità di almeno 700 secondo una stima della sono attivi VERONA – I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva colpiscono un bambino o adolescente su 5 e sono la prima causa di disabilità e di disturbi psichiatrici in età adulta Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Per far fronte adeguatamente alla domanda di salute mentale della popolazione, è indispensabile rafforzare la rete territoriale, potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio e ripensare il modello di assistenza ospedaliera per gli acuti. Allo stesso tempo, occorre aumentare l'investimento nelle risorse professionali per rispondere alla domanda crescente e garantire cure appropriate e accessibili.

Possibili innovazioni

Il Budget di Salute (BdS) rappresenta una interessante innovazione nell'ambito del finanziamento della salute mentale e, più in generale, nella presa in carico di persone con bisogni complessi. Inteso come strumento economico-programmatico finalizzato alla costruzione di Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati (PTRI), il BdS consente di sviluppare interventi personalizzati attraverso l'integrazione di risorse sanitarie, sociali, abitative e occupazionali. Questo approccio si fonda su un cambio di paradigma assistenziale, in linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che promuovono l'autonomia, l'inclusione e la partecipazione sociale come dimensioni centrali del diritto alla salute. In Italia, il BdS è stato promosso e formalizzato a livello nazionale dalla Legge 112/2016 (cosiddetta "Dopo di noi") e successivamente valorizzato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare nella Missione 5, Componente 2, dove viene individuato come strumento chiave per la presa in carico personalizzata di soggetti fragili. Dal punto di vista operativo, il BdS si basa su una valutazione multidimensionale integrata e sull'attivazione congiunta di risorse provenienti da enti sanitari, servizi sociali, terzo settore e comunità locali, secondo un principio di co-progettazione. Questo modello implica un ruolo trasformativo dei servizi pubblici: da erogatori di prestazioni standardizzate a facilitatori di percorsi di cittadinanza attiva e inclusione sociale.

Tuttavia, nonostante le sue potenzialità, la diffusione del BdS a livello nazionale risulta ancora fortemente disomogenea. La mancanza di una normativa attuativa univoca e di standard nazionali di riferimento ha prodotto applicazioni territoriali frammentate, spesso dipendenti dalla volontà dei singoli contesti regionali e aziendali. Inoltre, persistono criticità nell'allocazione delle risorse e nella formazione del personale coinvolto nella progettazione e nella valutazione dei BdS. Malgrado queste difficoltà, alcune esperienze regionali – come quelle attuate in Campania, Toscana, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna – hanno mostrato esiti positivi in termini di miglioramento della qualità della vita, riduzione della cronicizzazione e ottimizzazione delle risorse pubbliche. Studi condotti in questi contesti evidenziano una riduzione del ricorso a strutture residenziali ad alta intensità e una maggiore autonomia degli utenti.

3.2 Cure psicologiche

La fornitura di assistenza psicologica in Italia è divisa tra il settore pubblico e quello privato, ognuno con la propria struttura, caratteristiche e sfide.

Il settore pubblico è alle prese con diverse questioni critiche. I lunghi tempi di attesa per accedere ai servizi pubblici di salute mentale sono un problema persistente che ha le sue radici nella carenza del personale. Gli individui che cercano consulenze psicologiche o psicoterapia tramite il sistema pubblico spesso affrontano ritardi prolungati, che possono scoraggiare dal perseguire o continuare il trattamento. Ciò è aggravato dalla carenza di psicologi e psicoterapeuti impiegati nel sistema pubblico.

Il settore privato italiano offre una vasta gamma di servizi di psicoterapia, erogati da professionisti indipendenti, cliniche private e, più recentemente, piattaforme online. Tuttavia, i costi possono essere elevati, con tariffe che vanno dai € 200 ai € 600 al mese per le sedute in presenza, rappresentando un impegno economico rilevante per molte persone. Nonostante la disponibilità di queste alternative, il prezzo della terapia rimane una barriera significativa per una parte della popolazione. Le misure “spot” adottate dai recenti governi come ad esempio “Bonus Psicologo” previsto dal Decreto Legge 228/2021 sono chiaramente risposte insufficienti: il budget allocato è di circa 5 milioni di euro all’anno capace di soddisfare solo il 10% delle richieste pervenute nel 2022.

Inoltre, il settore è caratterizzato da una forte frammentazione, con una mancanza di standardizzazione nei costi, nei modelli di servizio e, potenzialmente, nella qualità dell'assistenza. Il prezzo della terapia privata può variare in base all'esperienza del terapeuta, alla sua specializzazione, alla località e alla modalità delle sessioni (in presenza o online). Questa eterogeneità può rendere complesso per i cittadini valutare le opzioni disponibili e prendere decisioni informate in funzione delle proprie necessità e delle risorse economiche a disposizione.

La presenza di un numero elevato di terapeuti privati e di diversi approcci terapeutici può risultare disorientante per chi cerca aiuto, accentuando la frammentazione del mercato. Le lacune presenti sia nel sistema pubblico che in quello privato hanno un impatto notevole sui cittadini: una quota significativa di persone affette da disturbi mentali non riesce ad accedere alle cure di cui avrebbe bisogno a causa di ostacoli economici e organizzativi. Nelle regioni meridionali, si stima che fino al 50% degli individui con problemi di salute mentale non riceva un trattamento adeguato.

È interessante notare che, nonostante le sfide nell'accesso alle cure, vi è una crescente consapevolezza tra la popolazione italiana dell'importanza del benessere psicologico. Tuttavia, questa maggiore consapevolezza è purtroppo associata a un peggioramento segnalato del benessere psicologico generale, in particolare tra i giovani, evidenziando la necessità insoddisfatta di un supporto per la salute mentale accessibile ed efficace.

Un aspetto strettamente connesso alla distinzione tra sistema pubblico e privato riguarda la formazione degli psicoterapeuti, regolata in Italia dalla Legge 56/1989 e da successivi decreti ministeriali. La normativa prevede un percorso di specializzazione post-laurea della durata minima di quattro anni, accessibile ai laureati in psicologia o medicina, erogato da scuole di specializzazione universitarie o istituti privati riconosciuti dal Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR).

Pur a fronte di un impianto normativo volto a garantire un'adeguata preparazione professionale, non esistono attualmente standard definiti e uniformi per quanto riguarda la qualità complessiva dei percorsi formativi, in particolare in relazione ai contenuti didattici, alla supervisione e all'organizzazione dei tirocini. Inoltre, si evidenzia una debole integrazione dei principi dell'evidence-based practice, sia nei curricula teorici sia nei modelli di intervento promossi da alcune scuole.

I tirocini rappresentano un elemento centrale nella formazione clinica, come indicato anche dalle linee guida del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, che ne sottolineano il ruolo nella transizione dalla conoscenza teorica alla pratica professionale. Tuttavia, persistono criticità legate alla disomogeneità qualitativa dei tirocini offerti, in particolare nel settore privato, e alla limitata disponibilità di tirocini nel settore pubblico, condizionata dalla carenza di tutor e risorse dedicate. Tali carenze possono influenzare negativamente la varietà e la profondità dell'esperienza clinica acquisita.

Infine, è stata rilevata una potenziale discrepanza tra la formazione erogata da alcune scuole private e le esigenze effettive del mercato del lavoro, con il rischio di una sovra-specializzazione teorica non allineata ai bisogni dei contesti clinici reali. In un mercato già caratterizzato da un elevato numero di professionisti e da limitate opportunità occupazionali nel sistema pubblico, ciò può contribuire a fenomeni di sottoccupazione o a un ricorso prevalente al settore privato.

Come evidenziato dai dati ENPAP, nel periodo post-Covid-19, nel 2020 il 29% dei cittadini si rivolgeva alla figura dello psicologo, mentre nel 2024, a seguito degli effetti pandemici, la percentuale è salita al 39%. Questo incremento significativo della domanda dei trattamenti psicologici, ha creato un terreno fertile per l'emergere di nuove offerte nel panorama del supporto psicologico soprattutto nel mondo digitale. Tuttavia, accanto a risposte professionali e qualificate, si è assistito a una proliferazione di figure talora non-regolamentate. Se da un lato queste piattaforme rappresentano un'innovazione nell'accessibilità alle cure psicologiche, dall'altro sollevano questioni relative alla qualità del servizio, alla formazione dei professionisti e all'etica della pratica terapeutica.

