

Commento al Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030*

Pietro Pellegrini*

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Sul metodo. – 3. Sul merito. – 4. Sulle risorse. – Conclusioni.

ABSTRACT:

Il 29 dicembre 2025 è stato approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM). Viste la legislazione plurilivello e le competenze ripartite tra Stato e Regioni il valore e l'efficacia del PANSM richiede un coordinamento interistituzionale e l'integrazione di tutte le politiche per dare realizzazione ai diritti e rispondere ai bisogni delle persone e delle famiglie e dare piena realizzazione alla l. 180/1978 nel cui ambito il piano si iscrive.

Sul piano metodologico si evidenzia come nel Tavolo Tecnico che ha predisposto il PANSM non siano rappresentati ministeri, enti locali, associazioni professionali, di utenti e familiari che pure hanno avuto un ruolo importante nella realizzazione della riforma psichiatrica del 1978 (l. 180/78) e della l. 81/2014 che ha disposto la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. E' mancata una fase di consultazione pubblica e una consensus conference. Il PANSM non definisce in modo preciso il modello di Dipartimento di Salute Mentale, né quantifica i fabbisogni di personale e le strutture per dare realizzazione alle azioni proposte in ambito preventivo, per la psicologia di comunità, salute mentale della gravidanza e perinatale, nell'infanzia e adolescenza, ai percorsi diagnostico terapeutico assistenziali. La previsione di un aumento dei posti psichiatrici in ambito detentivo (fino ad almeno il 5%) rinviato a livello regionale appare una via da non perseguire. La dotazione di risorse prevista dalla legge di bilancio 2026 è di soli 80 milioni di euro di cui 30 per il personale a fronte di un fabbisogno stimato in 785 milioni. Un grave divario tra bisogni e risorse che non potrà portare alla realizzazione di quanto previsto dal PANSM, con inevitabili ricadute sui diritti e le condizioni di salute e di vita delle persone e delle loro famiglie, ma anche sulle condizioni professionali e di sicurezza degli operatori e dei servizi.

* Psichiatra e psicoterapeuta, già Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.

1. Introduzione

Il 29 dicembre 2025 è stato approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM).

Prima di entrare nel merito dei contenuti del PANSM, non è fuori luogo osservare che, più di altri, il settore dei servizi della salute mentale sconta oggi una forte disomogeneità nella garanzia dei livelli di assistenza, non solo tra regioni, ma pure a livello infraregionale quando non infraziendale, e sia caratterizzato da tensioni tra diversi approcci metodologici e modelli decisionali e operativi, che risultano particolarmente problematici se si considera che in questo ambito sarebbe necessario un elevato grado di integrazione e cooperazione tra professionisti sanitari e sociali e tra le rispettive istituzioni. In quest'ottica, il Piano nazionale dovrebbe rispondere sia ad esigenze di coordinamento tra livelli territoriali e settori assistenziali diversi, sia all'indicazione di percorsi di integrazione sociosanitaria aperti alla partecipazione del paziente, della sua famiglia, della comunità locale nella quale vive. La necessità di un approccio olistico, riflesso del principio fondamentale presente nel diritto eurounitario convenzionale per cui la protezione della salute deve essere parte di tutte le politiche, è stato affermato nel nostro settore dall'importante Comunicazione della Commissione UE sull'approccio globale alla salute mentale, approvata il 7 giugno 2023, che anche il PANSM richiama nella parte introduttiva¹.

La rilevanza dei determinanti sociali, economici, culturali, ambientali è fondamentale per la salute e quindi dovrebbero essere affrontati in modo adeguato, a partire dai bisogni più gravi delle persone povere e sole, le cui pensioni di invalidità sono ampiamente al di sotto del reddito "minimo vitale", definendo contestualmente le risorse necessarie. Definire principi e linee senza adeguati finanziamenti non porta alla realizzazione dei diritti e scarica le contraddizioni e le tensioni sui servizi obbligati ad arrangiarsi e sulle persone lasciate senza risposte.

Si pone dunque la necessità di dare coerenza e funzionalità ai processi decisionali onde rendere esigibili i diritti e vincolanti le disposizioni, evitando che la complessità diventi complicazione inconcludente e le buone intenzioni solo declamazioni praticate senza assunzioni di responsabilità, diluite in inestricabili passaggi spesso subordinati alla mera disponibilità economica. L'attenzione alla traduzione operativa e ai dettagli, cruciali per l'inverarsi dei diritti, è frequentemente rimandata ad atti successivi, regionali o locali, e sostanzialmente dipendente dalla buona volontà. Se un adattamento alle condizioni del contesto può rendersi necessario, ed è tollerabile una certa diversità in relazione alle condizioni culturali e sociali dei territori, ciò non può giungere a limitare o negare i diritti

¹ Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM), p. 11. Il richiamo, invero, potrebbe essere più rigoroso sul piano concettuale, poiché l'approccio rilevante nel nostro discorso pare all'evidenza quello della "Global Health" più della "One Health" (nozione, quest'ultima, assente dal documento eurounitario).

alle cure o portare a prassi omissive o molto difformi da quanto indicato da PANSM, linee guida e buone pratiche.

In un'ottica di Global Health andrebbe considerata la condizione generale del contesto, onde evitare che sia patogeno, e curata la coerenza di determinate norme, ad esempio in materia di migrazione e di droghe, e la loro ricaduta sulla salute delle persone. L'innovazione complessiva del patto sociale, dei diritti e dei doveri, può scaturire da un confronto tra posizioni spesso contrastanti e talora contraddittorie al fine di giungere ad una possibile sintesi salutogenetica, realistica e sostenibile. I valori costituzionali e il sistema di welfare pubblico universale in una società inclusiva e solidale sono messi a rischio da visioni di welfare a domanda individuale in società competitive e individualiste, da un lato abbandoniche e dall'altro coercitive ed escludenti, anche mediante forme di neoistituzionalizzazione tramite la detenzione giudiziaria e persino amministrativa. Anche il PANSM risente di questa contraddizione che può essere decostruita tenendo conto della definizione della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (l'art 32 della Costituzione) da realizzarsi con un sistema di welfare pubblico universale. In questo quadro la l. 180/1978 regola il patto sociale nel momento in cui stabilisce che gli accertamenti e trattamenti sanitari sono di norma volontari, definendo le condizioni per l'attuazione degli interventi obbligatori e coercitivi con le relative garanzie, per altro rese ancora più cogenti dalla sentenza n. 76/2025 della Corte costituzionale.

Se il diritto alla salute mentale è fondamento essenziale per la dignità, il benessere, la coesione sociale e le attività produttive, è cruciale come esso divenga reale nel rapporto con il potere. Le attività pratiche assumono rilevanza non solo in termini di adattamento della persona, ma anche di emancipazione e al contempo di partecipazione in una prospettiva di trasformazione del sistema sociale.

Pur con qualche aspetto che desta preoccupazione, nel suo complesso il PANSM sembra essere coerente con la visione della garanzia del diritto alla salute offerta dall'art. 32 della Costituzione e dalla l. 180/1978, poi trasfusa nella 833/1978. Questa valutazione complessiva sconta tuttavia alcune carenze di approccio alle nuove problematiche e i rilevanti fattori di cambiamento sociale e familiare intervenuti negli ultimi decenni: l'invecchiamento della popolazione, le cronicità, le migrazioni e la multiculturalità, la rivoluzione digitale, i cambiamenti climatici e ambientali, le povertà e le marginalità sociali. Tutti punti cruciali per la vita e la salute che richiedono una forte integrazione delle politiche di cui è sempre parte la salute mentale e non bastano le pur necessarie conoscenze tecnico scientifiche: specialmente in questa fase post sindemica, nella quale le diverse crisi sanitaria, economica, ambientale, della pace dopo essersi variamente intrecciate, sembrano essere riordinate secondo priorità definite in termini di potere e di interessi economici con modelli di tipo suprematista, autoritario che ledono il principio di legalità, eguaglianza, libertà delle persone e degli Stati. Il presente contributo di commento non ha carattere esaustivo e considera tre profili (il metodo, il merito e le risorse del PANSM), per poi formulare alcune conclusioni.

2. Sul metodo

Credo non sia retorico chiedersi se sia necessario (e per quali motivi lo sia) un Piano d'Azione per la Salute Mentale, o se invece la salute mentale debba essere parte di tutte le politiche, senza bisogno di norme specifiche. Se una visione universale è probabilmente preferibile, vi è da constatare come il tema salute mentale, trascurato dal DM 77/2022 e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nel nostro Paese debba confrontarsi con una scelta unica e molto coraggiosa di chiusura di Ospedali Psichiatrici civili e giudiziari il che richiede, come ricorda Basaglia², continui perfezionamenti e modifiche per fare fronte alle criticità e ai bisogni nella creazione di un sistema di salute mentale di comunità. Alla luce di questo si comprende l'importanza del PANSM che è stato predisposto da un Tavolo Tecnico sulla salute mentale costituito con decreto del Ministero della Salute del 27 aprile 2023, cioè qualche giorno dopo l'omicidio, avvenuto il 21 aprile 2023 a Pisa, della psichiatra Barbara Capovani. Di seguito il comunicato n. 18 del 26 aprile 2023 del Ministero della Salute:

«La tragedia che ha colpito Barbara Capovani ha riportato l'attenzione sulla salute mentale, tema quanto mai delicato e importante su cui siamo impegnati già dai mesi scorsi per definire strategie e azioni per la promozione della salute mentale. Oggi firmerò il decreto per la costituzione del nuovo tavolo tecnico, ispirato ai valori di qualità, equità, efficienza e sicurezza. Il tavolo è frutto di questo impegno: rispetto al precedente sarà più snello, al fine di garantire efficienza ed efficacia rispetto ai temi emergenti della salute mentale e avrà il compito di potenziare la qualità dei percorsi di prevenzione, trattamento e riabilitazione oggi a disposizione dei cittadini attraverso la verifica dei criteri di appropriatezza e congruenza. Intendiamo promuovere il miglioramento della qualità della salute mentale, in ogni fascia di età, a partire dall'individuazione delle criticità sociali, assistenziali e organizzative. Avvieremo inoltre un confronto a livello parlamentare per verificare l'adeguatezza dell'attuale normativa alle esigenze di gestione e controllo delle situazioni più difficili»³. Il Tavolo Tecnico risulta composto da 12 professionisti (2 universitari, 8 della psichiatria rappresentanti anche della Società Italiana di Psichiatria e della Società di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, 1 dell'Istituto Superiore di Sanità e 1 del Ministero della Salute). Non vi è alcuna rappresentanza di componenti professionali (dipendenze, psicologia, infermieri et al.), di utenti, familiari e società civile. All'atto della sua costituzione nessuno dei componenti del nuovo organo faceva parte del precedente Tavolo Tecnico sulla salute mentale, istituito solo due anni prima, il 26 gennaio 2021, e costituito da 31 membri con un'ampia rappresentanza di ministeri (salute, istruzione, lavoro), Enti locali, professionisti

² F. BASAGLIA, *Conferenze Brasiliane*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2018.

