

**Resoconto integrale n. 10**  
Seduta del 3 aprile 2023

Il giorno 3 aprile 2023 alle ore 9,30 è convocata, con nota prot. n. PG/2023/7853 del 29/3/2023, presso la sede dell'Assemblea legislativa in Bologna, viale A. Moro n. 50, la Commissione Politiche per la Salute e Politiche sociali, in modalità mista, con la presenza, in sede, dei vicepresidenti e dei seguenti membri per Gruppo assembleare: Amico (ERCEP), Bondavalli (BP), Caliandro, Costi, Marchetti F., Montalti, Paruolo, Pillati, Rossi (PD), Castaldini (FI), Cuoghi, Evangelisti (FDI), Facci, Pelloni (Lega) ), Mastacchi (RCPER), Zamboni (EV), nonché degli altri partecipanti in via telematica, in attuazione dell' art. 124, comma 4 bis, del Regolamento interno dell'Assemblea legislativa dell'Emilia-Romagna e a seguito della delibera dell'Ufficio di Presidenza 26 maggio 2022, n. 26.

Partecipano alla seduta i consiglieri:

Cognome e nome	Qualifica	Gruppo	Voto	
SONCINI Ottavia	Presidente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	6	assente
MALETTI Francesca	Vicepresidente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	5	presente
MARCHETTI Daniele	Vicepresidente	Lega Salvini Emilia-Romagna	6	presente
AMICO Federico Alessandro	Componente	Emilia-Romagna coraggiosa, ecologista, progressista	2	presente
BERGAMINI Fabio	Componente	Lega Salvini Emilia-Romagna	1	assente
BONDAVALLI Stefania	Componente	Bonaccini Presidente	3	presente
CALIANDRO Stefano	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
CASTALDINI Valentina	Componente	Forza Italia – Berlusconi per Borgonzoni	1	presente
COSTA Andrea	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
CUOGHI Luca	Componente	Fratelli d'Italia – Giorgia Meloni	2	presente
COSTI Palma	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
DAFFADA' Matteo	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
EVANGELISTI Marta	Componente	Fratelli d'Italia – Giorgia Meloni	1	presente
FACCI Michele	Componente	Lega Salvini Emilia-Romagna	1	presente
GERACE Pasquale	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
GIBERTONI Giulia	Componente	Gruppo Misto	1	assente
MARCHETTI Francesca	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
MASTACCHI Marco	Componente	RETE CIVICA Progetto Emilia-Romagna	1	presente
MONTALTI Lia	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
MORI Roberta	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
PARUOLO Giuseppe	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
PELLONI Simone	Componente	Lega Salvini Emilia-Romagna	3	presente
PICCININI Silvia	Componente	Movimento 5 Stelle	1	presente

Viale Aldo Moro, 50 - 40127 Bologna - Tel. 051 527 7645 - 5468 - Fax 051 527 5420

email [SegrCommIV@regione.emilia-romagna.it](mailto:SegrCommIV@regione.emilia-romagna.it) PEC [ALAffLegCom@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:ALAffLegCom@postacert.regione.emilia-romagna.it)  
[www.assemblea.emr.it/lassemblea/istituzione/commissioni/comm-iv](http://www.assemblea.emr.it/lassemblea/istituzione/commissioni/comm-iv)



PILLATI Marilena	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
POMPIGNOLI Massimiliano	Componente	Lega Salvini Emilia-Romagna	1	assente
RONTINI Manuela	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
ROSSI Nadia	Componente	Partito Democratico Bonaccini Presidente	1	presente
STRAGLIATI Valentina	Componente	Lega Salvini Emilia-Romagna	2	assente
ZAMBONI Silvia	Componente	Europa Verde	1	presente

Sono presenti il consigliere Gian Luigi Molinari (PD) in sostituzione della consigliera Ottavia Soncini (PD), nonché i consiglieri Stefano Bargi (Lega) e Giancarlo Tagliaferri (FDI).

E' altresì presente Raffaele Donini, Assessore alle politiche per la salute.

Partecipano alla seduta: dott. Fabrizio Starace, Ausl Modena; dott. Pietro Pellegrini, Ausl Parma; dott. Gian Maria Galeazzi, Ausl Reggio Emilia; dott.ssa Antonella Mastrocola, Ausl Romagna, dip. Ravenna; dott. Michele Sanza, Ausl Romagna, dip. Forlì Cesena, dott. Roberto Muratori, SPDC Bologna, dott. Alessio Saponaro, Area salute mentale e dipendenze patologiche (RER).