3.3 Rapporto con l'ambito giudiziario

Nelle attuali politiche sanitarie il ruolo e la funzione ospedaliera dei servizi di salute mentale spesso prevedono un impegno intenso nel contenimento di disturbi del comportamento e situazione emergenziali, con riflessi anche dal punto di vista sociale. L' SPDC è spesso visto come il luogo dove far confluire persone con alterazioni del comportamento, tuttavia legati ad altra condizione medica (es. tossicodipendenti con sindromi astinenziali o in stato di alterazione psichica per abuso di sostanze alcoliche o psicotrope), o persone in condizione di marginalità sociale (ad es. "piccoli criminali", individui senza fissa dimora, etc.).

Gli SPDC sono collocati negli ospedali generali e spesso hanno in dotazione spazi non adeguati, senza luoghi terapeutici dove promuovere scambi relazionali di gruppo e aree per colloqui ed incontri interpersonali. Sono luoghi che favoriscono reazioni di rabbia, ribellioni e *acting out* auto ed eteroaggressivi, anche verso il personale operante. Gli infermieri, assegnati al reparto, talora non hanno formazione specifica e sentono la pesantezza psicologica del loro ruolo di quasi-carcerieri. Psichiatri e infermieri operano in un contesto privo di riferimenti lavorativi, organizzativi e normativi certi, il che li espone a un elevato rischio di burn out. Il ruolo delle sostanze che sempre più stanno modificando gli esordi dei sintomi, il quadro clinico, il decorso della malattie mentali e il comportamento del paziente psichiatrico rendono ulteriormente critica la posizione di garanzia dello psichiatra, che va a confrontarsi con una variabile completamente "non controllabile e non prevedibile". Inoltre, elementi quali il comportamento autoaggressivo del paziente (il suicidio) e condotte eteroaggressive contribuiscono a rendere peculiare la posizione di garanzia dello psichiatra la cui ampiezza è incerta e condizionata da fattori molto complessi (la presenza in concreto di "poteri impeditivi" dell'evento in capo al medico e l'intrinseca mutevolezza del quadro clinico). Una pronuncia ha addirittura riconosciuto sussistente la posizione di garanzia dello psichiatra per il reato commesso dal suo paziente a titolo di cooperazione colposa ai sensi dell'art. 113 c.p. (Cass. Pen. sez. IV n° 10795/07) e anche più di recente è stata riconosciuta la possibilità (pur ritenendola non sussistente nel caso di specie) della responsabilità penale a titolo "cooperativo" (Cassazione Penale, sez. IV, sentenza 14/02/2019, n° 7032); mentre è del tutto incerta l'effettiva area di responsabilità in caso di atti autolesivi del paziente (tra le altre, Cass. pen., Sez. IV, Sent., n. 43476/2017), anche quando la posizione di garanzia riguarda un'interesse équipe (Cass. Pen. sez. IV n°48292/08). Ne derivano conseguenze psichiatrico-forensi sempre più importanti nella pratica quotidiana data l'incertezza in cui gli psichiatri operano, la sistematica carenza di risorse umane e materiali e la possibile soggezione a un procedimento penale con esiti poco prevedibili. In questo senso, una possibile soluzione pragmatica potrebbe prevedere di agire con delle "linee-guida" forti che si aggiungano a quelle oggi già presenti in numero esiguo. Non si disconosce la difficile "inquadribilità" clinico-terapeutica dei problemi dovuti alle numerose variabili e soggette, per forza di cose, alle peculiarità del singolo paziente. Tuttavia, l'elaborazione di linee guida che regolino (per quanto possibile) l'intera attività del professionista (anamnesi, terapia, monitoraggio dello Stato del paziente anche al di fuori del circuito sanitario) in relazione alle singole patologie in cui può imbattersi è preconditione essenziale per una quantomeno più oggettiva definizione della posizione di garanzia e la naturale responsabilizzazione dello psichiatra.

Queste linee guida potrebbero essere elaborate dal Ministero della Salute in concerto con il Ministero della Giustizia, gli enti professionali rappresentativi e le società scientifiche di competenza. Si auspica che le linee guida prevedano un meccanismo di monitoraggio che tenga conto dei dati epidemiologici e giudiziari e degli avanzamenti scientifici e una revisione periodica delle stesse da parte degli attori che hanno contribuito a realizzarle.

Dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, avvenuta definitivamente nel 2015, il loro posto è stato preso, per le situazioni più gravi, dalle REMS (Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza), strutture che alla tradizionale funzione custodiale aggiungono un percorso di riabilitazione sociale. Introdotte in Italia dalla Legge 81/2014, che prevede l'istituzione di queste strutture per la custodia cautelare di persone ritenute pericolose per la sicurezza pubblica, ne esistono 30 sparse nel territorio nazionale. Rispetto ai vecchi OPG, la gestione interna della residenza è di esclusiva competenza del sistema sanitario nazionale, con il giudice che dispone il ricovero nelle REMS soltanto "quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale". Le REMS non sono istituti strettamente penitenziari, ma delle strutture di sicurezza che ospitano le persone con problemi psichici autori di reati anche gravi. Si tratta di un sistema che formalmente supera i vecchi ospedali psichiatrici giudiziari, le cui pessime condizioni erano state oggetto di una indagine parlamentare nel 2011, ma che nel concreto, ad oggi, presenta molte criticità. In primis la carenza di posti: soltanto 600 sul territorio nazionale, con circa 750 persone in lista d'attesa, con i tempi che variano da regione a regione, ma che difficilmente sono inferiori ai 10 mesi. Si stima, inoltre, che questi numeri siano destinati a crescere date le previsioni dell'OMS relative all'evoluzione qualitativa e quantitativa dei disturbi mentali (World Health Organization, Comprehensive Mental Health action plan 2013-2030).

Un corto circuito che può portare a conseguenze pericolose, perché rischia di lasciare in libertà persone che avrebbero bisogno di cure, o di rinchiuderle senza che venga effettuato un reale percorso terapeutico e di riabilitazione, anche sociale. La Corte Costituzionale ha evidenziato che "la regolamentazione delle REMS è solo in minima parte affidata alla legge, rendendo fortemente disomogenee queste realtà da regione a regione, e che il sistema non tutela in modo efficace i diritti fondamentali delle potenziali vittime di aggressioni o il diritto alla salute del malato" (di recente, v. anche Corte Cost., sent. n. 22 del 2022 e il monito lanciato al legislatore). A queste vanno aggiunte altre problematiche come il sovraffollamento nelle strutture sanitarie anche residenziali, la carenza di personale sanitario e le condizioni di vita dei pazienti/internati, spesso costretti a vivere in isolamento. La strada maestra è un aumento delle risorse per tutte le strutture coinvolte in modo tale da incontrare la crescente domanda di cura, assistenza e di contenimento. Una ulteriore possibilità potrebbe consistere nello studio di misure alternativa alla detenzione, specificatamente pensata per i bisogni terapeutici della persona che è stata condannata a pena diminuita ex art. 89 c.p. e che garantiscano al tempo stesso sicurezza ed efficace presa in carico terapeutica.

Un altro aspetto critico della relazione tra servizi di salute mentale e giustizia riguarda il tema dell'imputabilità e della cosiddetta "capacità di intendere e volere". Nel diritto penale italiano, la

responsabilità per un reato commesso (imputabilità) dipende dalla capacità di intendere e di volere dell'autore. In caso di infermità mentale, il codice penale distingue tra:

- **Vizio totale di mente (art. 88 c.p.):** la capacità di intendere e volere è totalmente assente. Il soggetto è considerato non imputabile, quindi non punibile, ma può essere sottoposto a misure di sicurezza (ad esempio, ricovero in strutture sanitarie adeguate).
- **Vizio parziale di mente (art. 89 c.p.):** la capacità di intendere e volere è significativamente ridotta, ma non assente. Il soggetto è punibile con una pena ridotta fino a un terzo.

La principale criticità derivante dal vizio parziale di mente risiede nella sostanziale difficoltà di valutare in modo preciso e oggettivo il grado di compromissione mentale del soggetto. Tale valutazione, inevitabilmente dipendente dalla valutazione dei periti e soprattutto dei giudici in relazione a casi specifici, genera decisioni giudiziarie poco prevedibili. Questa situazione solleva anche una serie di difficoltà operative nella gestione dei soggetti riconosciuti parzialmente incapaci, che spesso necessiterebbero di interventi terapeutico-riabilitativi specifici, non sempre disponibili o adeguatamente applicabili. La sentenza n. 9163 del 2005 della Corte di Cassazione (c.d. "sentenza Raso"), ha ampliato il concetto di "infermità" ai fini della valutazione della capacità di intendere e di volere dell'imputato stabilendo che anche i disturbi della personalità, come nevrosi e psicopatie, possono incidere sulla capacità di intendere e di volere dell'individuo in aggiunta alle malattie tradizionali (psicosi). Tuttavia, affinché tali disturbi siano rilevanti ai fini dell'imputabilità, devono essere di intensità e gravità tali da compromettere significativamente la capacità di autodeterminazione del soggetto e a condizione che vi sia un nesso eziologico tra il disturbo e la condotta criminosa. La sentenza distingue tra disturbi gravi della personalità e semplici anomalie caratteriali o deviazioni del comportamento. Queste ultime, se non raggiungono un livello di gravità tale da alterare profondamente la capacità di intendere e di volere, non sono considerate rilevanti per l'imputabilità. Il problema significativo risiede nel fatto che tale sentenza è stata interpretata in modo errato, quasi a introdurre un automatismo tra l'accertamento della malattia e la dichiarazione di semi-infermità mentale, così ampliando l'ambito di applicazione della disposizione. Una possibile soluzione, dunque, potrebbe prevedere un intervento sugli artt. 88 e 89 c.p. in modo tale da evitare ogni automatico riconoscimento dell'infermità di mente, quando la malattia non è stata la causa diretta del reato commesso.