³ Il comunicato è reperibile al seguente link: <https://www.salute.gov.it/new/it/comunicato-stampa/psichiatra-aggredata-schillaci-oggi-decreto-nuovo-tavolo-tecnico-salute-mentale/>.

e loro associazioni (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione), Istituto Superiore di Sanità, associazioni di utenti e familiari (UNASAM, ATISM). Pare evidente che la scelta compiuta nella composizione del nuovo Tavolo Tecnico abbia voluto segnare una netta discontinuità rispetto al passato, anche recente, e come l'averne ristretto la rappresentatività privilegiando in modo deciso la componente professionale psichiatrica costituisca un segnale sulle gerarchie, culture e su chi possa essere titolato alla stesura del PANSM. Al contempo tale ristrutturazione ha fortemente impoverito la partecipazione e la responsabilizzazione di componenti essenziali per la salute mentale, chiamati solo secondariamente per consultazioni o a prendere posizione di fonte al lavoro svolto. Infatti, pur essendo stati previsti gruppi di lavoro ed effettuate numerose audizioni, anche a richiesta, è significativa l'assenza nel PANSM di diverse associazioni professionali, di utenti e familiari che hanno avuto un ruolo importante negli ultimi decenni. Ad esempio, in modo non esaustivo, il Coordinamento Nazionale sulla Salute Mentale, Forum Salute Mentale, Società di Epidemiologia Psichiatrica, Psichiatria Democratica, Club Spdc No restraint, Unione Nazionale della Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM) e Coordinamento dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che rappresenta il 75% dei Dipartimenti di salute mentale italiani.

Sembra limitato anche il raccordo con il Ministero dell'Istruzione e il Ministero dell'Università e della Ricerca, essenziali per l'attività scientifica e formativa, e con il Ministero del Lavoro, il Ministero della Giustizia e il Dipartimento per le disabilità, date le connessioni della salute mentale con le politiche sociali, della sicurezza e per la non autosufficienza. Il PANSM è stato sottoposto alle Regioni e i loro rilievi non sono stati oggetto di un'aperta discussione così come non è stata modificata l'impostazione complessiva; nonostante ciò osservazioni relative ad alcuni punti sono state accolte e il PANSM, rispetto a luglio 2025, risulta migliorato. Sotto il profilo metodologico va rilevato come prima dell'adozione formale, il PANSM non sia stato sottoposto ad un'ampia consultazione pubblica, ormai prassi comune a livello internazionale, richiesta anche dalla presidente della Società Italiana di Psichiatria Liliana Dell'Osso⁴. Non è stata tenuta una Consensus conference che avrebbe consentito partecipazione, condivisione e ricezione di contributi portati dai professionisti, dalle associazioni di utenti e familiari, dagli Esperti per esperienza (ESP), da Enti locali, sindacati e dal mondo imprenditoriale, del lavoro, della scuola, ricerca, università, IRCCS, Enti di Ricerca, Industria farmaceutica, Enti del Terzo Settore (ETS), Privato imprenditoriale, operatori della comunicazione e di tutti i cittadini.

Il PANSM è stato reso pubblico dal Quotidiano Sanità del 15 luglio 2025 e immediatamente seguito da numerosi interventi di associazioni professionali, di operatori e rappresentanti di utenti e familiari. Contributi che avrebbero meritato un'interlocuzione e magari una risposta da parte del Tavolo Tecnico, nonché la pubblicazione ufficiale negli allegati al PANSM come

⁴ L. DELL'OSSO, *Salute Mentale, un Piano senza consultazione e azioni concrete per risultati tangibili*, in *Quotidiano Sanità*, 2025, in <https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/salute-mentale-un-piano-senza-consultazione-e-azioni-concrete-per-risultati-tangibili/>.

accaduto nella Conferenza Nazionale Salute Mentale del 2021⁵. Come dicevo le audizioni non hanno supplito ad occasioni di ampia partecipazione, discussione e di dialogo aperto. La questione metodologica verte anche sulla mancanza di una verifica sia dei risultati del precedente PANSM del 2013 (e dei diversi atti collegati) sia della situazione epidemiologica e dello stato dei servizi nelle singole regioni. Non è stata effettuata una ricognizione sullo stato di attuazione dei punti emersi dalla Conferenza Salute Mentale indetta dal Ministero della Salute nel 2021. Vi è una carenza di dati, e quelli forniti dal Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) del Ministero della Salute, pure citati, sono limitati agli adulti e non contengono né una rappresentazione della situazione dei minori né delle dipendenze patologiche. Le carenze nell'approccio epidemiologico, qualità e completezza dei dati nonché della loro elaborazione è stato più volte rimarcato anche da associazioni scientifiche come la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica.

Un Piano di Azione, a livello teorico, dovrebbe partire da un'articolata e ragionata analisi dei dati epidemiologici e della situazione, assai diversificata, delle diverse regioni al fine di indicare in modo coerente obiettivi, priorità, tempistiche, risorse, modalità di monitoraggio, verifica e rendicontazione. Pertanto, visto che mancano molti dei suddetti elementi, più che un Piano d'Azione per la Salute Mentale sembra che il documento finale possa essere definito una linea di indirizzo, composto da indicazioni riguardanti, anche in relazione all'aspetto medicocentrico, più la psichiatria che la salute mentale.

Il PANSM è costituito da un'Introduzione e da sei capitoli: 1) Salute mentale e percorsi di promozione, prevenzione e cura; 2) Salute mentale in infanzia e in adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura; 3) Salute mentale per le persone detenute/imputabili e per le persone affette da disturbi mentali autrici di reato in misura di sicurezza; 4) Salute mentale: risk management e sicurezza; 5) Salute mentale e integrazione socio-sanitaria; 6) Salute mentale: formazione e ricerca. Nelle intenzioni, «Il PANSM vuole essere un documento sintetico, agile ed incisivo per la promozione, prevenzione e sviluppo di azioni a favore del miglioramento e del trattamento della salute mentale e del benessere psicologico della nostra società. È un documento strategico ed operativo il cui scopo è promuovere e stimolare interventi appropriati ed efficaci a favore della salute mentale che dovranno essere recepiti e messi in atto dalle Regioni, titolari dell'organizzazione sanitaria»⁶.

In realtà si tratta di un documento di ben 104 pagine, molto più ampio dei precedenti (il Progetto Obiettivo Salute Mentale 1994-96 era di 11 pagine, il Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000 28 pagine e il Piano di Azioni Nazionale Salute Mentale del 2013 23 pagine), articolato ma di limitata operatività. Non distingue tra sistema di cura e sistema di comunità.

⁵ Gli atti della Conferenza, insieme ad altri documenti e materiali sui lavori, sono reperibili al seguente link: <https://www.salute.gov.it/new/it/evento/2a-conferenza-nazionale-la-salute-mentale-una-salute-mentale-di-comunita/>

⁶ Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM), p. 12.

Una lunghezza che, oscillando fra continuità e discontinuità, sembra voler porre le basi di una nuova ragione fondativa, scientificamente orientata, visto che «le problematiche legate oggi alla salute mentale sono molto diverse rispetto a quelle di soli pochi anni fa: bisogna ragionare in termini di una nuova cultura della salute mentale»⁷.

Nella logica della discontinuità non si fa cenno a quanto era già contenuto nel precedente PANSM (e nei diversi atti attuativi⁸) né a quanto era previsto dall' intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 e al successivo documento del Ministero della Salute "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali". Si trattava di raccomandazioni per le Regioni al fine di assumere iniziative per conoscere e monitorare la contenzione meccanica, rispettare i diritti e la dignità delle persone, ridurre le pratiche limitative delle libertà personali e facilitare le alternative alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Nelle raccomandazioni si chiedeva di garantire le attività di formazione a tutte le operatrici e gli operatori, promuovere il lavoro in equipe e in rete, nonché la qualità dei luoghi di cura. Infine, vi era la raccomandazione ad organizzare servizi di salute mentale e di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) integrati, inclusivi e radicati nel territorio. Una verifica dello stato di attuazione di quei progetti e delle raccomandazioni sarebbe stata non solo utile, ma necessario anche al fine di una verifica circa lo stato effettivo dei servizi. Non si fa cenno alla conferenza nazionale autogestita da oltre 150 associazioni tenutasi il 6-7 dicembre 2024, che ha prodotto importanti documenti reperibili online⁹.

3. Sul merito

a) Nell'introduzione del PANSM vi sono diversi riferimenti normativi e teorici condivisibili (Comunicazione UE, Linee dell'OMS) che configurano la salute mentale come componente essenziale della salute nell'intero arco di vita. Pur senza una visione storica (data per acquisita o liquidata?), l'impianto si colloca nell'ambito della l. 180/1978 e in linea con la l. 18/2009 (Convenzione dei diritti delle persone con disabilità) e l. 219/2017. In questo quadro si sarebbe potuta esplicitare l'adozione del Quality Right e delle Linee Guida per

⁷ *Ivi*, p. 10.

⁸ «Le strutture Residenziali Psichiatriche in età adulta, documento approvato in Conferenza unificata con accordo n. 116 del 17 ottobre 2013»; «Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza», documento approvato in Conferenza unificata con accordo n. 138 del 13 novembre 2014, Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e dei disturbi gravi di personalità, documento approvato in Conferenza unificata con accordo n. 137 del 13 novembre 2014. Linee di indirizzo per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva documento approvato in Conferenza unificata con Intesa sancita il 25 luglio 2019).