Presiede la seduta Francesca MALETTI

Assiste la segretaria: Annarita Silvia Di Girolamo

Funzionario estensore: Angelo Baratelli

DEREGISTRAZIONE CON CORREZIONI APPORTATE  
AL FINE DELLA MERA COMPrensIONE DEL TESTO

**Presidente MALETTI.** Adesso passiamo al punto 6486, relativo all'audizione dei direttori dei dipartimenti di salute mentale della Regione Emilia-Romagna, avente titolo "Un approccio globale alla salute mentale: una priorità per l'Unione Europea, un'opportunità di riflessione per la Regione Emilia-Romagna".

Questa seduta consultiva è all'interno della relazione per la Sessione Europea dell'Assemblea legislativa per l'anno 2023.

Sono presenti i consiglieri di maggioranza e di minoranza Lia Montalti e Stefano Bargi, che ringrazio, e ringrazio anche il dottor Saponaro di essere qui presente per l'Assessorato.

Chiedo di far intervenire subito il dottor Fabrizio Starace, che ha chiesto di intervenire perché ha un impegno, e chiedo scusa ai capi di dipartimento sia collegati che presenti per questo slittamento di orario.

Prego, dottor Starace.

**Dott. STARACE, Azienda USL Modena.** Buongiorno, presidente Maletti. Buongiorno a tutti i consiglieri e ai colleghi. Spero mi sentiate.

**Presidente MALETTI.** Sì, la sentiamo. Prego.

**Dott. STARACE, Azienda USL Modena.** Chiedo quindi di passare alla presentazione che ho inviato in maniera da ottimizzare i tempi. La presentazione ha volutamente un titolo che include un aspetto globale, che attiene al tema generale delle politiche che l'Unione Europea sta adottando per la salute mentale. Il programma Healthier Together include effettivamente per la prima volta un capitolo specifico relativo alla salute mentale, ma anche uno sguardo alla situazione nazionale e locale, facendo riferimento per la prima parte, quella nazionale, ai dati del sistema informativo salute mentale, per la parte locale ai dati che sono stati condivisi in sede regionale, per i quali ringrazio il dottor Saponaro e il gruppo di lavoro in assessorato, che ci consentono di verificare i rapporti e identificare le aree che hanno necessità di maggiore attenzione.

Il contesto nel quale ci muoviamo è quello del Piano nazionale di ripresa e resilienza, nel quale purtroppo, però, dobbiamo segnalare che le risorse complessive assegnate al *welfare* sociosanitario sono appena il 13 per cento del totale. Si tratta all'incirca di 20 miliardi per la Missione 6, Salute, 13 per la Missione 5, Sociale, anzi se guardiamo le componenti relative al *welfare* sociosanitario territoriale, le risorse sono ancora minori.

Per affrontare questo tema, come tutti sapete, nel maggio dello scorso anno il decreto ministeriale n. 77 ha identificato modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Come è stato da più parti rilevato, tuttavia, nella strutturazione del nucleo fondamentale di questo rinnovato rilancio dell'assistenza territoriale, cioè le Case della comunità, la presenza dei servizi per la salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria è soltanto raccomandata.

Finalmente, nello scorcio dell'ultimo anno, quindi approvato ufficialmente sia dal Ministero della salute che dal Ministero dell'economia e delle finanze, è stato adottato un decreto, successivamente alla sua approvazione in Conferenza Stato Regioni, che riguarda la determinazione del fabbisogno di personale complessivamente del Sistema sanitario nazionale, e poi, in un documento specifico, quelli per la salute mentale.

Si tratta di un'applicazione sperimentale di questi standard, che si dovrà svolgere nell'arco di tre anni e che per la parte salute mentale si focalizza sui temi dell'organizzazione delle strutture e, come vedremo a breve, anche degli standard di personale.

In particolare, per quanto concerne l'organizzazione vengono individuati quattro livelli: quello di consultazione e assistenza primaria, che attiene proprio al rapporto tra i Dipartimenti di salute mentale e le cure primarie, laddove si sviluppano valutazioni specialistiche, diagnosi, intervento precoce; il livello di presa in carico, al quale siamo più abituati, quello realizzato nei Centri di salute mentale; i due livelli successivi, quello di assistenza specialistica, ospedaliera e residenziale (vedremo che a questo livello vi sono alcune criticità che dovremo affrontare) e quello delle reti specialistiche di area vasta, regionali o interregionali, ad esempio, le REMS.