A distanza di 20 anni dalla decisione, quasi la metà degli internati in REMS ha come diagnosi principale un disturbo della personalità. Questo pone diversi problemi. I disturbi di personalità sono costrutti dimensionali, ovvero non c'è una netta divisione fra la personalità normale e patologica, né fra le diverse gravità del disturbo. Il confine fra un disturbo moderato (che non inciderebbe sull'imputabilità) e quello grave (che potrebbe rendere la persona incapace di intendere e volere al momento del fatto per infermità mentale) presenta zone grigie molto estese che sono soggette, inevitabilmente, al convincimento del giudice. Occorre ridefinire i criteri che definiscono la non imputabilità per vizio di mente, anche tenendo conto che si tratta di una circostanza sottratta al giudizio di bilanciamento del giudice (art. 69 e ss. c.p.). Non sempre rappresentazione mentale distorta annulla la possibilità di alternative comportamentali lecite, come ad esempio il ricorso agli strumenti legali del diritto di famiglia o il tentativo di

ricostruzione della relazione affettiva nel caso di delitti consumatisi in contesto familiare o assimilabili (si pensi a delitti di stalking motivati da queste finalità).

In tal senso, permane una quota significativa di autodeterminazione e libertà di scelta, incompatibile con una totale esclusione della imputabilità. Il contesto terapeutico adatto ai disturbi di personalità è diverso da quello che sono le REMS oggi, che sono state concepite per una utenza di pazienti affetti da psicosi (schizofrenia, disturbo bipolare,...). In particolare il disturbo antisociale di personalità, soprattutto nella sua variante detta “psicopatia”, non risponde a trattamenti di tipo farmacologico o psicoterapico, e la gestione di questi pazienti risulta particolarmente difficile in ambito strettamente sanitario. Una delle criticità maggiori riguarda proprio la gestione concreta delle persone affette da patologie psichiatriche che commettono reati, aspetto che frequentemente mette in difficoltà i servizi di salute mentale territoriali. Questi servizi, infatti, spesso non dispongono degli strumenti, delle competenze specialistiche o delle risorse necessarie per affrontare situazioni che necessitano competenze e funzioni diverse da quelle sanitarie e di primaria pertinenza giudiziaria o di polizia, come ad esempio episodi violenti o situazioni di pericolosità sociale. I servizi psichiatrici territoriali si trovano così spesso coinvolti, loro malgrado, in contesti dove prevalgono questioni di sicurezza pubblica piuttosto che di salute. Questa sovrapposizione di ruoli (di medico e talvolta di poliziotto) genera confusione e inefficienza operativa, aggravando ulteriormente il disagio degli operatori sanitari, che spesso si trovano costretti a intervenire in situazioni complesse senza il supporto adeguato. La mancanza di una chiara definizione dei confini tra responsabilità sanitaria e competenze delle autorità giudiziarie e delle forze di polizia acuisce questi problemi operativi, determinando, in alcuni casi, situazioni critiche che minano la sicurezza dei pazienti, degli operatori sanitari e della comunità stessa che si vedono vittime, loro malgrado, di condotte violente o minacciose dei “pazienti”. Un ulteriore elemento riguarda l’assenza di chiare indicazioni relativamente alla obbligatorietà dei trattamenti per le persone accolte nelle REMS che rende a volte complesso la definizione di adeguati progetti terapeutici e riabilitativi. Per affrontare efficacemente questa situazione è necessaria una riflessione approfondita e multidisciplinare, che coinvolga i vari stakeholders sotto la regia politica: rappresentanze dei medici psichiatri, degli infermieri, degli avvocati, delle forze dell’ordine, degli enti locali, delle regioni e anche della magistratura, specie quella di sorveglianza. È necessaria una revisione normativa e organizzativa per chiarire i ruoli e dotare i servizi di salute mentale di strumenti concreti, risorse adeguate e protocolli chiari, garantendo una gestione sicura dei pazienti con disturbi psichici autori di reati, nel rispetto dei diritti umani e della sicurezza pubblica.

Una questione rilevante riguarda in generale la valutazione dell'esperienza di questi anni relativamente all'evoluzione del consenso alle cure sia per l'evoluzione delle modalità della relazione fra pazienti e servizi sia il profondo cambiamento dei bisogni di salute mentale.

L'introduzione del consenso alle cure, che per quel che riguarda le cure psichiatriche risale al 1968 ha fortemente ridimensionato la percentuale dei trattamenti obbligatori. Tali trattamenti sono però diventati problematici in relazione alla funzione sociale attesa rispetto all'intervento della psichiatria nella gestione della “pericolosità” nonostante il fatto che la legge 833 avesse tolto questo criterio da quelli che possono permettere dei ricoveri obbligatori. Date anche le

esperienze internazionali, le normative presenti in altri paesi d'europa emergono alcuni temi rilevanti su cui è necessario fare delle riflessioni evolutive:

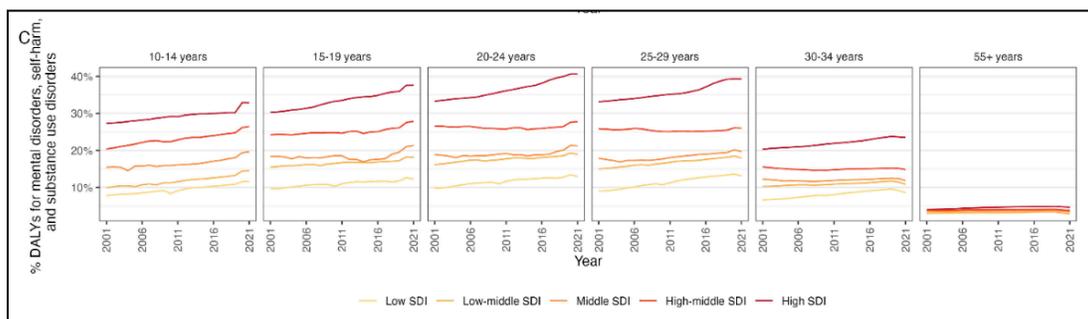
- la distinzione fra emergenza, e obbligatorietà delle cure
- la possibilità di creare le condizioni per concordare progetti e condivisione di scelte relativamente a necessità terapeutiche
- la necessità di non lasciar esclusivamente agli psichiatri ruoli e decisioni relativamente alle proposte di interventi senza consenso.
- fornire garanzie a tutela dei diritti della persona

3.4 Prevenzione e Fasce d'età fragili: giovani, anziani e donne

L'impostazione generale dei servizi di salute mentale in Italia concentra risorse e attenzione principalmente sulla fascia di età compresa tra i 18 e i 65 anni. Questa organizzazione lascia ai margini sia gli adolescenti che gli over 65, nonostante siano gruppi particolarmente vulnerabili a disagio psicologico e disturbi psichiatrici. A questo si aggiunge la difficoltà, in una organizzazione dei servizi di salute mentale di tipo generalista, come quello offerto dai Centri di Salute Mentale, di implementare strategie di intervento specifiche come ad esempio quelli legati alla medicina di genere (es. salute mentale nel peripartum).

Giovani

La salute mentale dei giovani è una priorità riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). I disturbi mentali rappresentano oggi la prima causa di disabilità nei giovani tra i 12 e i 25 anni e sono sempre più spesso associati a forme gravi di sofferenza psichica, isolamento e rischio di mortalità precoce, in particolare per suicidio. L'età dell'esordio della maggior parte dei disturbi psichiatrici si concentra in questa finestra di sviluppo, con picchi significativi già nell'adolescenza. Negli ultimi vent'anni, numerosi studi epidemiologici hanno documentato un significativo incremento della prevalenza dei disturbi mentali tra i giovani, in particolare ansia, depressione e comportamenti autolesivi, delineando una crescente emergenza globale in questo settore della salute pubblica. Nonostante l'aumento di consapevolezza e la migliore capacità diagnostica abbiano contribuito a identificare precocemente tali problematiche, l'aumento osservato risulta essere reale e consistente.