⁹ <https://www.conferenzasalutementale.it/2024/>.

la deistituzionalizzazione delle Nazioni Unite¹⁰, che avrebbero sostanzialmente la cultura della pienezza dei diritti/doveri delle persone con disturbi mentali.

“Questo piano di azioni ha come obiettivo prossimale il miglioramento dell’assistenza attraverso l’introduzione di percorsi di trattamento scientificamente orientati e la promozione della salute mentale in tutti i contesti di vita. Obiettivo distale attraverso queste azioni sarà la riduzione dello stigma e una diversa attenzione sociale del disagio e della malattia mentale”¹¹.

Obiettivi prossimali e distali sono tra loro collegati non in relazione ad una inesistente neutralità scientifica delle indicazioni (la cui forza intrinseca è limitata) ma unicamente se la tecnica diviene politica e se il diritto alla salute, visto nell’ambito dei diritti umani fondamentali, non è separato dai diritti di cittadinanza. Esso per essere esigibile richiede la presenza di un sistema di welfare pubblico universale, sostenuto da un patto sociale solidale. Quindi oltre ai citati fattori di rischio quali le nuove sostanze psicoattive, le tecnologie informatiche e “l’infanzia senza gioco”, molti altri sono gli elementi che richiedono “una nuova cultura della salute mentale”: sono i fattori sociali, ambientali, culturali, connessi a migrazioni, crisi delle famiglie, solitudine, eventi sfavorevoli e traumatici dell’infanzia, povertà economiche (quasi 6 milioni di poveri di cui 1,2 milioni minori), educative, scolastiche e “vitali”¹². Su punti cruciali giovani, migranti, senza fissa dimora, questioni di genere, fine vita non vi sono analisi e interventi organici.

La salute mentale è parte integrante di tutte le politiche: dell’ordine pubblico, della giustizia, della scuola, del lavoro, delle migrazioni, del contrasto alle dipendenze, sociali, ambientali, abitative. Pertanto, il PANSM, per la sua autorevolezza, poteva essere uno strumento essenziale per orientare e rendere coerenti le politiche nazionali e regionali titolari dell’organizzazione dei servizi. Due obiettivi solo sommariamente delineati e che sembrano necessitare ancora di un percorso di maturazione, volto ad una visione sistemica della salute mentale nell’ambito di una corretta collaborazione interistituzionale e professionale tra sistema di cura e sistema di comunità.

a) In altre parole sembra in secondo piano l’evidenza che diversi fattori di rischio derivano anche dal come vengono affrontati problemi che sono poi i determinanti di salute. Si pensi alla relazione tra inquinamento ambientale e salute, compresa quella mentale; la relazione tra salute e legislazione sulle droghe (politiche di “guerra alla droga”); la salute in ambito detentivo; il tema della povertà economica, ovvero quella che riguarda utenti che vivono con entrate sotto il minimo vitale; di famiglie fragili in difficoltà. Rilevanti sono anche le politiche per scuola, reddito, casa, lavoro e salute mentale. È certamente importante l’attenzione alla

¹⁰ Nazioni Unite Comitato sui diritti delle persone con disabilità Linee guida sulla deistituzionalizzazione, anche in caso di emergenza. Adottato nella ventisettesima sessione 15 agosto 9 settembre 2022, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-10/Guida-sulla-deistituzionalizzazione-Italian.pdf>.

¹¹ Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM), p. 12.

¹² A. SIRACUSANO, M. RIBOLSI, *La povertà vitale. Disuguaglianza e salute mentale*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.

salute della gravidanza, al periodo perinatale, ai primi 1000 giorni di vita, alla prevenzione e alla diagnosi precoce. Ma l'intervento non può essere solo sanitario deve essere anche sociale, economico, di sostegno alle madri e alle famiglie, mediante servizi domiciliari, asili nido e scuole per l'infanzia. Tema presente anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Viene giustamente citato il DL 62/2024 per la disabilità e sarebbe molto importante superare ogni discriminazione delle persone con disabilità a prescindere dalla/e causa/e. Quindi diritti di cui dovrebbero fruire anche le persone con disturbi mentali, che hanno i requisiti previsti dalla l. 104/1992 art. 3, c. 3 per la grave disabilità e i loro *care giver*. L'importanza dell'autodeterminazione ("nulla su di me senza di me") del Progetto di Vita, pure citato¹³, non assume la centralità che merita. La stessa integrazione sociosanitaria presenta molti aspetti condivisibili che sono tuttavia da verificare alla luce dell'Autonomia differenziata e dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) in corso di definizione.

Se la salute mentale è una componente essenziale della salute di tutti è ovvio che essa compete a ciascuna persona, famiglia e comunità. Ed è quindi importante che si parli di salute mentale in ogni contesto sociale, come la scuola o il mondo del lavoro, il sociale. Questo vale per ogni ambito a partire dall'autotutela e dal mutuo aiuto. In ambito professionale la salute mentale è competenza di tutti gli operatori. Questo potrebbe sostanziarsi in un efficace e diffuso piano formativo e come detto nel PANSM in azioni contro stigma e pregiudizio. Vi è bisogno di servizi specialistici, articolati per intensità di cura (*stepped care*¹⁴) in relazione a gravità e complessità come per altro delineato da PANSM con la proposta di un insieme di tecniche (più o meno) basate su evidenze.

L'approccio di tipo universale obbliga a prendere in considerazione i determinanti sociali, economici, ambientali e culturali della salute e le necessità per la sua prevenzione e cura di agire non solo sul livello macro ma anche meso e micro. Questo implica lo sviluppo di un welfare di comunità e prossimità e l'attuazione del DM 77/2022 mediante un rafforzamento dei DSM. Ciò è tanto più rilevante se si tiene conto dell'entità del divario bisogni-offerta comune a livello nazionale (e internazionale), con significative differenze regionali: si stima che siano senza cure circa 2 milioni di persone con disturbi mentali severi; un dato che di per sé dovrebbe richiamare l'attenzione della politica. A fronte di questo il PANSM non rileva lo stato dei servizi a livello regionale, in ambito ospedaliero e territoriale, né vengono indicati standard di riferimento. Riconosce la carenza di risorse ma non si afferma quale debba essere la percentuale del Fondo Sanitario Nazionale da dedicare alla salute mentale. Per il personale viene citato l'accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2022 ma senza una tempistica di attuazione e di superamento del tetto per le assunzioni.

Come vedremo in seguito, per fare fronte ai bisogni e dare realizzazione al modello *stepped care* quello del personale è il punto cruciale. Serve anche una formazione di medici,

¹³ Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM), p. 81.

¹⁴ *Ivi*, p. 26.

psicologi, assistenti sociali, infermieri e tecnici e nel capitolo 6 del PANSM giustamente si cita la necessità di qualificazione e specializzazione; un punto che da tempo è in sospenso e non trova attuazione ad esempio per gli Infermieri. Solo con un'adeguata dotazione di personale formato si potrà dare attuazione al PANSM, ai documenti sulla psicologia nel servizio sanitario, alle Linee dell'Istituto Superiore di Sanità sul trattamento dei disturbi emotivi comuni, a forme di auto mutuo aiuto (Self Help Plus) volontariato e vicinato come proposto dall'OMS.

b) Pur proponendo un modello Dipartimentale “a matrice integrato ed inclusivo”, viene rimandata alla competenza regionale la definizione delle aree disciplinari che lo compongono. In particolare viene recepito quanto emerso nel corso “della VII Conferenza Nazionale Dipendenze del 7-8 novembre 2025, secondo la quale i Dipartimenti delle dipendenze dovrebbero essere mantenuti come strutture autonome dotate di autonomia organizzativa e di direzione, con budget dedicato e gestione dei fondi finalizzati.”

Un punto cruciale al fine di una visione unitaria, che può realizzarsi grazie ad un solo Dipartimento gestionale che preveda la tutela della salute mentale nell'intero arco di vita a partire dalla gravidanza, la psicopatologia di infanzia adolescenza, le dipendenze. A mio parere la permanenza di Dipartimenti diversi e lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) tra aree disciplinari è meno funzionale ed implica la creazione di interfacce e differenti responsabilità e budget.

Il PANSM a tale proposito, “rinvia ad un successivo documento tecnico predisposto dal Ministero della Salute in collaborazione con Regioni e Province autonome, volto a definire criteri e ambiti di collaborazione tra dipartimenti e strutture e gli aspetti tecnico organizzativi”.

Affermazioni che, viste le competenze regionali in termini di organizzazione dei servizi, lasciano aperte tutte le possibili soluzioni e il mantenimento dello status quo. Lo stesso vale per la collocazione della psicologia clinica e di comunità (e non viene espressa una posizione sul “bonus psicologi”), come per i servizi per la disabilità. Si tratta di problemi che vengono da lontano, fin dagli anni '80 e '90 del secolo scorso, e di non facile soluzione. Tuttavia, fatte salve le competenze istituzionali viene da chiedersi quanto ha inciso la composizione del Tavolo Tecnico nel determinarsi di un vissuto di annessione, in particolare delle Dipendenze patologiche, o di subordinazione della psicologia e delle altre professioni.

Il tema è rilevante anche a livello universitario per la formazione delle figure professionali dello psichiatra che dovrebbe essere competente sulla salute mentale nell'intero arco di vita, del tossicologo, del neuropsichiatra infantile (specialità ancora afferente a pediatria e con un impianto prevalentemente neurologico). Per quest'ultima figura viene da chiedersi se non siano maturi i tempi per una separazione tra neurologia e psichiatria. Sempre in tema di formazione, come previsto dal PANSM, andrebbe definita anche la specializzazione dei medici dei SerD e degli psicologi per il lavoro in ambito pubblico, degli infermieri. Per i dipartimenti non viene indicato l'ambito territoriale di riferimento “ottimale”, né viene dettagliata la composizione dei servizi psichiatrici dando forse per scontata quella definita dal Piano Attuativo 1994-96: Centri di Salute Mentale, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Semiresidenze e Residenze. Al fine di progettare l'organizzazione nel futuro sarebbe importante fare il punto su innovazioni e sperimentazioni attivate con Enti del

Terzo Settore e Spedalità privata nelle diverse regioni¹⁵, anche in riferimento ad esperienze internazionali¹⁶.