Facciamo un *focus* utilizzando i dati, rielaborati dalla Società italiana di epidemiologia psichiatrica, su informazioni che pubblica il Ministero della Salute. Tutto questo si dovrà realizzare in un contesto in cui la spesa per la salute mentale sul totale del Fondo sanitario nazionale, come vedete, a livello nazionale è ferma al 3 per cento. Ricordo che lo standard di riferimento è il 5 per cento e che di recente, per i Paesi avanzati, questo standard è stato fissato al 10 per cento.

Questa è il posizionamento dell'Italia, lo vedete sulla parte sinistra, in fondo, al 3 per cento di risorse economiche del Fondo sanitario nazionale rese disponibili per la salute mentale, ma quello che mi interessa mostrarvi è quali sono i costi diretti e indiretti dei disturbi mentali stimati in Europa dall'OCSE. Questi ammontano in media al 4 per cento, per l'Italia siamo al 3,4 per cento, e sono costi che gravano sul Sistema sanitario, sull'assistenza sociale, sul mercato del lavoro.

Il riferimento in questo caso, 3,4 per cento, è sul PIL. Se noi riportiamo il 3 per cento del Fondo sanitario nazionale dedicato alla salute mentale in termini di rapporto al PIL, troveremo che questo corrisponde a non più dello 0,2 per cento del PIL, quindi, a fronte di costi che, rapportati al PIL, corrispondono al 3-4 per cento, noi dedichiamo come spesa alla salute mentale lo 0,2, molto meno, quindi, della decima parte dei costi complessivi.

Perché vi parlo di questi aspetti? Perché evidentemente questi si riflettono sulla possibilità di investire nelle risorse fondamentali per il sistema di cura della salute mentale, che non sono risorse tecnologiche, sono risorse umane, personale adeguatamente formato, competente, motivato e in numero adeguato. Anche qui la posizione della Regione Emilia-Romagna è certamente migliore della media nazionale, ma è ancora distante (lo vedremo più avanti) dagli standard fissati e approvati oggi con decreto.

Vi mostro queste due diapositive a fronte per segnalarvi quanto siano in relazione diretta la presenza di personale e la possibilità di dare accesso a persone con problemi di salute mentale, quella che noi chiamiamo la "prevalenza trattata" e che corrisponde fondamentalmente al numero di persone che sono in contatto con i nostri servizi.

Vi sono molte altre relazioni che potremmo indagare tra la dotazione di personale e la capacità di funzionamento dei servizi, ma quello che mi interessa sottolineare è il tema delle disuguaglianze, che, a partire da un'allocazione differenziata della spesa, a seguire con una disparità di collocazione di personale a livello regionale e anche all'interno della stessa regione, si realizzano nei processi di cura in salute mentale, che indicano quindi delle criticità sia all'interno dell'area sanitaria, sia nel rapporto con i sistemi interconnessi extra sanitari.

Cito due esempi, l'accesso in acuzie al pronto soccorso per motivi di tipo psichiatrico e la permanenza in residenzialità, consapevole che sia il tema degli accessi in pronto soccorso che è quello della residenzialità costituiscono temi cruciali nell'ambito della sanità complessivamente intesa.

Qui vediamo che gli accessi in pronto soccorso con diagnosi psichiatrica sono particolarmente elevati nella nostra Regione, quindi la domanda da porsi è se si tratti di una scarsa capacità di

intercettazione a livello di cure primarie, così come supponiamo più in generale per il rapporto tra medicina generale e pronto soccorso. Questa è una prima questione alla quale dare risposta.

L'altra area cruciale è quella della residenzialità, in cui osserviamo, a fronte di una durata media già molto elevata di quasi tre anni di permanenza nelle strutture residenziali per persone che sviluppano programmi riabilitativi, la Regione Emilia-Romagna ha una *performance* leggermente migliore. Questo però non ci esime da porci anche qui due domande cruciali: si tratta effettivamente di necessità riabilitative o di necessità abitative? Si tratta cioè di una collocazione che attiene ai programmi riabilitativi intensivi di riacquisizione di competenze sociali e relazionali, o piuttosto di una risorsa che compensa la mancanza di collocazione abitativa nella comunità?

D'altro canto, se vi è una necessità assistenziale a lungo termine, siamo certi che il contesto psichiatrico non costituisca un ulteriore stigma nei confronti delle persone con problemi di salute mentale, quando invece tutti gli altri cittadini che non hanno avuto un problema di salute mentale afferiscono alle possibilità offerte dal sistema per la non autosufficienza? Questi sono temi cruciali, in quanto corrispondono sia a modalità di intervento, sia a un impegno estremamente differenziato di risorse.