Secondo le evidenze più recenti, il disagio giovanile non è riconducibile a un singolo fattore, ma sia il risultato di una complessa interazione tra vulnerabilità individuali e dinamiche strutturali. Tra questi, la letteratura individua fattori prossimali quali dinamiche familiari disfunzionali, stress accademico crescente, dinamiche legate ai social media e stili di vita poco salutari. Contestualmente, vengono evidenziati fattori distali di natura socioeconomica e ambientale, come precarietà lavorativa, disuguaglianze sociali intergenerazionali e incertezza per il futuro, inclusi gli effetti indiretti delle problematiche globali. La recente pandemia da COVID-19 ha ulteriormente accentuato queste criticità, amplificando significativamente il disagio psicologico giovanile.

Diverse istituzioni internazionali e società scientifiche hanno proposto un intervento integrato e multidimensionale, mirato alla prevenzione primaria, all'identificazione precoce dei sintomi e alla realizzazione di trattamenti appropriati ed efficaci. Tali interventi richiedono politiche sanitarie e sociali innovative, costruite attorno alle specifiche esigenze delle nuove generazioni e basate su un approccio olistico e multidisciplinare. Tuttavia, l'implementazione efficace di queste strategie incontra ostacoli rilevanti quali limitate risorse economiche dedicate, insufficienti investimenti nei sistemi sanitari e strutture organizzative spesso non adeguate a gestire tempestivamente la crescente domanda di assistenza.

In Italia, come in diversi paesi nel mondo, appare evidente l'inadeguatezza dei modelli attuali di cura basati su modelli epidemiologici del passato. I sistemi di salute mentale, concepiti principalmente per la popolazione adulta, non rispondono in modo efficace alle esigenze dei giovani. In molti contesti, l'accesso alle cure è limitato, frammentato, e fortemente condizionato dallo stigma e dalla mancanza di continuità assistenziale. Le prese in carico nella fascia d'età 12-25 anni oggi in Italia, è suddivisa tra i servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI), dedicati alla fascia 0-18 anni, e quelli di Psichiatria dell'adulto, che si occupano dei maggiorenni. Questo "salto di sistema" coincide spesso con una fase delicatissima del percorso evolutivo individuale, spesso caratterizzato dall'esordio dei disturbi psichiatrici maggiori, in cui il disagio psichico può cronicizzarsi se non adeguatamente trattato oppure sfociare nell'abuso di sostanze come automedicazione. Tale organizzazione non garantisce una transizione fluida e strutturata tra questi due ambiti di cura, generando una vera e propria discontinuità assistenziale. Le differenze tra i due sistemi non sono solo anagrafiche, ma anche metodologiche e organizzative. La NPI si caratterizza per un approccio multidisciplinare, integrato con il contesto familiare e scolastico, e orientato alla comprensione dello sviluppo. La psichiatria dell'adulto, invece, è tendenzialmente più clinica, farmacologica e meno centrata sulla dimensione evolutiva e relazionale. Questo cambiamento improvviso nell'impostazione terapeutica può risultare disorientante e controproducente per l'adolescente, che si trova a doversi confrontare con un contesto poco familiare e spesso poco accogliente. Ulteriore fattore di discontinuità è l'assenza di protocolli condivisi per la transizione tra i due servizi, così come la scarsità di équipe miste o di figure ponte capaci di accompagnare il giovane e la sua famiglia in questo passaggio. In alcune realtà territoriali, mancano addirittura servizi specifici per la fascia d'età 16-25 anni, lasciando i giovani in una sorta di "vuoto assistenziale" in cui il rischio di abbandono del percorso di cura è elevato. Inoltre, molte persone con patologie di pertinenza neuropsichiatrica infantile, ad esempio i pazienti con disabilità intellettiva e autismo a basso funzionamento, una volta varcata la soglia della maggiore età, spesso faticano a trovare una presa in carico sanitaria e socio-assistenziale idonea e accessibile nei servizi per adulti.

Negli ultimi anni si è registrato un marcato aumento delle richieste di valutazione psichiatrica nei Pronto Soccorso pediatrici, con un cambiamento significativo nella tipologia dei disturbi e nei bisogni dell'utenza, in particolare nella fascia 12-17 anni. Le principali problematiche riguardano comportamenti auto- o eterolesivi, uso di sostanze, pensieri suicidari e agitazione psicomotoria.

Tuttavia, il sistema è impreparato a rispondere adeguatamente a questa domanda: in molte regioni mancano posti letto ordinari di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), costringendo spesso al ricovero in reparti per adulti (SPDC), pratica clinicamente inappropriata. Solo un terzo dei ricoveri di minori avviene in reparti NPIA, come segnalato dai dati del Ministero della Salute.

La Lancet Psychiatry Commission on youth mental health (2024) pone l'attenzione sulla necessità di un cambiamento paradigmatico nei modelli di intervento, auspicando l'adozione di approcci transdiagnostici e dimensionali, capaci di cogliere le fasi precoci e non ancora stabilizzate dei disturbi mentali. I servizi di salute mentale nella adolescenza dovrebbero anche focalizzarsi sulla prevenzione, sull'identificazione precoce dei fattori di rischio e sulla costruzione di ambienti favorevoli al benessere psicosociale, anche attraverso politiche pubbliche trasversali.

Investire nella salute mentale dei giovani costituisce non solo un dovere morale, ma anche una scelta strategica sul piano economico e sociale. L'impatto dei disturbi mentali non trattati in età evolutiva si traduce infatti in costi elevati in termini di produttività, welfare e coesione sociale. Alla luce di queste considerazioni, appare evidente la necessità di una riforma strutturale del sistema di salute mentale in questa fascia d'età che tenga conto della continuità evolutiva e assistenziale nel passaggio all'età adulta. Tale riforma dovrebbe prevedere: l'istituzione di percorsi di transizione formalizzati; la creazione di équipe interprofessionali con competenze specifiche in ambito adolescenziale; l'integrazione tra servizi sanitari, scolastici e sociali; e una maggiore attenzione alla partecipazione attiva del giovane nei processi di cura.

Anziani

L'invecchiamento della popolazione italiana, con oltre il 23% dei cittadini sopra i 65 anni, rappresenta una sfida crescente per il Servizio Sanitario Nazionale. Spesso gli interventi sono focalizzati sulle patologie fisiche e croniche, talora tralasciando gli aspetti legati alla salute mentale. Tra i disturbi mentali più comuni in età senile vi sono la depressione, l'ansia, i disturbi cognitivi, compresa la demenza, e i disturbi psicotici ad esordio tardivo. La prevalenza delle demenze rappresenta un dato particolarmente rilevante: secondo le stime del Ministero della Salute, in Italia ci sono oltre 1.200.000 persone affette da demenza, di cui circa 600.000 con Malattia di Alzheimer. La prevalenza della demenza aumenta esponenzialmente con l'età: si stima che interessi circa il 5% degli over 65, ma supera il 20-25% negli over 85. Questi numeri sono destinati ad aumentare in parallelo con l'invecchiamento demografico, ponendo enormi pressioni sul sistema sanitario e sociale. La depressione in particolare è largamente sottodiagnosticata, anche perché frequentemente mascherata da sintomi somatici o attribuita erroneamente al "naturale" declino della vecchiaia.

Tale sottovalutazione ha gravi conseguenze sulla qualità della vita, sull'aderenza alle cure e sull'aumento della mortalità, soprattutto in presenza di patologie croniche concomitanti. Spesso tali sintomi rappresentano i prodromi di una patologia neurodegenerativa (Mild Cognitive Impairment, MCI), la cui rilevazione tempestiva potrebbe consentire di avviare interventi di

prevenzione specifica. Anche in questo caso il SSN offre risposte frammentate e disomogenee. I DSM possono intercettare questi quadri ma hanno un limite di età per la presa in carico fissato ai 65 anni. A questi si aggiungono i servizi territoriali di Neurologia e Geriatria. Tuttavia, l'integrazione tra questi servizi risulta spesso frammentaria, con difficoltà di coordinamento tra medicina generale, psichiatria, geriatria e servizi sociali in assenza di precisi protocolli condivisi a livello nazionale per la presa in carico multidimensionale dell'anziano con disagio mentale o alterazioni del comportamento.