Non viene aggiornata l'analisi sulla dotazione di posti letto rispetto alla popolazione e ai nuovi bisogni, sui modelli operativi e il rispetto dei diritti. Questo in particolare per gli SPDC nei quali in oltre il 90% sono in atto pratiche restraints e le contenzioni (citato nel risk assesment). Il PANSM non indica l'obiettivo del *no restraint* e di contenzioni zero. Su quest'ultimo punto il recente documento approvato dalla Conferenza Stato Regioni "Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale" presenta elementi di criticità molto importanti nel momento in cui prevede la possibilità di contenzione oltre che negli SPDC anche nei servizi di NPIA e nelle REMS. Sul diritto all'autodeterminazione per la scelta delle cure e il progetto di vita servirebbero strumenti per perfezionare la disciplina sul consenso e migliorare l'apporto degli Amministratori di Sostegno e dei Giudici Tutelari.

Per la qualità dei percorsi di cura andrebbe posta attenzione su reingressi a 8-30 giorni dalla dimissione da un ricovero ospedaliero (indicatore inserito nei LEA). Andrebbero monitorati i tempi per le prime visite, la rapida presa in carico da parte dei Centri di Salute Mentale (CSM) e modalità per mantenere la continuità di trattamento in considerazione anche della soddisfazione dei bisogni di base e della qualità della vita. Non viene preso in considerazione l'apporto e la qualità della Ospedalità privata.

Anche per quanto attiene i CSM che sono il *core* del sistema, non viene indicato il territorio di riferimento (ideale), l'apertura (giorni, fasce orarie, 12 o 24 ore).

Lo stato di attuazione dei Percorsi di cura/Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), già previsti dalla Conferenza unificata¹⁷, non viene analizzato a livello nazionale

¹⁵ Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi (DGR 2000/2010 della Regione Emilia Romagna), Le microzone di Trieste. G. GALLO M. G. COGLIATI DEZZA (a cura di), *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Alphabeta, 2018; Programma Milano 2000 per Esordi Psicotici.

¹⁶ «Vi sono case per la crisi, spesso gestite da peer, i ben noti Dialogo Aperto finlandese e il modello residenziale Soteria applicato a Berna; servizi ospedalieri che non si limitano al ricovero ma lo prevenzionano sul territorio (Hidenheim in Germania) o che utilizzano terapie alternative ai solo farmaci (BET in Norvegia); centri di salute mentale comunitari gestiti con approcci olistici e col supporto dei peer in Myanmar e in Brasile (CAPS III Brasilandia a Sao Paulo, con posti letto), una clubhouse di Hong Kong sul modello di Fountain House. Inoltre sono descritti gruppi di supporto tra uditori di voci in Danimarca, o in Kenia per la difesa dei diritti, in Canada per il sostegno dopo il ricovero, e servizi che raggiungono le comunità locali in India, Zimbabwe (la "panchina dell'amicizia"), Irlanda, West Bengala, l'ombudsman personale svedese per dare supporto legale e risolvere anche i bisogni sociali. Vi sono ancora servizi di supporto alla vita indipendente offerto da un'ONG in Georgia, il programma Home Again di The Banyan in India, dedicato alle donne con schizofrenia abbandonate per strada, reti di supporto collegate e diffuse (KeyRing) e di abitare assistito (Shared Lives) in UK, per finire alle reti di servizi integrate di Campinas (Brasile), Lille e Trieste.» R. MEZZINA, *Chi non accetta lezioni sui diritti umani? A proposito della guida OMS ai servizi di comunità*, in *conferenzasalutementale.it*, 2021, in <https://www.conferenzasalutementale.it/2021/07/02/chi-non-accetta-lezioni-sui-diritti-umani-a-proposito-della-guida-oms-ai-servizi-di-comunita-di-roberto-mezzina/>.

¹⁷ «Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità», atto approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 137/CU);

mentre vi sono analisi regionali assai importanti.¹⁸ La realizzazione dei PDTA (Esordi psicotici, DCA, Disturbi Bipolari, Disturbi Gravi della Personalità, prevenzione dei suicidi) oltre alla definizione dei livelli di intensità di cura e dell'organizzazione dei percorsi implica una quantificazione delle risorse necessarie. Ad esempio per il PDTA Disturbi della Nutrizione e Alimentazione sono previsti diversi livelli di intensità di cura (ambulatoriale, day service, ospedaliero, residenziale e semiresidenziale specialistico). Per la riduzione della morbilità e mortalità precoce (di 15-20 anni) rispetto alla popolazione generale andrebbero predisposti programmi specifici di prevenzione, monitoraggio e screening. Non viene indicato quale debba essere l'assetto complessivo della NPIA. Anche il rilevato fabbisogno di posti letto ospedalieri per la NPIA non viene analizzato (I posti letto ospedalieri per adolescenti a livello nazionale dovrebbero essere almeno 400). Tuttavia la risposta alle crescenti sofferenze dei minori richiede risposte articolate e complesse incentrate su prevenzione e qualità del prendersi cura non solo sanitario ma anche educativo, sociale e culturale.

Si tratta di riconoscere che le difficoltà della transizione dall'adolescenza al mondo adulto include anche i problemi psicologici e psichiatrici ed è l'espressione di una grave crisi sociale e culturale del nostro sistema valoriale. Competitività e privatizzazione del disagio, della povertà, delle disuguaglianze e delle diversità culturali e di genere, delle quali il Piano non sembra occuparsi, crea un "*minority stress*" che è alla base di molteplici sofferenze: agiti autolesivi e etero aggressivi, stato di alienazione, chiusura (*Neet, hikikomori*) e abbandono delle speranze, uso di sostanze fino atti antisociali, incidenti e suicidi. Una complessità che non può essere affrontata solo con la continuità delle cure e Equipe di transizione; vi è un disagio che non può essere risolto dalla medicalizzazione né dalla deriva correzionale e giudiziaria pure accentuatasi dopo il decreto Caivano.

I Centri di Salute Mentale sono anche sedi di altri tipi d'intervento: Budget di Salute (BdS), Inserimenti lavorativi, *Connectedness, Hope, Identity, Meaning in life and Empowerment* (CHIME), *Individual Placement and Support* (IPS), *Strengths Model* et al.), rapporti con le Case della comunità per rendere l'abitazione della persona il primo luogo di cura. Resta aperto il tema di cosa e come il sistema riesce realmente ad offrire nell'ambito delle psicoterapie e delle forme di intervento psicosociale.

Sulla residenzialità, pur essendo citati tutti i migliori approcci tecnici (PANSM pag. 81 e seguenti) e il documento dell'Istituto Superiore di Sanità¹⁹, non si coglie la linea operativa strategica sia rispetto ad una qualificazione della residenzialità sanitaria rispetto ai singoli

¹⁸ A. LORA, *Il progetto QUADIM (Qualità della cura nei Disturbi Mentali)*, in siep.it, 2023, <https://siep.it/il-progetto-quadim-qualita-della-cura-nei-disturbi-mentali/>; A. LORA, *Lo stato dell'arte nei percorsi di cura per le patologie psichiche: dalla prevenzione alla diagnosi ai trattamenti psico-socio-farmacoterapeutici*, in *Journal of Medicine and the Person*, 2018; n. 2.1, pp. 12-15.

¹⁹ M. L. SCATTONI (a cura di), *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive*, in *Rapporti ISTISAN*, 2023, n. 23/9.

PDPTA sia per quanto attiene la creazione di Servizi di Comunità e Prossimità mediante Budget di Salute come evoluzione della residenzialità sociosanitaria.

In altre parole, una ulteriore riflessione qualitativa e quantitativa sulle dotazioni e le linee di sviluppo del sistema di Comunità sarebbe molto utile onde evitare un divario tra colte teorie e tecniche da un lato e modelli organizzativi possibili e pratiche reali dall'altro. Il PANSM può aiutare a ridurre questo divario.

A maggior ragione per i servizi rivolti alla salute mentale delle persone di minore età, per le quali si rileva la carenza di posti letto ospedalieri da programmare, mentre maggiore attenzione meriterebbe la già esistente e diffusa rete residenziale sanitaria e socioeducativa con collocazioni extrafamiliari di minori talvolta molto distanti dai luoghi di residenza. L'ambito dei minori sta assumendo un'organizzazione sempre più simile a quella della psichiatria per adulti e quindi occorrerebbe molta attenzione per prevenire le pratiche di *restraint* e le contenzioni meccaniche in questo ambito.

Un punto critico è l'assistenza alle persone adolescenti e adulti con disturbi del neurosviluppo specie se con gravi problemi comportamentali. Ciò è tanto più rilevante se si tiene conto dell'andamento epidemiologico che vede un'incidenza di un caso ogni 67 nati. Un dato che dovrebbe stimolare una specifica e realistica programmazione per gli utenti e le loro famiglie. Per le persone con Adhd e autismo va quantificato il fabbisogno di servizi territoriali e residenziali o di progetti con Budget di salute.

Viene molto sottolineata la transizione dei minori all'età adulta e definiti dei riferimenti anche di personale per la realizzazione delle Equipe Funzionali e ciò è certamente utile. La continuità di cura è un tema aperto a livello nazionale ed europeo e richiede una riflessione in quanto continuità e discontinuità vanno viste in relazione a situazioni diverse (ad esempio le persone con autismo, oppure con disturbi esternalizzanti o uso di sostanze).

I riferimenti all'approccio biopsicosociale e al modello a matrice sono condivisibili e dovrebbero sostanzialmente anche in diagnosi sociali e l'utilizzo dei Codici Z del ICD 10. Una moderna concezione della salute mentale di comunità deve realizzarsi nell'ambito di relazioni di sistema, in particolare con i servizi sociali per andare al concreto delle pratiche e ad un reale protagonismo delle persone nei percorsi di *recovery* e *empowerment*.

Il riferimento alle pratiche di *Evidence-based medicine* (EBM) e le Linee Guida implica un coinvolgimento della persona e della famiglia. Quindi è importante che il PANSM citi il miglioramento del consenso, l'*engagement*, le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e le pratiche di deprescrizione. Alcuni ambiti come i migranti, senza fissa dimora, le questioni riguardanti il genere dovrebbero essere oggetto di analisi e programmazione. Il tema dei diritti e della partecipazione di utenti, familiari e volontari è cruciale e sarebbe utile un atto di indirizzo per le Regioni e per le forme di realizzazione (Consulte et al.) a livello regionale e dei singoli dipartimenti.