Questo è il profilo della Regione Emilia-Romagna, che abbiamo elaborato nel confronto con i parametri che vedete elencati a sinistra di questa diapositiva e che costituiscono una carta di identità del sistema di cura per la salute mentale delle diverse Regioni. Ci consentono infatti di vedere di quanto si discosti la *performance* ai diversi indicatori della Regione rispetto al valore nazionale, quindi possiamo immediatamente individuare delle aree che necessitano di maggiore attenzione, da quella dei ricoveri per Trattamento sanitario obbligatorio, che nella nostra Regione sono doppi rispetto alla media nazionale, alle dimissioni per motivi psichiatrici da altri reparti non psichiatrici (questo potrebbe segnalare un'inappropriatezza di invio) agli accessi già citati in pronto soccorso, che sono del 43 per cento superiori alla media nazionale, alle ammissioni in residenzialità, che sono del 24 per cento superiori.

Abbiamo anche dei dati in difetto rispetto alla media nazionale. Tra questi, ho evidenziato una minore dotazione di strutture territoriali, che corrisponde a circa il 30 per cento in meno rispetto alla media nazionale.

Di cosa stiamo parlando quando facciamo riferimento all'utenza nei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna? Stiamo parlando di oltre 80.000 persone in contatto con i servizi di salute mentale e di oltre 60.000 in contatto con la neuropsichiatria infantile e di oltre 30.000 in contatto con i servizi per le dipendenze patologiche, per un'utenza totale di oltre 170.000 persone che vengono seguite dalle 3 articolazioni dei dipartimenti integrati di salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile.

Quali problematiche pongono queste persone, in particolare quelle che fanno riferimento alla salute mentale? Qui c'è una interessante analisi che è stata condotta dal gruppo coordinato dal dottor Saponaro. In particolare, il confronto tra gli utenti in contatto nel 2021, ultimo anno che abbiamo a disposizione, e quelli di sei anni prima, del 2015, segnala un incremento dei casi di depressione, un decremento dei disturbi psichiatrici maggiori, come la schizofrenia o la mania e i disturbi bipolari, un incremento presso i nostri servizi delle persone con ritardo mentale.

Anche qui si pone evidentemente il tema dell'appropriatezza della gestione di condizioni che probabilmente dovrebbero essere affidate alle articolazioni delle cure primarie e della disabilità.

Gli utenti in contatto con i CSM presentano anche delle variazioni nel corso del tempo diseguali tra Dipartimento e Dipartimento, vi sono degli incrementi, nel corso di questo sessennio analizzato, a Modena, a Bologna, a Parma, vi sono dei decrementi in altri Dipartimenti, mentre rimane sostanzialmente stabile il numero di ricoveri in SPDC e SPOI della popolazione maggiorenne.

Questo andamento sostanzialmente stabile del numero dei ricoveri è presumibilmente correlato alla staticità dell'offerta che caratterizza la rete ospedaliera della nostra Regione, ma delle

disuguaglianze in termini anche intra regionali sono presenti, ad esempio, sul tema dell'offerta residenziale e semiresidenziale per 100.000 abitanti. Vedete qui la distribuzione nei vari Dipartimenti della Regione Emilia-Romagna e, cosa ancora più interessante, l'ultimo dato disponibile ci segnala che la spesa per l'assistenza riabilitativa – sottolineo questo termine – residenziale e semiresidenziale, visto che non sempre possiamo supporre che si tratti di spesa riabilitativa, cuba oltre 125 milioni di euro. Di questa spesa, i due terzi sono connessi a convenzioni con privato accreditato, e comprendete bene come sia complesso effettuare modalità di riorganizzazione quando l'interlocuzione è con Enti che collaborano con le attività del Sistema sanitario nazionale, ma hanno una propria strutturazione, una propria organizzazione.

Parlavo precedentemente delle disparità in termini di personale a livello nazionale, ma vorrei segnalare che queste disparità sono presenti anche a livello intra regionale. Come vedete, le disparità nel numero di personale dei Dipartimenti con 100.000 abitanti sono ampiamente (anche nell'ordine del 30 per cento in più o in meno) presenti anche a livello intra regionale.

Come abbiamo visto, questo condiziona la capacità di presa in carico dei singoli Dipartimenti. Ciononostante mi piace sottolinearlo in quanto questo fenomeno, quello delle contenzioni meccaniche, sia stato oggetto di attenzione da parte della Regione Emilia-Romagna in maniera assolutamente preconizzatrice rispetto a tutto il territorio nazionale, anzi la modalità adottate dalla Regione oggi stiano per essere applicate su tutto il territorio nazionale, ciononostante vi sono stati risultati straordinari in termini di riduzione del numero assoluto di contenzioni, che sono trattamenti inumani, possibili solo in condizioni eccezionali di necessità e urgenza, e, come vedete, gran parte dei Dipartimenti della Regione Emilia-Romagna è riuscita nel tempo ad adottare modalità che non prevedono la contenzione meccanica.