Per rispondere a questa esigenza, negli ultimi anni, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale Demenze (PND), approvato nel 2014 dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, sono stati avviati i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). I CDCD si configurano come servizi ambulatoriali pubblici, a vocazione territoriale, volti a garantire diagnosi precoce, trattamento personalizzato e accompagnamento lungo tutto il decorso della malattia. Essi svolgono un ruolo cruciale nel coordinamento tra ospedale e territorio, promuovendo la collaborazione tra medici di medicina generale, specialisti, servizi sociali e caregiver. Ad oggi, secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, sono attivi in Italia circa 570 CDCD, con una distribuzione non uniforme: alcune regioni del Centro-Nord presentano una rete più capillare e strutturata (es. Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana), mentre in diverse aree del Mezzogiorno si riscontrano carenze significative, con un numero insufficiente di centri rispetto alla popolazione anziana residente. La funzione dei CDCD non dovrebbe limitarsi all'aspetto clinico: essi dovrebbero anche essere un punto di riferimento educativo, psicologico e sociale per le famiglie, spesso lasciate sole nella gestione di patologie cronico-degenerative complesse come l'Alzheimer. Tuttavia, persistono criticità rilevanti: disomogeneità organizzativa tra regioni, carenza di risorse e personale specializzato e difficoltà di accesso nei contesti più fragili o rurali. La conseguenza è un sempre più frequente ricorso alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), come strumento per alleviare il burden delle famiglie nella gestione di questi pazienti.

Donne

La salute mentale femminile rappresenta un ambito della sanità pubblica che richiede risposte specifiche. Durante il periodo peripartum, circa il 15-20% delle donne sperimenta disturbi mentali, prevalentemente depressione, ansia, psicosi puerperale e disturbo post-traumatico da stress (OMS, 2022). La depressione perinatale colpisce circa il 13% delle neomamme e si manifesta con tristezza persistente, senso di inadeguatezza e difficoltà nel rapporto madre-bambino. Condizioni come la psicosi puerperale, che si verificano in 1-2 casi ogni 1000 parti, richiedono interventi immediati per prevenire rischi elevati di suicidio e infanticidio. Tra i fattori di rischio vi sono precedenti episodi di disturbi mentali, mancanza di supporto sociale, difficoltà economiche e complicanze ostetriche, oltre a vulnerabilità neurobiologiche e ormonali.

La violenza di genere rappresenta un altro importante determinante della salute mentale femminile. Le donne esposte a violenza fisica, psicologica o sessuale hanno una probabilità significativamente maggiore di sviluppare depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e disturbi somatoformi. L'OMS (2021) sottolinea che circa una donna su tre nel mondo

ha subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita, evidenziando l'entità e la gravità del problema. L'esposizione continuativa a relazioni abusive amplifica ulteriormente il rischio di disturbi psichiatrici cronici e di tentativi di suicidio.

Un'ulteriore fase critica è rappresentata dalla menopausa, periodo caratterizzato da importanti cambiamenti ormonali, fisici e psicologici. Durante la menopausa, molte donne riferiscono sintomi depressivi, ansiosi, irritabilità, disturbi del sonno e alterazioni cognitive. Circa il 20-40% delle donne in menopausa presenta sintomi depressivi significativi, spesso sottovalutati o erroneamente attribuiti al normale processo di invecchiamento. I sintomi menopausali possono inoltre aggravare condizioni psichiatriche preesistenti, richiedendo attenzione clinica mirata e trattamenti specifici integrati.

Nonostante la rilevanza clinica e sociale, l'accesso a diagnosi e trattamenti specifici per le donne resta spesso limitato, in particolare per le vittime di violenza e per chi attraversa la menopausa. È fondamentale implementare programmi di screening sistematico per disturbi mentali nelle donne in fasi critiche, formare operatori sanitari sensibili al genere, e promuovere percorsi assistenziali multidisciplinari e integrati (psichiatria, ginecologia, medicina generale, servizi sociali e antiviolenza).

3.5 Dipendenze

Secondo i dati riportati dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze (anno 2023), in Italia circa 1 adulto su 10 ha fatto uso di sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno. Le sostanze più diffuse sono la cannabis, seguita da cocaina, ecstasy e amfetamine. Tra i giovani (15–24 anni), il consumo è ancora più elevato: oltre il 20% ha riferito l'uso di cannabis, e circa il 3–4% ha sperimentato cocaina. Si stima che oltre 400.000 persone in Italia presentino una forma di dipendenza da sostanze con caratteristiche cliniche significative, e almeno 100.000 soggetti siano in carico ai Servizi per le Dipendenze (Ser.D).

A questi dati si aggiunge la crescente diffusione delle nuove sostanze psicoattive (NPS), il cui monitoraggio risulta complesso e discontinuo, e l'aumento delle diagnosi di comorbilità psichiatrica nei soggetti con dipendenza, che rende la presa in carico clinica ancora più difficile.

La gestione delle dipendenze da sostanze stupefacenti in Italia presenta numerose criticità, sia a livello normativo che nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali. Il sistema si basa ancora sulla Legge 309/1990, che prevede un'impostazione ibrida tra approccio repressivo e terapeutico. Sebbene il consumo personale non costituisca reato, le sanzioni amministrative (ritiro della patente, obbligo di colloqui presso i Ser.D, ecc.) spesso assumono carattere punitivo, ostacolando un approccio realmente centrato sulla cura e creando confusione tra ambiti sanitari e giudiziari.

I Servizi per le Dipendenze (Ser.D), nonostante rappresentino il perno dell'intervento pubblico, soffrono di carenze strutturali, sottofinanziamento, disomogeneità territoriale e personale insufficiente, con conseguenze gravi sull'accessibilità e l'efficacia dei trattamenti. In molte regioni, i percorsi terapeutici risultano poco integrati con i servizi per la salute mentale, nonostante l'alta frequenza di casi di “doppia diagnosi”.

Un altro argomento, altrettanto importante: il costo. Il sistema attuale, per come è strutturato, costa al Paese oltre 8,3 miliardi di euro l'anno, di cui 7 miliardi riconducibili all'uso di droghe e 1,3 miliardi all'alcol. E questi numeri non comprendono i costi indiretti, come le perdite di produttività o le spese sanitarie a lungo termine. La gestione delle complicanze sanitarie è la voce di spesa più pesante, seguita dai costi della giustizia e dei servizi sociali. Un tossicodipendente costa in media tre volte più di un alcolista al sistema sanitario nazionale, e ogni euro speso in presa in carico genera quattro euro di risparmio. Non solo: adottare misure alternative alla detenzione – come l'inserimento in comunità terapeutiche – potrebbe far risparmiare al sistema fino a 59 milioni di euro per ogni punto percentuale di riduzione dei casi a rischio.

La gestione delle dipendenze richiede oggi una profonda revisione delle politiche pubbliche, delle pratiche cliniche e dei modelli educativi, alla luce delle trasformazioni sociali, culturali e scientifiche degli ultimi decenni. Tale revisione deve articolarsi su tre pilastri fondamentali:

- l'analisi delle politiche di gestione delle droghe.
- la riformulazione del ruolo delle comunità terapeutiche.
- la progettazione di un programma di prevenzione integrata per i giovani.

Tale integrazione intende superare il tradizionale scollamento tra prevenzione, trattamento e policy, proponendo una visione sistemica centrata sulla persona, sulla salute pubblica e sulla responsabilità sociale condivisa.

L'analisi comparata delle strategie internazionali mostra chiaramente che l'approccio punitivo alla questione delle droghe si è rivelato inefficace e dannoso. Criminalizzazione, detenzione di massa e repressione non hanno ridotto l'uso di sostanze, ma hanno alimentato stigma, esclusione sociale e malattie. Al contrario, l'approccio riabilitativo e di salute pubblica — come dimostrano i casi di Portogallo, Svizzera, Uruguay e Canada — ha portato a una riduzione di overdose, HIV, recidive penali e costi sociali. Un modello misto, che mantenga controlli per le sostanze più pericolose ma promuova regolamentazione, accesso ai trattamenti e prevenzione basata sull'evidenza, rappresenta oggi la via più promettente.

Una riforma efficace delle politiche sulle dipendenze in Italia deve basarsi su un approccio integrato e scientifico, con la decriminalizzazione dell'uso personale di sostanze per ridurre stigma e favorire l'accesso alle cure. È fondamentale garantire servizi multidisciplinari accessibili, coinvolgendo medici, psicologi e operatori sociali, al fine di prevenire cronicizzazione e recidive. Contestualmente, devono essere potenziati gli interventi di riduzione del danno, come la distribuzione di siringhe sterili, i test per HIV ed epatite, e la creazione di spazi di consumo sicuro, per migliorare la sicurezza pubblica e ridurre il peso sul sistema sanitario. Per supportare il reinserimento, servono programmi sociali e lavorativi che restituiscano autonomia e dignità a chi è in trattamento. Infine, una standardizzazione nazionale dei servizi e un adeguato finanziamento pubblico sono cruciali per garantire equità territoriale e superare la frammentarietà delle politiche attuali.