Inoltre andrebbero individuati gli strumenti normativi, amministrativi e organizzativi per rendere possibile e stabile l'utilizzo di Utenti Esperti per Esperienza anche al fine di pro-

muovere il lavoro, il supporto tra pari, la prescrizione sociale, l'auto mutuo aiuto, il co-housing e tutte le forme previste anche dal PANSM²⁰.

Nell'ottica dei diritti andrebbe rinnovata la figura dell'Amministratore di Sostegno e, quando non svolto da familiari, ne andrebbe riconosciuto il ruolo pubblico (e i relativi emolumenti). Andrebbero anche previsti modelli organizzativi e strumenti per la realizzazione dei Progetti di Vita.

c) Percorsi giudiziari

Il capitolo 3 del PANSM affronta diversi temi ed avanza alcune proposte. Sono condivisibili quelle di istituire una Cabina Nazionale Interistituzionale (purtroppo l'Osservatorio istituito dal Ministero della Salute nel 2022 è stato chiuso), i Punti Unici Regionali, un referente per i percorsi giudiziari nei DSM, ma sarebbero più utili le Unità di Psichiatria Forense. Viene ribadito che la REMS ha una funzione residuale, di "*estrema ratio*" ma non pare valorizzato il grande lavoro dei DSM che assistono sul territorio circa 7000 persone con misure giudiziarie, di cui circa 4800 in residenze con un conseguente importante impegno di risorse (stimate in circa 400 milioni/anno) che andrebbe riconosciuto dallo Stato alle Regioni (tenendo conto che in media ogni progetto costa circa 60 mila euro/anno). Questo è il motore del sistema. Le leggi 9/2012 e 81/2014 e il decreto del Ministero della Salute del 1° ottobre 2012 configurano la REMS come struttura sanitaria e affidano la sorveglianza perimetrale alle Forze dell'Ordine. La REMS è una residenza a gestione sanitaria e non è un istituto autosufficiente, né è un SPDC *restraint*. Dalla natura della REMS sono derivate conseguenze descritte nel PANSM, quali la sanitarizzazione, l'inapplicabilità del regolamento penitenziario e un ruolo marginale della polizia penitenziaria. Su quest'ultimo punto sono necessarie riflessioni come per altro richiesto dalla sopracitata sentenza n. 76/2025 della Corte costituzionale. Il collegamento con le Forze dell'Ordine, il supporto alle REMS in sostituzione della vigilanza privata messa in campo dalle Ausl, la collaborazione con l'UEPE per l'applicazione delle misure di comunità potrebbero essere ambiti interessanti per utilizzare al meglio la professionalità della polizia penitenziaria.

È assai importante l'affermazione che "nel rispetto della sentenza della Corte costituzionale 27 gennaio 2022, n. 22, che è compito dei Dipartimenti strutturare programmi e percorsi extramurari compatibilmente con le esigenze giudiziarie di tutela della collettività e di sicurezza degli operatori. Si ricorda che il Dipartimento di Salute Mentale può e deve garantire le cure in ambito psichiatrico ma non la sicurezza sociale"²¹.

È questo uno dei punti più significativi del PANSM in quanto chiarisce natura delle misure, le competenze e diritti. Infatti, se è indubbio che l'esecuzione della misura di sicurezza è competenza giudiziaria, essa costituisce un elemento normativo indipendente assumendo, tutt'al più, il senso di una cornice di prescrizioni che la persona s'impegna a seguire. Ciò

²⁰ Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM), p. 90.

²¹ *Ivi*, p. 50.

può essere associato ad una cura sanitaria volontaria e dotata di una specifica autonomia attuata mediante tutti gli strumenti biopsicosociali e ambientali del welfare di comunità.

Diverso è, se come prevede la Corte costituzionale con la sentenza n. 22/2022, la misura di sicurezza detentiva ha natura “incipiente” e sostanzia insieme la privazione della libertà e la coercizione al trattamento. Questo si sviluppa entro i limiti posti dalla misura come cura psichiatrica possibile senza tutti gli interventi previsti nel welfare di comunità. Le conseguenze negative e pericolose di questo impianto sono state ben evidenziate²².

È fondamentale e valorizzato nel PANSM il lavoro di collaborazione interistituzionale, fondamentale per dare realizzazione alla legge 81/2014 e superare le criticità mediante protocolli, intese e migliorare appropriatezza, perizie e percorsi terapeutici riabilitativi.

Occorre andare avanti e non prevedere che le REMS possano passare ad una gestione diretta da parte del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP). Credo che la linea dovrebbe essere quella di tendere a superare le REMS, creando alternative anche qualificando la rete Residenziale e soprattutto sostenendo i Centri di Salute Mentale, dotandoli di nuovi strumenti come il Budget di Salute, alloggi per misure alternative, percorsi di lavoro. La riforma dell'imputabilità e delle misure di sicurezza potrebbero essere importanti per riformare il sistema. Non condivido l'affermazione che “un'errata stima iniziale dei posti letto REMS” sia la causa della lista di attesa che va analizzata a livello regionale. La previsione che ogni Regione si doti di almeno una REMS è ragionevole ma il numero di posti andrebbe visto non solo in relazione alla dimensione della popolazione, ma anche alla tipologia dei servizi di salute mentale e del sistema di comunità, nonché alle prassi giudiziarie (riducendo al minimo le misure di sicurezza provvisorie, favorendo il *turnover*).

Come detto vanno sostenuti i DSM, e la rete residenziale sta già ospitando molti utenti. Più che “bollinare” come giudiziarie altre strutture mentre si potrebbe promuovere un ampio lavoro formativo e applicare i diversi strumenti citati dal PANSM, e la precisazione circa le capacità predittive della psichiatria.

Occorre quindi cautela e un lavoro interistituzionale per chiarire bene le differenze e le competenze (cura, sorveglianza, prevenzione di nuovi reati- controlli). Per tutti coloro che lavorano con questi pazienti dovrebbe essere abrogata la posizione di garanzia degli operatori.

Nel PANSM non sono presenti progetti come ad esempio quelli esplicitati dalla lettera del Capogabinetto del Ministero della Salute (0018635 -P- 23.12.2024) indirizzata alle Regioni, nella quale si annuncia la “proposta di riforma del sistema che prevede per l'ambito sanitario l'assistenza alle persone assolute ai sensi degli artt. 88 e 89 cod. pen. su quattro livelli di intensità, di cui solo quella di primo livello è caratterizzata dalla massima intensità di cura e dalla alta sicurezza e osservazione e valutazione assistenziale e prognostica”. Anche

²² P. PELLEGRINI, *La sentenza della Corte costituzionale sulle Rems: un commento dello psichiatra*, in *Società della Ragione*, 2022, in <https://www.societadellaragione.it/campagne/salute-mentale/imputabilita/la-sentenza-della-corte-sulle-rem-s-un-commento-dello-psichiatra/>.

nelle audizioni del Consiglio Superiore della Magistratura in tema di REMS esitate nella delibera della Commissione mista il 12/11/2024²³ è emersa la proposta di istituire le Unità di Valutazione Assessment e Prognosi, con 80 posti, una per nord, centro e sud. A questo punto un chiarimento delle reali intenzioni sarebbe necessario. In diversi scritti²⁴ è stata espressa la contrarietà alle suddette proposte. Come previsto dal PANSM occorrerebbe una valutazione Regione per Regione valorizzando i risultati e perfezionando la collaborazione interistituzionale secondo quanto previsto dall' Accordo Stato Regioni del 30 novembre 2022.

Per quanto attiene i minori autori di reato e la giustizia minorile è importante il riferimento all'Accordo della Conferenza Unificata n. 45 del 2023 al quale dare attuazione. Tuttavia alcuni punti suscitano perplessità, in particolare l'attuazione delle “strutture sperimentali socio-sanitarie ad alta intensità” mediante “un processo di coprogettazione tra Enti sanitari, Enti Locali e Sistema Giustizia, definendo specifici ruoli e competenze sia dal punto di vista amministrativo che gestionale”²⁵.

Il rischio è che alla luce del decreto Caivano e di una cultura correzionale/punitiva vi sia un allontanamento dai principi del DPR 448/1988 e un ulteriore aumento della popolazione detenuta negli Istituti Penali per Minori, passati da una presenza media di 320 nel 2021 a 556 del 2024. Nell'ambito di una crisi familiare, educativa e sociale preoccupa l'aumento della detenzione minorile e della sanitarizzazione/psichiatrizzazione del disagio e dei problemi comportamentali degli adolescenti e giovani adulti per i quali è fondamentale la presa in cura educativa, sociale e di comunità.

Quanto alle attività negli Istituti di Pena lascia molto perplessi l'affermazione “Le sezioni specialistiche per disturbo mentale sono presenti in 33 Istituti Penitenziari con circa 320 posti, che corrispondono allo 0,5% della popolazione detenuta, a fronte di una presenza stimata del 10-15% di persone con disturbo mentale in carcere.” Nella versione finale del PANSM è stata omessa la previsione, presente nelle precedenti versioni, di “coprire almeno il 10% della popolazione carceraria” cioè di istituire oltre 6000 posti. Per le Articolazioni Tutela Salute Mentale (ATSM) si pone l'obiettivo di passare dall'attuale 0,5% ad almeno il 5% della popolazione carceraria pari ad oltre 3000. Ciò comporterebbe un costo gestionale annuo di circa 300 milioni, oltre alle spese per investimenti in nuove strutture o ristrutturazioni. La programmazione dei posti di Atsm viene riportata all'ambito regionale, in sintonia sia con le disposizioni in materia sanitaria e penitenziaria. La previsione di effettuare i TSO negli II.PP, pur ipotizzata e presente nel pdl Zaffini, sembra, giustamente, accantonata.

²³ Delibera della Commissione mista del Consiglio Superiore della Magistratura del 12 novembre 2024.

²⁴ A. CALCATERRA, P. PELLEGRINI, B. SECCHI, *La triste sorte degli “inemendabili” (ma davvero esistono?) e il forte bisogno di ritorno ai manicomi. Brevi note a margine della delibera del Consiglio Superiore della Magistratura*, in *Sistema Penale*, 2025, in <https://www.sistemapenale.it/it/scheda/la-triste-sorte-degli-inemendabili-ma-davvero-esistono-e-il-forte-bisogno-di-ritorno-ai-manicomi>.