Segnalo che anche su questo tema vi sono state attenzioni, questo è stato uno dei temi prioritari che hanno caratterizzato l'erogazione di 60 milioni di euro, ripartiti tra le Regioni, per il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale, cioè la riduzione dei fenomeni di contenzione meccanica.

Venendo alla neuropsichiatria infantile, in questo caso noi osserviamo una crescita dell'utenza in carico ancora più marcata nel corso degli ultimi dieci anni di quanto abbiamo visto per la salute mentale. La variazione complessiva è di più 50 per cento, ma, se andiamo ad analizzare questa variazione per raggruppamenti diagnostici, scopriamo che nella barra centrale, quella relativa al numero di utenti in carico per disturbi dello spettro autistico, c'è stato negli ultimi dieci anni l'incremento del 240 per cento. I disturbi del comportamento alimentare a loro volta hanno avuto un incremento di oltre il 200 per cento, i disturbi dell'apprendimento di circa il 90 per cento in più rispetto a soli dieci anni fa.

Queste rilevazioni devono darci delle indicazioni precise sul rafforzamento di aree che non possono essere normate in maniera generica, indicando degli obiettivi da perseguire, se questi obiettivi non si sostanziano in interventi concreti per rafforzare le aree stesse attraverso la presenza di personale. Qui faccio un *focus* specifico sulla Dipartimento che dirigo a Modena, per mostrarvi che nei disturbi dello spettro autistico (la seconda colonna alla vostra destra) addirittura negli ultimi dieci anni nel Dipartimento di Modena c'è stata una quadruplicazione dei numeri di casi incarico e c'è stata una triplicazione dei disturbi del comportamento alimentare. Questo in costanza di personale, anzi, come vedremo tra breve, con delle riduzioni che si sono verificate in maniera sempre più evidente, soprattutto dal periodo Covid ad oggi.

È del tutto evidente che queste difficoltà incidono sulla reale possibilità di trattamento. Questo non si realizza tanto nell'incremento del numero di ricoveri che abbiamo registrato a Modena, dove abbiamo un'area specifica per minori, una SPDC, e abbiamo anche una residenza trattamento intensivo per minori, ma lo verifichiamo quando andiamo a controllare il quasi raddoppio che c'è

stato negli ultimi tre anni delle consulenze urgenti in neuropsichiatria infantile, che si sono realizzate presso il pronto soccorso e gli SPDC.

Vi è quindi un raddoppio di queste situazioni urgenti, che riguardano adolescenti, giovani, che fanno riferimento in urgenza ai presidi di salute mentale.

Suggerirei al comparto tecnico del Consiglio di dotare questi strumenti telematici anche della possibilità di condivisione di materiali, così da poterli trasmettere assieme al nostro audio. Non so se possiamo riprendere, altrimenti posso sintetizzare quello che intendo segnalarvi.

Il tema sul quale voglio riportare la vostra attenzione è quello del rapporto tra risorse umane e capacità assistenziale dei Dipartimenti, rischio cioè di trasformare i nostri servizi, servizi integrati con un lavoro di *équipe* multiprofessionali in un "visitificio".

Questa è, per darvi un'idea più concreta, la relazione che esiste tra il personale in servizio al 31 dicembre 2022, quindi tre mesi fa, e gli standard che sono stati fissati in Conferenza Stato-Regioni. Come vedete, c'è una carenza nel Dipartimento solo per la parte salute mentale di 185 unità, di cui 33 della dirigenza medica e psicologica, 150 delle professioni sanitarie.

Analogo esercizio abbiamo condotto per la neuropsichiatria infantile e abbiamo verificato che la carenza solo di area medica e psicologica è superiore a 35 unità. Questo naturalmente apre un ambito di riflessione che offro al dibattito. Le prospettive che abbiamo sono o della prioritizzazione delle aree specifiche nelle quali intervenire o del razionamento.

Queste sono le conclusioni che ci hanno suggerito i colleghi della Bocconi, che hanno facilitato la discussione nell'ambito degli stati generali, perché le risorse pubbliche non sono destinate a crescere, purtroppo, a meno di decisioni politiche in questa direzione che facciano seguito all'ascolto dei bisogni espressi dalla popolazione, e i bisogni stessi sono in netto aumento.