Le Comunità Terapeutiche (CT) svolgono un ruolo cruciale nel trattamento delle dipendenze, ma spesso incontrano ostacoli strutturali e culturali che ne limitano l'efficacia. Ancora troppo spesso concepite come luoghi statici e isolati dalla società, devono invece trasformarsi in ambienti dinamici e integrati nel tessuto sociale. Per essere realmente efficaci, le CT devono adottare un approccio multidisciplinare, coinvolgendo professionisti sanitari, psicologi, educatori e assistenti sociali, garantendo un trattamento personalizzato e in continua evoluzione. È essenziale che la gerarchia terapeutica sia flessibile e favorisca la progressiva assunzione di responsabilità, permettendo alle persone in cura di sviluppare autonomia e reinserirsi nella comunità in modo attivo. Un'efficace comunità terapeutica deve basarsi su un vero lavoro di équipe, caratterizzato da comunicazione, progettazione condivisa e coerenza metodologica. Gli operatori devono essere costantemente formati, adottando approcci evidence-based e psicodinamici. Inoltre, le CT devono essere aperte al territorio, facilitando il reinserimento sociale attraverso il lavoro, il volontariato e i legami familiari, sempre sotto una rigorosa valutazione scientifica.

Un'altra area critica è la prevenzione: le attività preventive nelle scuole o nei contesti giovanili sono rare, poco sistematiche e spesso prive di una valutazione scientifica dell'efficacia. Di conseguenza, il consumo tra adolescenti e giovani adulti resta elevato, e in alcuni casi in crescita. Ad oggi la prevenzione può essere suddivisa in 3 macroaree. La prevenzione universale, che include interventi rivolti a tutta la popolazione giovanile, come i programmi scolastici basati su evidenze (ad esempio *Life Skills Training* o *Unplugged*), attività extrascolastiche e sportive, e campagne di comunicazione capaci di correggere false credenze e ridurre la normalizzazione del consumo. La prevenzione selettiva, che si rivolge a gruppi a rischio, come adolescenti provenienti da contesti familiari fragili o marginalizzati, attraverso attività di counseling, tutoring e mentoring personalizzato. Infine, la prevenzione indicata, che è pensata per giovani che hanno già iniziato a fare uso di sostanze e prevede interventi specifici come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), gruppi motivazionali (*BASICS*, *Project TND*) e percorsi terapeutici multidisciplinari integrati. Un ruolo cruciale è svolto dal coinvolgimento delle famiglie, che devono essere sostenute nel migliorare la comunicazione con i figli, nel monitoraggio attivo e nell'adesione a programmi strutturati come lo *Strengthening Families Program*. In parallelo, gli interventi comunitari sono fondamentali per creare ambienti protettivi e norme coerenti: dalla regolazione della vendita e pubblicità delle sostanze, all'offerta di spazi giovanili sicuri, fino alle campagne locali fondate su dati reali e modelli di peer education.

3.6 Salute mentale e cure primarie

La salute mentale rappresenta una dimensione sempre più centrale nella medicina territoriale e poiché molti bisogni di questa sfera emergono proprio nei contesti delle cure primarie. Questi bisogni, espressi in modo variabile, richiedono una capacità sistematica e diffusa di intercettazione e corretto inquadramento clinico precoce, che non può essere affidata unicamente alla sensibilità individuale del singolo medico, ma necessita di un coinvolgimento attivo, strutturato e condiviso dell'intero sistema territoriale. Tuttavia, l'integrazione tra medicina territoriale, medicina generale e servizi di salute mentale resta oggi debole e disomogenea sul territorio nazionale. Mancano protocolli condivisi, strumenti operativi comuni, canali di comunicazione costanti e spazi concreti per la collaborazione. Le esperienze positive di integrazione sono ancora troppo frammentarie, legate alla volontà dei singoli o a progettualità locali non sempre strutturate e continuative. Questo quadro genera discontinuità assistenziale, medicalizzazione impropria, ritardi nell'accesso e percorsi di cura disorganici, con impatti significativi sia sui pazienti sia sugli operatori.

In questo contesto, ad esempio, un nodo critico è la crescente prescrizione non specialistica di psicofarmaci, in particolare benzodiazepine e antidepressivi. In assenza di percorso di cura integrato con i servizi specialistici, questa prassi può esporre i pazienti – e i professionisti – a rischi significativi, tra cui dipendenza, effetti collaterali ed errori di trattamento. Inoltre, la medicalizzazione del disagio psicologico rischia di diventare una risposta semplificata a una sofferenza che richiederebbe invece un approccio più articolato, relazionale e multidimensionale. La mancanza di percorsi condivisi e supporto specialistico accentua queste dinamiche, rendendo più difficile una cura appropriata.

È fondamentale che i servizi di salute mentale e la rete territoriale delle cure primarie si assumano congiuntamente la responsabilità di riconoscere precocemente i segnali di sofferenza psichica, attraverso strumenti e percorsi integrati. Non si tratta semplicemente di migliorare la comunicazione tra ambiti differenti, ma di costruire un'alleanza operativa permanente, che consenta una presa in carico tempestiva, appropriata e continuativa. In quest'ottica, il modello organizzativo delle Case della Comunità potrebbe rappresentare un'opportunità concreta per radicare nel territorio un sistema di cura fondato sulla multiprofessionalità e sulla collaborazione reale tra MMG, medici specialisti, psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti sanitari e sociali.

In questo contesto, potrebbe risultare strategico anche l'utilizzo di strumenti formalizzati previsti dal SSN come i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), come una leva concreta per definire ruoli, tempi, responsabilità e modalità di collaborazione tra cure primarie e salute mentale. Attraverso i PDTA è possibile costruire processi condivisi di presa in carico, favorire la continuità e la tempestività degli interventi, assicurare il monitoraggio clinico e prevenire sovrapposizioni o vuoti assistenziali. La loro adozione su scala territoriale consente di trasformare principi astratti di integrazione in pratiche operative stabili e verificabili.

All'interno di questi contesti, l'adozione del modello *stepped care* consentirebbe di graduare l'intensità degli interventi in base alla complessità clinica, garantendo interventi psicologici di primo livello nelle fasi precoci o nei casi a bassa soglia, e percorsi specialistici strutturati per

situazioni più complesse. Ciò permette di evitare tanto l'ipertrattamento quanto l'abbandono terapeutico, favorendo un uso più efficiente e centrato delle risorse disponibili.

Un'ulteriore area di fragilità riguarda l'accesso alle cure mediche generali per le persone con disturbi mentali. Sebbene il Servizio Sanitario Nazionale riconosca formalmente il principio di universalità dell'assistenza, nella pratica questo diritto risulta spesso compromesso. Un primo ostacolo è costituito dallo stigma ancora fortemente radicato, che può influenzare anche il comportamento degli operatori sanitari, determinando sottovalutazione dei sintomi somatici, minore accuratezza diagnostica e atteggiamenti discriminatori.

La letteratura internazionale documenta come le persone con disturbi psichiatrici ricevano cure mediche generali meno frequenti e meno efficaci, con conseguenze negative sulla salute fisica, frequentemente trascurata o affrontata in ritardo. Per questo è imprescindibile che i servizi territoriali – salute mentale e cure primarie – si assumano congiuntamente il compito di monitorare e promuovere attivamente la salute fisica delle persone con sofferenza psichica, includendo nella presa in carico attività di prevenzione, screening, trattamento delle comorbidità e promozione di stili di vita sani. Queste disuguaglianze si aggravano ulteriormente in presenza di condizioni sociali sfavorevoli. Povertà, solitudine, precarietà abitativa, disoccupazione e marginalità sociale non sono solo contesti che aumentano il rischio di disagio mentale, ma anche fattori che ostacolano l'accesso ai servizi, alimentando un circolo vizioso di esclusione e cronicizzazione. Per interrompere questo ciclo, è essenziale che i servizi lavorino in logica comunitaria, costruendo reti con gli enti locali, il terzo settore, le famiglie e i gruppi informali, e promuovendo interventi proattivi e domiciliari capaci di intercettare i bisogni laddove si manifestano.

In sintesi, l'intercettazione precoce del disagio psichico, la tutela della salute fisica e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali richiedono un approccio integrato, multiprofessionale e territoriale, fondato su collaborazione strutturata, responsabilità condivisa e prossimità ai cittadini. I PDTA, le Case della Comunità e il modello stepped care, se messi in rete e sostenuti da una governance forte, rappresentano gli strumenti più efficaci per dare corpo a una sanità pubblica capace di prendersi cura della persona nella sua interezza, senza frammentazioni né esclusioni.