²⁵ Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM), p.55.

Forse occorre una riflessione più complessiva sugli Istituti di Pena e definire la natura delle ATSM. Sul punto il PANSM correttamente indica che vi sono posizioni assai critiche secondo le quali “le ATSM sono illegittime e configurano una violazione degli articoli 13 e 32 della Costituzione, oltre che dell’articolo 3 della Corte europea dei diritti dell’uomo”. Condivido che occorra uscire dall’impasse e definire quali sono i percorsi di salute mentale negli ILPP, e quali quelli esterni, anche per dare attuazione alla sentenza n. 99/2019 della Corte costituzionale. Una riduzione della detenzione sociale e per le droghe, nonché un drastico abbattimento del sovraffollamento (con provvedimenti di indulto, liberazione anticipata, numero chiuso) potrebbero rendere molto diversa la situazione negli Istituti di Pena, con diminuzione dei suicidi e degli atti eterolesivi, ritengo inoltre che anche gli interventi necessari per la salute mentale verrebbero migliorati. La creazione di alternative quali la detenzione in comunità, residenze o alloggi e percorsi con Budget di salute richiede adeguati investimenti.

d) la sicurezza delle cure e il risk management deve essere declinata a livello delle singole aziende e servizi. In altre parole, ad esempio, la definizione dell’orientamento di un SPDC, *restraint* o *no restraint* ha molteplici conseguenze, anche in merito alla sicurezza. Piani per la sicurezza delle cure e gestione del rischio dovrebbero essere presenti in ogni DSM prevedendo misure strutturali, organizzative, di gestione delle risorse, procedurali e formative nonché forme di collaborazione con Prefetture e Forze dell’Ordine (Comitato provinciale per la sicurezza).

L’integrazione sociosanitaria dovrebbe vedere linee nazionali, come quelle per il Budget di Salute, e sancire la pienezza di diritti e doveri delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie. Anche i nuovi strumenti senza risorse dedicate potranno essere attivati. Infine non è previsto un sistema strutturale di partecipazione di utenti, familiari, volontari, società civile che possa concorrere alle azioni di governo e monitoraggio.

Angelozzi²⁶ ha molto ben delineato come sia cambiato nei progetti-obiettivo e nel PANSM il ruolo dei familiari e delle loro associazioni. Egli scrive che secondo l’ultimo PANSM «i familiari diventano solo qualcuno da psicoeducare o da supportare terapeutamente, a mio parere, fa perdere proprio il senso di “famiglia”, come contesto condiviso ove eventuali malesseri trovano senso e possibilità di cambiamento. Cessa il suo aspetto relazionale e si frammenta in interventi su singoli da gestire con informazione e terapie, a consacrare un approccio di ispirazione comunque molto medicalizzante. E soprattutto si perde il senso dei familiari come risorsa, per il paziente e per i Servizi, che era stata una acquisizione essenziale della psichiatria di comunità».

Infine, la giusta attenzione alla sicurezza non deve rilanciare il pregiudizio della pericolosità per sé e per gli altri, favorire una torsione autoritaria e il rischio di regressione a

²⁶ A. ANGELOZZI, *Il PANSM e il progressivo mutamento nel ruolo riconosciuto ai familiari e alle associazioni*, in *Quotidiano Sanità*, 2026, in <https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/il-pansm-e-il-progressivo-mutamento-nel-ruolo-riconosciuto-ai-familiari-e-alle-associazioni/>.

false passate certezze e involuzione neomanicomiale, neocustodiale dell'intero sistema. Una contro-riforma psichiatrica e giudiziaria, silenziosa, portata avanti con una "copertura scientifica" la quale sembra voler promuovere un adeguamento della psichiatria italiana a quella internazionale, occidentale (contenzioni secondo procedure ecc.) con il rischio di portare ad una forma di psichiatria dell'obbedienza giudiziaria e di sudditanza al potere saldando pratiche di *restraint* e coercitive ancora presenti in larga parte degli SPDC (e in molte REMS riportate al centro del sistema magari con la polizia penitenziaria) alle istanze giustizialiste e custodiali stravolgendo così, di fatto la legge Basaglia.

Il PANSM, invece, può favorire l'incontro tra le tante psichiatrie e i modelli di giustizia possibili può avvenire solo all'interno di una cultura dei diritti e della deistituzionalizzazione.

4. Sulle risorse

Le risorse sono cruciali per la realizzazione del PANSM che, come scritto, non prevedendo maggiori oneri per la finanza pubblica non permette la realizzazione pressoché di nessuna delle azioni previste; situazione assai grave per pazienti, familiari ed operatori in quanto porta a deludere aspettative, creare malintesi e demotivazioni.

La situazione reale dei servizi psichiatrici, già assai grave come ripetutamente evidenziato da tempo e da più parti in *primis* i direttori di dipartimento²⁷, rischia un ulteriore peggioramento e persino di condurre alla loro chiusura, se non si provvederà a nuove assunzioni. Per la psichiatria adulti, secondo un impegno Stato-Regioni di oltre 20 anni fa, le risorse dovrebbero essere pari al 5% del fondo sanitario nazionale. Un livello mai raggiunto.

«Già nel 2018, la Lancet Commission raccomandava che i Paesi ad alto reddito destinassero almeno il 10% e i Paesi a reddito medio-basso il 5% del loro budget sanitario alla salute mentale. Tuttavia, si legge nel rapporto, "la distribuzione delle risorse varia significativamente tra gli stati dell'Ue, con Francia (15,0%), Germania (11,3%) e Regno Unito (10,3%) come principali investitori, superando la media dell'Ue27+Uk del 5,7%", mentre "tra i Paesi con il divario più ampio tra investimenti raccomandati dal Lancet e quelli effettivi vi è l'Italia, che investe solo il 3,4%"²⁸ Secondo il Sole 24 ore un investimento del 5% genererebbe una redditività di circa 10,4 miliardi all'anno.

Il tema risorse è essenziale per dare realizzazione alle diverse azioni previste per la salute mentale perinatale, il neurosviluppo, la transizione all'età adulta che riguardano la NPJA, alle quali dovrebbero essere destinate il 2% della spesa sanitaria. Ancora va tenuto presen-

²⁷ Salute mentale, i direttori dei dipartimenti scrivono alle istituzioni: "Serve piano straordinario di assunzioni" Sanità Informazione, 12 gennaio 2023, <https://www.sanitainformazione.it/salute-mentale-i-direttori-dei-dipartimenti-scrivono-alle-istituzioni-serve-piano-straordinario-di-assunzioni/>.

²⁸ La notizia di agenzia è reperibile al seguente link: https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2025/02/04/salute-mentale10-miliardi-di-benefici-con-16-spesa-sanitaria_7af928b1-78c4-4118-aa93-b4ef5bd4b331.html.

te che per l'ambito delle dipendenze patologiche il finanziamento dovrebbe essere pari all'1,5% del fondo sanitario nazionale.

Complessivamente l'investimento dovrebbe essere pari all'8,5% del fondo sanitario nazionale.

Nonostante queste indicazioni, dopo mesi di discussione si è confermato ancora una volta che la sanità è subordinata alle disponibilità del ministero dell'Economia deliberate dal Parlamento. Infatti, la legge di bilancio 2026, approvata il 30 dicembre 2025, al comma 344 recita: «Al fine di garantire gli obiettivi e le azioni strategiche di intervento previsti nel Piano di azioni nazionale per la salute mentale 2025-2030 (PANSM 2025-2030) necessari per potenziare e qualificare l'assistenza integrata a tutela della salute mentale della persona, accompagnandola in tutto il ciclo della propria vita, a decorrere dall'anno 2026 una quota del fabbisogno sanitario nazionale standard, pari a 80 milioni di euro per l'anno 2026, 85 milioni di euro per l'anno 2027, 90 milioni di euro per l'anno 2028 e 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029, è destinata all'implementazione e al potenziamento delle strategie e delle azioni per prevenzione, diagnosi, cura e assistenza definite negli obiettivi del medesimo PANSM 2025-2030».

Di interesse è anche quanto previsto al comma 333 della sopracitata legge di bilancio: «Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 2.382,2 milioni di euro per l'anno 2026, 2.631 milioni di euro per l'anno 2027 e 2.633,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, anche per le finalità di cui ai commi da 334 a 409». Ed è chiaro che una percentuale dell'incremento dovrebbe andare alla salute mentale.

Bisogna prendere atto di un sottofinanziamento alla luce del quale andrebbe rivisto il PANSM. Perché se nessun incremento è possibile allora vanno indicate le priorità e quali sono i programmi di riconversione e ristrutturazione dei servizi. Si confermano i timori espressi da autorevoli psichiatri: un Piano di “castelli di sabbia”²⁹, “di molte parole e pochi strumenti”³⁰, di una “psichiatria allo stremo”³¹.

La mancanza di adeguate risorse per la realizzazione del PANSM rischia di deludere le aspettative, creare malintesi e delusioni in pazienti, familiari ed operatori. A questo proposito è significativa la lettera del Coordinamento nazionale delle Associazioni ADHD³², che insieme all'apprezzamento per il PANSM «auspica un'applicazione concreta e uniforme del Piano in tutte le Regioni» e ritiene «fondamentale che le misure previste siano sostenute da

²⁹ R. MEZZINA, *Piano salute mentale: castelli sulla sabbia?*, in *Quotidiano Sanità*, 2025, in https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=131064.

³⁰ A. ANGELOZZI, *Salute mentale, molte parole e pochi strumenti*, in *Quotidiano Sanità*, 2025, in <https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/salute-mentale-molte-parole-e-pochi-strumenti/>.

³¹ F. STARACE, *Psichiatria allo stremo e di fondi per il personale ne servirebbero 20 volte tanti*, in *Sole 24 ore*, 6 gennaio 2026.

³² C. LEMME, *Ecco perché diciamo sì al Pansm*, in *Quotidiano Sanità*, 2025, in <https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/ecco-perch-diciamo-s-al-pansm/>.

adeguati investimenti, affinché possano essere garantiti servizi di qualità, vicini ai cittadini, nel pieno rispetto dei diritti delle persone e con particolare attenzione ai bisogni dei minori, degli adolescenti e degli adulti con problematiche di salute mentale».