Quali sono le aree di patologie o di bisogni ai quali occorre dare risposta, quali sono i *target* prioritario, qual è l'intensità delle risposte che ci possiamo permettere? Le priorità evidentemente devono essere stabilite sulla base di criteri precisi. In particolare (qui prendo in prestito una *slide* prodotta dagli amici del Gimbe di Cartabellotta), devono essere quelle i cui i benefici sono adeguati rispetto ai costi e alle alternative. Faccio solo due esempi. Qual è il beneficio di tenere in una struttura residenziale, che ha un alto costo anche dal punto di vista della spesa, per una persona che ha concluso un trattamento riabilitativo intensivo, ha riacquisito una serie di competenze e ha necessità di rientrare in un contesto comunitario? Vi sono anche riflessioni che potremmo fare sui trattamenti farmacologici: qual è il beneficio di una prescrizione di antidepressivi che l'OsMed, l'osservatorio di AIFA, ci dice sul piano nazionale, trattamenti che vengono interrotti a cinque mesi da oltre il 50 per cento delle persone? Evidentemente si trattava di prescrizioni inappropriate o almeno questa è una delle possibili interpretazioni.

Concludiamo con l'ultima che diapositiva che ho tratto dalla piramide dell'assistenza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per segnalare che io credo occorra riflettere bene sui vari livelli e su quelli che possiamo direttamente gestire e quelli che invece ai quali dobbiamo collaborare in termini di sussidiarietà con le risorse naturali della comunità. In particolare, credo che dovremmo puntare la nostra attenzione sulla parte più elevata della piramide, ovvero i servizi specialistici e quelli a lungo termine, avendo come obiettivo la riabilitazione e non l'abitazione, che attiene ai rapporti integrati con le politiche sociali.

Sarà altrettanto importante il rapporto con il settore anziani e quello della non autosufficienza, per evitare una dislocazione inappropriata di persone anziane o non autosufficienti in settori come quello della salute mentale, che tolgono posti a persone che hanno bisogni specifici. Occorrerà definire altresì criteri per il rapporto tra pubblico e privato che sono spesso sbilanciati.

Nella parte dell'assistenza territoriale, invece, dovremo ribadire un orientamento alla *recovery*, a un lavoro multiprofessionale di *équipe*. Per la parte invece del rapporto con le cure primarie bisognerà stabilire dei rapporti strutturali tra Dipartimenti di salute mentale e cure primarie, evitando la



creazione di altri piccoli silos frammentari, che con difficoltà poi dovranno stabilire dei rapporti con i Dipartimenti di salute mentali.

Vi è poi tutta la parte dell'assistenza comunitaria informale, le realtà associative, il volontariato, gli operatori informali, i gruppi di auto e mutuo aiuto, le terapie digitali sulle quali intervenire in maniera anche qui molto significativa.

Credo che questo sia uno schema di riferimento rispetto al quale, a seconda delle capacità che avremo e quindi della possibilità di sostanziare le politiche di salute mentale con adeguati investimenti, potremo impegnarci. Grazie molte per la vostra attenzione.

**Presidente MALETTI.** Grazie, dottor Starace, dei contributi che ci ha dato.

Comunico anche che il dottor Pellegrini, il dottor Starace e il dottor Sansa hanno mandato materiale cartaceo. I documenti sono stati caricati nel sistema, per cui li potete trovare lì.

Chiedo al dottor Pietro Pellegrini dell'Azienda USL di Parma di collegarsi e dare il suo contributo.

**Dott. PELLEGRINI, Azienda USL Parma.** Buongiorno. Grazie dell'invito. Grazie, presidente. Grazie, consiglieri. Farò un breve intervento, riepilogando quali sono i punti che ho posto all'attenzione con uno scritto.

Intanto mi fa piacere parlare di salute e di salute mentale come competenza di tutti noi, una prima competenza politica di una comunità. Sembra una sottolineatura formale, ma è sostanziale, perché le persone hanno tutte una loro condizione di salute mentale, tutti noi l'abbiamo, questo può essere più funzionale, può essere disfunzionale, si può essere ammalata la persona insieme alla sua famiglia e alla sua comunità. Mettere insieme le politiche per far sì che una comunità possa vivere nel benessere e le persone nella salute mentale è un compito fondamentale, ed è una prima riflessione che dobbiamo fare nel momento in cui parliamo di risorse, perché le risorse sono le persone e le loro relazioni prima ancora di quelle economiche e professionali, che hanno certo uno spazio che oggi il dottor Starace ha molto ben evidenziato.