3.7 Innovazione e ricerca

La salute mentale è oggi una delle priorità emergenti nella ricerca biomedica e nella sanità pubblica, in risposta all'incremento della prevalenza dei disturbi psichiatrici e all'elevato impatto sociale ed economico che ne deriva. Nonostante i progressi nella comprensione dei meccanismi neurobiologici coinvolti, la pratica clinica in psichiatria rimane ancora fortemente ancorata a criteri diagnostici eterogenei e soggettivi, incapaci di riflettere pienamente la complessità e la variabilità fenotipica dei disturbi mentali. L'assenza di marcatori biologici affidabili e l'elevata eterogeneità dei quadri clinici si traducono in percorsi terapeutici poco personalizzati, spesso inefficaci, con conseguenze rilevanti sul piano della cronicizzazione del disagio e della qualità della vita dei pazienti. In questo contesto, l'obiettivo di sviluppare una psichiatria di precisione – fondata sull'identificazione di sottogruppi clinici omogenei e sull'adattamento dei trattamenti alle caratteristiche individuali – rappresenta una prospettiva imprescindibile. Perché questa evoluzione si realizzi concretamente, è necessario che la ricerca abbandoni l'esclusiva enfasi sulla conoscenza euristica e teorica della fenomenologia psichiatrica, per orientarsi verso attività scientifiche capaci di produrre evidenze direttamente trasferibili nella pratica clinica, con un impatto misurabile sulla vita delle persone e dei loro caregiver.

In questa direzione, le tecnologie emergenti (neuroimaging avanzato, i dati genetici, i dispositivi wearable, i biosensori, l'intelligenza artificiale, la neuromodulazione e le tecnologie immersive) offrono opportunità promettenti. Se le conoscenze derivanti dall'applicazione di queste tecnologie fossero integrate in modelli di cura orientati al territorio, questi strumenti potrebbero migliorare la gestione dei disturbi mentali lungo tutto il continuum dell'assistenza, dal riconoscimento precoce alla stabilizzazione a lungo termine. Tuttavia, il potenziale di tali tecnologie può essere pienamente realizzato solo attraverso una ricerca clinica applicata di alta qualità, finalizzata alla validazione di interventi efficaci, sostenibili e implementabili nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). È necessario generare evidenze solide, replicabili e accessibili, in grado di guidare scelte terapeutiche e organizzative nelle diverse realtà territoriali italiane, superando la frammentarietà attuale e promuovendo modelli di intervento equi e replicabili. In tale contesto, appare urgente affrontare la frammentazione dei dati raccolti dai servizi di salute mentale, che ostacola una valutazione sistematica degli esiti, una programmazione efficace e l'implementazione di modelli predittivi. A tal fine, è auspicabile un potenziamento del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) e della rete del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), affinché diventino strumenti interoperabili, aggiornati in tempo reale e integrati nei percorsi di cura e monitoraggio.

L'adozione diffusa di soluzioni come la mobile health, la telepsichiatria, il digital phenotyping e le piattaforme di supporto decisionale basate sull'AI potrebbe offrire risposte concrete anche nelle aree a minore disponibilità di servizi, riducendo le disuguaglianze e migliorando la continuità assistenziale. Allo stesso tempo, la stratificazione biologica e comportamentale dei pazienti attraverso modelli predittivi, l'uso di protocolli standardizzati e la disponibilità di dati ecologici real-time possono tradursi in un aumento dell'efficacia terapeutica e in una riduzione dei trattamenti inefficaci.

In conclusione, affinché la salute mentale possa beneficiare realmente dell'innovazione tecnologica, è fondamentale sostenere e incentivare una ricerca traslazionale e orientata al territorio, capace di fornire strumenti operativi utili ai clinici e ai decisori sanitari. Occorre superare i limiti dell'approccio allo studio della psicopatologia tradizionalmente diffuso nei gruppi di ricerca italiana, e avvicinare la salute mentale agli standard internazionali della medicina di precisione, con benefici tangibili per i pazienti, i professionisti e l'intero sistema di cura.

CAPITOLO 4: PROPOSTE ED AUSPICI

Il gruppo di lavoro ha elaborato le seguenti linee di indirizzo che seguono rappresentano una sintesi delle principali criticità emerse e degli **auspici condivisi per un cambiamento strutturale**, in grado di garantire diritti, qualità delle cure e centralità della persona in tutte le fasi del percorso di assistenza nella salute mentale.

- 1) **Finanziamento.** Occorre un incremento progressivo della quota di finanziamento destinata alla salute mentale, con l'obiettivo di raggiungere almeno il 6% della spesa sanitaria complessiva, come primo passo verso un riallineamento agli standard europei. Questo aumento è fondamentale per potenziare i servizi territoriali, migliorare l'accessibilità alle cure, e garantire interventi tempestivi, personalizzati e centrati sulla persona, in risposta alla crescente complessità dei bisogni di salute mentale nella popolazione. È auspicabile una transizione progressiva dall'attuale sistema di finanziamento della salute mentale, centrato prevalentemente sulla logica prestazionale e residenziale, verso una gestione legata ai risultati come ad esempio il modello del Budget di Salute, quale strumento capace di promuovere percorsi personalizzati, inclusivi e orientati alla recovery della persona.
- 2) **Organizzazione dei servizi.** È necessaria una riorganizzazione dei servizi pubblici per la salute mentale che assegni centralità alle funzioni e agli obiettivi di cura, piuttosto che alla sola struttura organizzativa. In questa prospettiva, va promossa una più stretta integrazione tra i servizi di salute mentale, le cure primarie ed i servizi sociali, al fine di garantire una presa in carico continuativa, multidimensionale e territoriale. Un passaggio strategico potrebbe consistere nell'integrazione funzionale e organizzativa, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dei servizi per le Dipendenze Patologiche e di quelli dedicati ai disturbi cognitivi e alle demenze, favorendo così la costruzione di percorsi assistenziali coerenti lungo tutto l'arco della vita. Fondamentale ripensare all'organizzazione di servizi di base, dell'integrazione con le cure primarie e con la creazione di servizi per la comunità.
- 3) **Rapporto con le cure primarie.** Appare imprescindibile un deciso rilancio dell'integrazione tra cure primarie e salute mentale, che non si limiti a interventi estemporanei o individuali, ma si fondi su scelte organizzative stabili, strumenti condivisi e un investimento sistemico sulla cultura della collaborazione. È auspicabile che le istituzioni sanitarie, a livello nazionale e regionale, promuovano la diffusione di modelli organizzativi territoriali centrati sulle Case della Comunità, sostengano l'adozione operativa dei PDTA come strumento di governance clinica e incentivino formazione congiunta, supervisione e lavoro d'équipe tra i diversi attori della rete. È pure urgente l'adozione di sistemi informativi che permettano la condivisione di attività e programmi fra i diversi servizi per la salute mentale e rete delle cure primarie. Solo attraverso una visione unitaria, integrata e centrata sulla persona sarà possibile superare frammentazioni, ridurre le disuguaglianze e garantire risposte tempestive, efficaci e inclusive ai bisogni di salute mentale della popolazione.