Anche nella nota congiunta del Coordinamento Nazionale Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (CN SPDC) e della Società Italiana di NeuroPsicofarmacologia (SINPF) il Piano «non può restare sulla carta»³³ e pertanto vi è la richiesta «di almeno 200 milioni di euro all'anno per 5 anni per rilanciare i Dipartimenti di Salute Mentale, in particolare sul fronte delle risorse umane». Ciò permetterebbe l'assunzione di circa 3.000 operatori.

Se come scritto in legge di bilancio 2026 il finanziamento per il personale è di soli 30 milioni, le assunzioni potranno essere all'incirca di 450 operatori.

Una quantità molto al di sotto di quanto ritenuto necessario: «sulla base delle analisi sul fabbisogno del personale SSN elaborate da Agenas e Conferenza Stato Regioni emerge la necessità di aumentare del 47% l'attuale dotazione di personale presso i DSM»³⁴. Occorrerebbe assumere circa 15 mila operatori con un impegno di spesa stimata nel 2023 dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica³⁵ di 785 milioni (Starace³⁶) che è aumentata negli ultimi due anni a circa 1 miliardo di euro.

Il sottofinanziamento ricade inevitabilmente sulla cura che viene garantita solo grazie all'impegno e alla disponibilità dei singoli professionisti con crescenti livelli di *burn out* e *drop out*. Vi è il rischio dell'irrilevanza, dell'invisibilità, dell'autostigma e di dover fronteggiare le domande di aiuto con un impianto etico volontaristico basato prevalentemente sulla motivazione degli operatori, come se si fosse sempre in una fase pionieristica o del fare con quel che c'è, privando l'ambito di quegli interventi ritenuti scientificamente ed eticamente essenziali come per altro previsto dallo stesso PANSM. Insistere per avere risorse adeguate è pertanto una questione di giustizia, di dignità professionale ed etica al fine di realizzare i diritti, i LEA e di creare sicurezza nelle cure, in un ambito, quello della salute mentale, dove vi sono rischi ed è alta la povertà e pressoché assente la possibilità di copertura assicurativa e solo gli interventi ambulatoriali sono accessibili con fondi privati. Per le persone con disturbi mentali gravi fuori dal sistema pubblico vi è l'abbandono e la non cura.

³³ E. BONDI, G. CERVERI, C. MENCACCI, M. BALESTRIERI, *Un Piano nazionale per la salute mentale che non può restare sulla carta*, in *Quotidiano Sanità*, 2025, in <https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/un-piano-nazionale-per-la-salute-mentale-che-non-pu-restare-sulla-carta/>.

³⁴ REDAZIONE, *Un "Mental Act" in 10 punti per superare l'emergenza sanitaria e sociale*, in *Mondosanità*, 2024, in <https://mondosanita.it/un-mental-act-in-10-punti-per-superare-lemergenza-sanitaria-e-sociale/>.

³⁵ SIEP Documento AGENAS "Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN" 18 gennaio 2023 in <https://siep.it/documento-agenas-metodo-per-la-determinazione-del-fabbisogno-di-personale-del-ssn/>.

³⁶ F. STARACE, *Salute mentale: organizzazione, strutture e personale. Cosa prevede il decreto con i fabbisogni approvato dalla Stato-Regioni*, in *Quotidiano Sanità*, 2023, in <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/salute-mentale-organizzazione-strutture-e-personale-cosa-prevede-il-decreto-con-i-fabbisogni-approvato-dalla-stato-regioni/>.

La Società Italiana di Psichiatria³⁷, nell'esprimere apprezzamento per il PANSM, ne chiede l'attuazione ma viene da chiedersi come e con quali risorse. Sembra sfuggire ancora una volta lo stato dei servizi. Credo occorra un esame di realtà.

Considerato che il PANSM ha valenza fino al 2030 occorrerebbe, attraverso un ampio accordo politico, una programmazione realistica, anche graduale, ma adeguata e certa non basata su progetti e finanziamenti temporanei o intermittenti. Non costituita da voucher assegnati in base al reddito, ma prestazioni universali con compartecipazione basata sui *ticket*.

Ciò consentirebbe di dare unitarietà e coerenza agli interventi, favorendo la massima sinergia tra il livello nazionale, regionale e locale nell'uso delle risorse considerate un investimento in grado di dare risultati positivi, non solo in termini di salute ma anche di tipo economico e sociale. Pertanto il PANSM dovrebbe essere associato ad un *planning* economico pluriennale ben diverso da quello previsto nella legge di bilancio 2026.

Vi è bisogno di stabilità e di un investimento di lungo termine secondo precise priorità. La linea dello sviluppo sostenibile e della crescita partecipata di tutto il sistema per la salute mentale crea un clima di fiducia e di speranza, che a sua volta è risorsa essenziale per operatori, utenti e sistema di comunità. Diversamente, se si manterrà l'attuale situazione delle risorse è evidente il rischio di regressione, di involuzione, di non riuscire a rispondere ad una crescente domanda. A fronte di servizi esausti e di un finanziamento inadeguato il rischio di involuzione, regressione e *burn out* è molto elevato. Questo può innescare un circolo vizioso abbandono- neoistituzionalizzazione.

Se invece, come penso, vi è l'unanime volontà di migliorare il sistema occorre affrontare il tema dei diritti e dei bisogni, la loro valutazione e quantificazione al fine della programmazione dei servizi e delle risorse. Se vi sono ben due milioni di persone con disturbi mentali "importanti" senza cure, occorre intervenire in modo appropriato.

I documenti dell'OMS sono un apprezzabile riferimento anche per quanto attiene le risorse informali e di comunità (capitale sociale), la partecipazione degli Utenti Esperti e la lotta allo stigma.

In un Piano di Azioni il tema risorse e degli investimenti dovrebbe essere contestuale alla rilevazione dei bisogni e accompagnare ogni decisione di merito. L'impatto economico delle principali azioni previste dal PANSM era stato stimato³⁸ e verrà di seguito sinteticamente riproposto.

³⁷ REDAZIONE, *Salute mentale, SIP: "Il Piano nazionale 2025-2030 è una svolta attesa, ora conta l'attuazione"*, in *Sanità Informazione*, 2026, in <https://www.sanitainformazione.it/salute-mentale-sip-il-piano-nazionale-2025-2030-una-svolta-attesa-ora-conta-l-attuazione/>.

³⁸ P. PELLEGRINI, *Sul Piano d'Azione Salute Mentale 2025-2030*, in *Forum salute mentale*, 2025, in <https://www.news-forumsalutementale.it/sul-piano-dazione-salute-mentale-2025-2030-di-pietro-pellegrini/>; P. PELLEGRINI, *Sulla proposta di Piano d'azione salute mentale 2025-2030*, in *conferenzasalutementale.it*, 2025, in <https://www.conferenzasalutementale.it/2025/07/25/sulla-proposta-di-piano-dazione-salute-mentale-2025-2030-di-pietro-pellegrini/>.

a) La salute mentale perinatale, il neurosviluppo, la transizione all'età adulta e l'adeguamento dei servizi di NPIA con una dotazione di posti letto ospedalieri di cui il Piano riconosce la necessità ma non la quantifica. Se, ad esempio, oltre al personale per i diversi *team* multiprofessionali, si stimano come necessari 400 posti distribuiti su 40 reparti da 10 posti ciascuno, si deve prevedere una spesa gestionale annua di 100 milioni di euro e un investimento di 240 milioni euro per la loro realizzazione strutturale. Vi è poi tutto il tema della collaborazione con la giustizia per le strutture sperimentali con i relativi costi.

b) Merita un approfondimento la collocazione e la funzione dello psicologo di comunità e certamente vi sono da prevedere risorse per le assunzioni. Se si stima di averne uno per ogni Casa della comunità, che secondo il PNRR dovrebbero essere 1.038, si tratta di prevedere una spesa annuale di circa 85 milioni di euro.

Per promuovere lo sviluppo dei diversi Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA) occorrono investimenti dedicati. In particolare per i Disturbi del Neurosviluppo, visto l'andamento epidemiologico, è necessaria una programmazione di lungo termine (secondo le LG dell'Istituto Superiore di Sanità) per trattamenti, semiresidenze, Gruppi appartamento e progetti con Budget di Salute per adolescenti e adulti. Ad esempio se si vogliono attivare 6 progetti residenziali/Bds ogni 100 mila ab. adulti a livello nazionale sono circa 3.000 progetti con un impegno di spesa di circa 438 milioni di euro/anno per la gestione più gli investimenti in strutture. Ciò è fondamentale per i Progetti di vita indipendente e il c.d. "dopo di noi" che tanto preoccupa molte famiglie.

Un altro ambito molto delicato ed epidemiologicamente rilevante è quello dei Disturbi della Nutrizione e Alimentazione per i quali tutta la rete andrebbe adeguata. La realizzazione dei PDTA richiede investimenti in competenze e personale e le Linee Guida devono essere individuate, conosciute, diffuse e verificate.