Questo è fondamentale, quindi teniamo presente in tutti gli ambiti, fin dai primi passi della vita, dalla gravidanza ai primi 1.000 giorni al periodo fondamentale dei primi 6 anni di vita, che sono e devono essere oggetto non solo di un lavoro tecnico specifico, ma anche di un lavoro di comunità, di una protezione della crescita delle persone nella comunità e nella loro famiglia. Questo ha molto a che vedere con alcune tematiche, si pensi alle collocazioni extra familiari dei minori, si pensi alle violenze, si pensi agli abusi, cioè tutta una serie di questioni che hanno a che vedere poi con la salute e con la salute mentale.

Oggi il nostro sistema è un sistema tutto sommato ricco, in una comunità, quella regionale, che ha la possibilità di avere livelli elevati, nonostante tutte le difficoltà, e dobbiamo avere presente questo tipo di ricchezza, che va mantenuta, va costruita, va ampliata, va cioè resa il più possibile adeguata, affrontando quello che sappiamo essere il riferimento della salute. Oggi parliamo di una visione globale della salute, di un approccio olistico, quindi di una visione di una salute *one health planetary health*, quindi mettiamo insieme tutti i fattori che concorrono alla salute, tutti i determinanti sociali. La visione unitaria implica uno sforzo, uno sforzo anche per andare ad unificare le organizzazioni, per dare visioni comuni. A volte c'è una distanza tra sociale e sanitario, dobbiamo vedere se i processi di integrazione che abbiamo portato avanti sono sufficienti a livello professionale o non debbano diventare profonde riforme di carattere organizzativo e istituzionale.

La legge n. 180 e la successiva legge n. 81 fanno sì che oggi abbiamo gran parte dell'utenza. Quando parliamo di utenza nella salute mentale, parliamo del 15-20 per cento della popolazione che in un anno può avere un problema di salute mentale più o meno grave, e che quindi deve trovare un contesto di riferimento che non è solo dato dai servizi specialistici, quando diciamo che la salute mentale è una competenza di tutti, è di tutti i professionisti, è dei professionisti che si occupano di

cardiologia, di oncologia, della medicina generale, dei pediatri di libera scelta, ma lo è anche degli assistenti sociali e di tutto il contesto che, anche non professionalmente, ha a che vedere con la salute mentale delle persone. Si pensi ai contesti lavorativi, si pensi ai contesti scolastici o ai contesti di tipo sociale più allargato.

Il 97 per cento degli utenti vive a casa, quindi noi dobbiamo fare in modo che la casa sia il primo luogo di cura, collegata con i servizi, in particolare con le Case della comunità, facendo una politica orientata a sostenere una vita a domicilio, che avvenga in salute, in sicurezza, in armonia con l'ambiente e con il vicinato e che affronti nei contesti le situazioni.

È un grande progetto quello di evitare in ogni modo la neo istituzionalizzazione delle persone con disturbi mentali, ma aggiungo anche degli anziani e dei disabili. Dobbiamo creare le condizioni perché la casa sia il primo luogo di cura, e in questo senso bisogna che ridecliniamo l'impegno che abbiamo nella residenzialità, che va spostata nei due ambiti, uno verso una qualificazione maggiore, l'altro verso la trasformazione in servizi di comunità. Ci stiamo qualificando, abbiamo fatto diversi PDTA a livello regionale, ci sono delle necessità di intervenire (l'autismo, i disturbi del comportamento alimentare, gli esordi psicotici e tante altre questioni rilevanti), ma è fondamentale, per poter tenere le persone al loro domicilio e dar loro la possibilità di sviluppare il loro progetto di vita, utilizzare nuovi strumenti. La nostra Regione ha fatto molti passi avanti nell'utilizzo del *budget* di salute, questo oggi è riconosciuto come uno strumento anche dal DM 77 per i progetti di cura complessi, dobbiamo procedere in questa direzione e strutturare in tutte le parti l'utilizzo di questo strumento.

Ancora, dobbiamo lavorare per una pienezza di diritti e di doveri delle persone con disturbi mentali, che possono avere livelli di funzionamento molto differenti, ma un punto fondamentale è che, quando hanno le condizioni tali per cui sono disabili, a loro va riconosciuto quanto la legge prevede, la legge n. 104 quando hanno i requisiti previsti dall'articolo 3, comma 3, della disabilità grave. Hanno diritto ad avere tutti i benefici che la legge prevede per loro e i loro familiari. Quando io sento che ci sono esclusioni delle persone con disturbi mentali ad esempio dall'FRNA, dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, io credo che si determini una discriminazione ingiustificata.