- 4) **Accesso alle cure.** Va ripensato il sistema di accesso alle cure implementando un sistema stepped-care con trattamenti evidence-based, formazione strutturata dei terapeuti e utilizzo di strumenti standardizzati per la valutazione dell'outcome (es. modello Improving Access to Psychological Therapies, IAPT, NHS England).
- 5) **Rapporto con il sistema giudiziario e di pubblica sicurezza.** E' prioritario riattribuire il ruolo terapeutico ai professionisti sanitari, trasferendo inequivocabilmente le funzioni di controllo sociale alle istituzioni competenti. Questo intervento favorirebbe una maggiore efficacia nella presa in carico clinica e contribuirebbe a migliorare la sicurezza degli operatori. Inoltre, garantirebbe un contesto giuridico più appropriato, capace di tutelare in modo più rigoroso la libertà e la dignità dei cittadini, promuovendo interventi rispettosi dei diritti fondamentali e coerenti con i principi costituzionali e deontologici.
- 6) **Prevenzione per le fasce fragili.** È di fondamentale importanza potenziare le attività di prevenzione e di presa in carico precoce delle fasce più fragili della popolazione, che ad oggi risultano spesso scarsamente intercettate dai servizi di salute mentale, a causa di barriere organizzative, culturali o di accessibilità. In particolare, minori e anziani rappresentano gruppi ad elevato rischio di esclusione dai percorsi di cura tempestivi e appropriati. Un rafforzamento dell'azione preventiva e proattiva, condotto in stretta integrazione con i servizi sociali, educativi e sanitari di base, è essenziale per ridurre l'insorgenza e la cronicizzazione del disagio psichico, garantire equità nell'accesso alle cure e promuovere la salute mentale in un'ottica di salute pubblica. Questo obiettivo richiede risorse dedicate, personale adeguatamente formato e modelli organizzativi flessibili.
- 7) **Dipendenze patologiche.** Si auspica una riforma profonda della gestione delle dipendenze in Italia, attraverso l'adozione di un modello integrato, flessibile e fondato su evidenze scientifiche, capace di superare la frammentazione degli interventi attuali. La proposta prevede un approccio interistituzionale che coinvolga in modo coordinato scuola, sanità, servizi sociali e giustizia, favorendo interventi condivisi e adattabili ai diversi contesti territoriali. Al centro della riforma vi è la revisione del Testo Unico sugli stupefacenti, con l'obiettivo di decriminalizzare l'uso di sostanze e attivare percorsi di presa in carico multidisciplinari. Questo passaggio permetterebbe di superare il paradigma punitivo in favore di un approccio terapeutico, contribuendo a ridurre il sovraccarico del sistema giudiziario e generando importanti benefici sociali ed economici.
- 8) **Public engagement.** Si auspica la realizzazione di campagne di comunicazione pubblica, anche attraverso i social media, con finalità divulgative e informative sui temi della salute mentale e delle dipendenze, al di là della sola dimensione anti-stigma. Queste campagne dovrebbero essere basate su dati scientifici, libere da approcci ideologici e mirate a fornire informazioni chiare, accessibili e utili per riconoscere i segnali precoci, orientarsi nel sistema dei servizi e promuovere comportamenti di prevenzione e cura. L'utilizzo strategico dei social media consente di raggiungere ampie fasce della popolazione, in particolare i giovani, contribuendo alla costruzione di una cultura della salute consapevole riducendo il rischio della diffusione di informazioni errate e potenzialmente dannose.

- 9) **Formazione degli operatori.** Si auspica un miglioramento della formazione specialistica nell'ambito della salute mentale, assicurando percorsi fondati su modelli evidence-based. Tali percorsi devono avere l'obiettivo di formare un numero di professionisti coerente alla domanda della popolazione con una adeguata programmazione. In questo contesto, potrebbe essere utile ad esempio rivedere i criteri di accreditamento delle scuole di psicoterapia da parte del MUR e riformare i corsi di formazione per le professioni coinvolte nella riabilitazione. Una formazione specialistica coerente con i bisogni del sistema rappresenta una condizione imprescindibile per offrire risposte efficaci, tempestive e accessibili alla popolazione.
- 10) **Ricerca ed innovazione.** E' auspicabile orientare la ricerca verso soluzioni applicabili alla pratica clinica, studiare l'implementazione di strumenti innovativi (come neuroimaging, dati genetici, wearable, AI e telepsichiatria) e potenziare l'integrazione dei dati sanitari, attraverso il rafforzamento del SISM e della rete del Fascicolo Sanitario Elettronico. Si propone inoltre di promuovere una ricerca traslazionale e territoriale, in grado di validare gli interventi proposti, migliorare la qualità delle cure, e avvicinare la salute mentale agli standard della medicina di precisione.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero italiano della Salute. *Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*. 2023.
2. *Community Trials Intervention to Reduce High-Risk Drinking: A Community Prevention Trial to Reduce Alcohol-Involved Injury and Death*. Community Trials Project. American Journal of Public Health, 90(6), 923–930.
3. Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento del Farmaco, Gruppo di lavoro Osservatorio Fumo Alcol e Droga. *Studio dei Nuovi Consumi Giovanili e dei comportamenti indotti dall'assunzione di integratori, alcol, energy drink, smart drugs e sostanze psicotrope*. 2014.
4. Commissione Europea. Un approccio globale alla salute mentale. [Online] 2024.
https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_it
5. *Unplugged: A School-Based Program to Prevent Substance Use among Adolescents*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EU-DAP. 2008.
6. *Life Skills Training: Preventing Substance Misuse by Enhancing Individual and Social Competence*. Botvin. 2000, Addictive Behaviors, 25(6), 887–897.
7. Headway – A new roadmap in Brain Health in Italia: Focus Mental Health. La salute mentale come motore della crescita socio-economica dell'Italia. [Online] <https://healthcare.ambrosetti.eu/it/incontri/view/14863>.
8. OECD Health Statistics. [Online] <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>
9. Dipartimento per le Politiche Antidroga. *Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*. 2023.
10. Ordine degli Psicologi del Lazio. Il tirocinio nella formazione in psicoterapia. [Online] 2017.
<https://ordinepsicologilazio.it/post/tirocinio-scuole-lazio>.
11. PROVVEDIMENTO 30 ottobre 2014. [Online] 2014.
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2015-01-13&atto.codiceRedazionale=15A00130&elenco30giorni=false
12. LEGGE 18 MARZO 1968, n. 431 (GU n. 101 del 20/04/1968). [Online] 1968.
https://www.sifoweb.it/images/pdf/attivita/attivita-scientifica/aree_scientifiche/psichiatria/LEGGE_18_MARZO_1968_n_431.pdf.
13. European Commission. *Tracking framework for the implementation of the Commission Communication on a comprehensive approach to mental health*. 2023.
14. United Nations. *school-based education for drug abuse prevention*. 2002.
15. Kenneth W. Griffin, Gilbert J. Botvin. Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. July 2010, p. 505–526.
16. European Commission. *Health at a Glance Europe 2018: STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE*. 2018.
17. Mental Health Network NHS Confederation. *THE ECONOMIC AND SOCIAL COSTS OF MENTAL ILL HEALTH*. 2024.
18. OECD. *Health at a Glance 2019 OECD INDICATORS*. 2019.

19. Alhuwaydi, Ahmed M. Exploring the Role of Artificial Intelligence in Mental Healthcare: Current Trends and Future Directions – A Narrative Review for a Comprehensive Insight. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2024, p. 1339-1348.
20. World Health Organization. *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. 2019.
21. *The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health*. The Lancet Psychiatry Commissions. 2024, Lancet Psychiatry, p. 731–74.
22. *Prioritizing Brain Health in Youth: Bringing Neuroscience to Society and Informing Policy, Lessons Learnt from the European Brain Council Expert Meeting Held at the Federation of European Neuroscience Societies Forum 2024*. Suzanne L. Dickson, Irene Tracey, Francesca Cirulli, Martien J. H., Åsa Konradsson-Geuken,.
23. *The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health*. The Lancet Commissions. 2022, Lancet Psychiatry, p. 1438–80.
24. Starace, F., Baccari, F. e Mungai, F. *La salute mentale in Italia Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale*. 2017.
25. Solmi, M., et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 27 Jan 2022, p. 281-295.
26. Timakum, T., Qing, X. e Song, M. Analysis of E-mental health research: mapping the relationship between information technology and mental healthcare. *BMC Psychiatry*. 2022.
27. Istituto Superiore di Sanità. *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. 2022.
28. Legge 112/2016 – “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare” (G.U. Serie Generale n.146 del 24-6-2016).
29. Starace, F., Veltro, F., Maggi, P. (2020). *Il budget di salute come strumento di inclusione sociale*. Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, SIEP.
30. Venturini, L. et al. (2019). *Il budget di salute nei sistemi regionali: modelli a confronto*. Istituto Superiore di Sanità.
31. 30o Congresso SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza. (2024) <https://sinpia.eu/wp-content/uploads/2024/09/Quotidiano-LA-STAMPA-24-SETTEMBRE-2024.pdf>
32. Impatto Socio Sanitario Ed Economico Delle Dipendenze In Italia. OISED, rapporto 2023
33. Gemignani S, Ricca V, Cardamone G. L’integrazione tra medicina generale e servizi pubblici di salute mentale: rassegna della letteratura e dell’esperienza sul campo in tre Regioni italiane. *Riv Psichiatr* 2020;55(3):195-200.

Data: 12/04/25

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano le seguenti persone per il contributo e la partecipazione alla stesura del lavoro, con l'auspicio che possa essere la guida per il futuro partito per realizzare in modo pragmatico e deciso il cambiamento che serve al Paese:

Gerardo Favaretto, Pierluigi Selvaggi, Alessandro Naimzada, Andrea Scarpellini, Edoardo Favaretti, Federico Boaron, Igor Graziato, Marco Zuccon, Lorenzo Bonissone, Mario Corradi, Samuele Lovera, Valentino Colombi, Ilaria Pedi, Luca Conti, Roberto Zaffini, Politino Francesco.