La parte ospedaliera, compresa quella della Ospedalità privata, merita un approfondimento sia per quanto attiene all'Emergenza-urgenza (centri crisi, pronto intervento sociale) sia per quanto attiene ai modelli di SPDC (e al loro superamento) in relazione a contenzioni e pratiche *restraint/no restraint*, sia per la qualità degli interventi assicurati dal privato sociale e imprenditoriale. Per superare le contenzioni meccaniche servono finanziamenti in personale e formazione.

c) Per la Residenzialità occorre una linea per la sua riconversione che può essere orientata, da un lato a promuovere servizi qualificati nell'ambito dei PDTA (DNA, Esordi, Autismo, Giudiziari et al.) e dall'altro, mediante processi di coprogrammazione e coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore, a determinare la trasformazione della residenzialità sociosanitaria in Servizi di Comunità e Prossimità con un preciso territorio di riferimento in grado di lavorare in sinergia con i Centri di Salute Mentale. Per i progetti con BdS e i diversi approcci e metodi riabilitativi citati nel PANSM vi è la necessità di prevedere adeguati finanziamenti e formazione. Ad esempio per attivare almeno 10 mila progetti con BdS (al costo medio di 30 mila euro cadauno) servono circa 300 milioni, oltre all'investimento in alloggi e strumenti. Questo andrebbe visto con gli Enti locali per creare welfare di comunità, in grado di essere generativo e di coinvolgere anche il c.d. "secondo welfare".

d) La creazione di Referenti e di *Equipe* forensi per minori e adulti e il miglioramento delle attività di negli Istituti di Pena richiede adeguate risorse (stimabili in complessivi 80 milioni di euro). Lo stesso per attivare i percorsi alternativi al carcere e alle REMS. Ogni progetto residenziale costa in media 60 mila euro e prevedendo di attivare 400 inserimenti il costo è 24 milioni di euro. Se si attivano 800 progetti con BdS al costo medio di 30 mila euro, l'investimento è di 24 milioni di euro. Va tenuto conto che i DSM sono già molto esposti nella spesa residenziale (dal 50 e 70% del budget complessivo) anche per i percorsi giudiziari alternativi alle REMS (si stima per 288 milioni di euro/anno). Questa voce, fondamentale per la realizzazione della legge 81/2014, dovrebbe essere riconosciuta a livello nazionale. La previsione, contenuta nella versione del PANSM inviata alle Regioni nel luglio 2025, poi rimessa alla programmazione regionale, di aprire negli Istituti di Pena circa 3.000 posti di Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM) comporta una spesa gestionale annua di oltre 300 milioni di euro e un investimento in strutture molto significativo. Se si tratta di realizzare *ex novo* o per ristrutturazione 150 strutture da 20 posti la stima è di 6 milioni per struttura, quindi in totale 900 milioni. Ora il tema è rinviato alle Regioni ma ritengo che questa sia una via da non perseguire. Vi sono già 320 posti di ATSM e oltre 700 in REMS e in relazione ai bisogni regionali vanno visti interventi specifici e selettivi cercando di promuovere soluzioni alternative al carcere, dove andrebbe introdotto il numero chiuso. Vanno invece sostenuti i DSM che sono il motore dell'intero sistema riformato e, che per realizzare la l. 81/2014, hanno investito oltre 400 milioni di euro/anno in particolare per la residenzialità,

Dobbiamo evitare che si riproponga anche indirettamente il paradigma della pericolosità del malato mentale, che invece va accolto e accompagnato, portando ad una torsione securitaria del tutto in contrasto con il mandato di cura. Questo vale anche per i capitolo dedicato al Risk management.

e) Il PANSM fa propria l'affermazione dell'OMS che "Non c'è salute senza salute mentale" e indica il passaggio dalla psichiatria alla salute mentale come una componente essenziale della salute che riguarda tutti e deve entrare in ogni politica, ambito del welfare e della società. Per quanto si tratti di un compito molto complesso e necessariamente incompleto è la via da sostenere e promuovere anche se, come da più parti è stato notato, nel PANSM vi è una visione incentrata sulla psichiatria e sul modello medico che rappresenta comunque un essenziale ambito di lavoro.

Questo approccio implica che la salute mentale entri in tutte le politiche al fine di affrontare, ciascuno per le specifiche competenze, i determinanti sociali della salute mentale: la povertà economica (si pensi alle pensioni di invalidità di 332 Euro mensili ben al di sotto del minimo vitale) relazionale, la solitudine/isolamento, le disuguaglianze, le diverse culture, le questioni di genere e il minority stress, le condizioni ambientali compreso l'inquinamento e il cambiamento climatico.

La salute mentale nell'intero arco di vita, a partire dalla gravidanza, al periodo neonatale, ai primi 1000 giorni di vita cruciali per la prevenzione, passando per le varie fasi, fino all'età adulta e anziana, deve tenere conto di condizioni sempre più caratterizzate da cronicità, pluripatologie e multicomplexità, fino alla non autosufficienza. La maggiore morbilità e

la mortalità precoce delle persone con disturbi mentali rende necessaria la prevenzione e adeguate cure garantendo diritti di accesso ai Fondi per la non autosufficienza e a un autodeterminato Progetto di Vita. Per comprendere l'entità del problema è utile ricordare che il 24,7% della popolazione italiana ha più di 65 anni e il 4,1% ha più di 80 anni. Entro il 2050 gli over 65 anni cresceranno al 37% e gli over 80 al 15%.

Dai dati ISTAT 2022 le persone non autosufficienti con indennità di accompagnamento erano 2.172.242 di cui 1.494.427 (circa 69%) di età superiore ai 65 anni e 31% di età inferiore ai 65 anni, di cui 11% minorenni. Un dato importante che è spesso sottovalutato, nella convinzione che non autosufficienza e disabilità siano condizioni solo dell'anziano. Per la disabilità nell'infanzia, adolescenza e età adulta, condizioni di lunga durata, occorre prevedere un'adeguata co-programmazione.

Da un'indagine del Gruppo solidarietà della Regione Marche (2025)³⁹ emerge che l'82% delle persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa (beneficiari di indennità di accompagnamento) vive a casa, il 18% in residenze. Solo il 17% di chi vive a casa riceve una qualche forma di sostegno.

Le persone con disabilità che necessitano di assistenza continuativa vivono a casa nell'87%; il 13% in residenze (rivolte sia persone con disabilità che con disturbi mentali). Il 38% di chi vive a casa riceve qualche forma di sostegno pubblico. Le famiglie si arrangiano e si stimano in circa 2 milioni i costi sostenuti (badanti e assistenti familiari et al.).

f) La formazione in salute mentale di tutti i professionisti è molto importante affinché, accanto a competenze specifiche, la sensibilità psicologica, l'accoglienza e l'ascolto non giudicante permeino ogni ambito sanitario e sociale rendendo operativa la "psichiatria gentile" (Eugenio Borgna). È quindi fondamentale il coinvolgimento del mondo universitario nel creare una cultura multidimensionale e multiprofessionale che valorizzi tutte le professioni e gli operatori del benessere, culturali e sportivi. L'ambito sociale e sanitario è gravato da stigmi e pregiudizi e per questo occorre uno specifico investimento in formazione e in strategie per combattere lo stigma e creare una comunità che si prende cura di sé stessa.

5. Conclusioni

Il PANSM, pur con i limiti metodologici evidenziati che lo rendono di fatto una Linea di Indirizzo, ha aspetti ampiamente condivisibili, ma ha bisogno di nuove risorse rispetto a quelle previste con la legge di bilancio 2026 che sono del tutto insufficienti. Certamente occorre utilizzare al meglio quelle esistenti, per lo sviluppo della qualità, di percorsi di

³⁹ Gruppo Solidarietà - Osservatorio Marche Tra domanda e offerta. Persone non autosufficienti nelle Marche. Quante, dove e con quali sostegni, n. 161 del 20 maggio 2025, in <https://www.grusol.it/apriSocialeN.asp?id=1136>.

prevenzione e di guarigione evitando sprechi e investimenti inutili (come l'aumento dei posti di ATSM) e valorizzando l'apporto degli utenti, delle famiglie e delle comunità.

I bisogni di cura e assistenza sono molto rilevanti (2 milioni di persone con disturbi severi non curate, una forte crescita della sofferenza dei minori e adolescenti, per i disturbi del neurosviluppo et al., famiglie e *care giver* abbandonati) e purtroppo, a livello sociale, non sembra esservi consapevolezza dell'entità e della gravità del problema che talora giunge all'opinione pubblica solo per disperati casi di omicidio-suicidio, ma poi assai rapidamente scompare.

La salute mentale necessita di una *vision* e di un coordinamento e convergenza delle diverse politiche e non può essere limitata alla sola componente psichiatrica che deve superare la propria povertà⁴⁰, il riduzionismo in favore delle evidenze scientifiche a detrimento dei diritti e della libertà. Il raccordo tra i diversi ministeri con il sociale, scuola, cultura, sport, ambiente, mondo produttivo e volontariato è essenziale anche per generare nuove risorse, un *welfare* di comunità che possa ridurre il grande divario tra bisogni e risorse.

Mediante un dialogo di tutte le componenti universitarie, territoriali, ospedaliere, forensi, della ricerca occorre operare in tutti i contesti anche quelli più sensibili (carceri, centri per migranti, SPDC) al fine di dare realizzazione ai diritti alla salute e all'autodeterminazione. La salute mentale riguarda tutti. La l. 180/78 è un bene comune che si costruisce con la coerenza di tutte le politiche, nella capacità di gestire conflitti, le contraddizioni e il dissenso senza abbandonare nessuno ma restando accanto alle persone, a tutte le persone.

Il PANSM può contribuire al dialogo e può creare un clima capace di superare le divisioni, rispettare le competenze e valorizzare le diversità mediante equilibrati accomodamenti di fronte alle inevitabili contraddizioni. I fattori biologici, psicologici, sociali, ambientali e culturali sono rilevanti per la salute mentale. In una società globalizzata e multiculturale, nella quale sempre maggiore rilievo hanno i dispositivi tecnologici, bisogna favorire la partecipazione strutturata di tutti i portatori di interesse, raccogliere le indicazioni e i suggerimenti affinché il PANSM possa trovare attuazione a livello Regionale (il modello di Dipartimento, ambiti territoriali, forme di riconversione della Residenzialità, ambiti sensibili, Istituti di Pena, Centri per Migranti et al.).

Un'adeguata dotazione di risorse, in particolare di personale, rappresenta la priorità assoluta. Ma non basta. Sulla scia di Franco Basaglia, come ci ha insegnato Franco Rotelli⁴¹, si tratta di inventare nuove istituzioni. Per questo servirebbe un grande patto tra Stato e Regioni, professionisti, utenti, familiari, comunità per avere un piano unitario, ampiamente condiviso accompagnato da un *planning* di finanziamento che secondo calcoli preliminari, dovrebbe prevedere oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica, in primis del

⁴⁰ B. SARACENO. *Sulla povertà della psichiatria*, DeriveApprodi, 2017.

⁴¹ F. ROTELLI (a cura di), *L'istituzione inventata Almanacco Trieste 1971-2010*, Alphabeta, 2016.

Fondo Sanitario Nazionale, stimabili in 3,3 miliardi di euro (di cui 1 per il personale e circa 1,8 miliardi per investimenti strutturali). Un investimento rilevante ma comunque entro il 5% (6,8 miliardi per il 2025) della spesa sanitaria nazionale.