Occorre prestare grande attenzione, come vi dicevo, all'età evolutiva, promuovendo quello che io chiamo un percorso crescita, crescita del bambino, della bambina e crescita delle competenze genitoriali e di un *welfare* che sia capace di accogliere, di essere educante e curante. Ancora, abbiamo bisogno di lavorare nella comunità e, come ricordava il collega Storace, tutta la strutturazione di rapporti di servizi di salute mentale con quanto previsto dal DM 77 è una delle sfide che si stanno aprendo rispetto a Case della comunità, ma aggiungo anche rispetto agli OSCO, gli ospedali di comunità, ma, ancora, vi è la necessità di creare quel collegamento fondamentale tra le Case della comunità e le case della persona.

Per questo servono servizi nuovi di comunità e di prossimità, che si strutturino in portinerie, microaree e altre esperienze che abbiamo e che si avvalgono anche della telemedicina e di tutte le nuove tecnologie, perché io credo che qui si giochi il punto fondamentale, non tanto e non solo nelle Case della comunità. Io parlo da Parma, noi abbiamo già 26 Case della comunità, quello che serve è creare i servizi di comunità e di prossimità, proprio per fare in modo che ci siano tutti quei collegamenti che abbiamo.

Attivare le comunità vuol dire attivare una grandissima risorsa, che può essere molto più alta di quella economica, che pure è necessaria, ma quanto vale la disponibilità di un vicino, quanto vale la disponibilità di un amministratore di sostegno, quanto vale quella di un amministratore locale che tiene le fila di un territorio? Sono valori inestimabili, nei quali oggi abbiamo anche un ruolo fondamentale, che va sostenuto, degli utenti e dei familiari.

Chiudo. Abbiamo diversi IRCCS, però non ne abbiamo uno per la salute mentale, ma questa Regione ha la forza per poter dire la sua su questo settore, e con la ricerca, la formazione e la creazione di

nuovi professionisti in una cultura nuova della salute mentale, che può essere di riferimento anche internazionale, credo che abbiamo tutte queste possibilità di portare il nostro sistema anche in questo ambito, mantenendo sempre al centro la lotta allo stigma, la lotta alla discriminazione e la lotta alle neo istituzionalizzazioni che si hanno in diversi ambiti, non solo in quelli tradizionali degli anziani, ma anche nelle carceri, nei centri di accoglienza per gli stranieri, e a tutte le forme nelle quali l'abbandono delle persone può avvenire anche nei loro contesti di vita. Grazie.

**Presidente MALETTI.** Grazie, dottor Pellegrini.

La parola al dottor Gian Maria Galeazzi dell'azienda USL di Reggio Emilia. Prego.

**Dott. GALEAZZI, Azienda USL Reggio Emilia.** Buongiorno a tutti, mi sentite?

**Presidente MALETTI.** Sì, benissimo. Buongiorno.

**Dott. GALEAZZI, Azienda USL Reggio Emilia.** Bene.

Ringrazio per l'invito a questo importante incontro della Commissione e mi associo pienamente agli interventi fatti dal dottor Storace e dal dottor Pellegrini. Mi fa piacere che si affrontino questi temi con una visione ampia, che tiene conto che i servizi sono sotto pressione in questo periodo e continuano ad offrire a una popolazione molto vulnerabile non soltanto il sostegno professionale per i disturbi per cui si rivolgono a noi, ma spesso cercano nei servizi delle risposte che il capitale sociale della comunità al momento fa fatica ad offrire.

Gli aspetti sottolineati del problema del personale e del morale del personale dopo un periodo così difficile come quello della pandemia è importante vengano affrontati, tenendo conto che i servizi devono affrontare le situazioni più urgenti e più gravi, altrimenti non riescono assolutamente a garantire la qualità che finora hanno fornito. Grazie.

**Presidente MALETTI.** Grazie, dottor Galeazzi.

La parola alla dottoressa Antonella Mastrocola dell'azienda USL di Romagna, Dipartimento di Ravenna. Prego.

**Dott.ssa MASTROCOLA, Azienda USL Romagna, Dipartimento Ravenna.** Buongiorno a tutti. Ringrazio per l'invito.

Chiaramente i colleghi che mi hanno preceduto hanno già ampiamente illustrato qual è la situazione dentro la quale noi stiamo oggi operando e a quali sfide siamo chiamati per rispondere a bisogni crescenti di cittadini in ordine alla salute mentale e non solo, ma, come diceva il dottor Pellegrini, la salute mentale produce poi anche salute globale, e non sto qui a dire tutta la problematica che hanno i nostri cittadini con salute mentale rispetto all'accesso alle cure anche mediche.

Un punto solo volevo porre all'attenzione, perché è stato accennato dal dottor Storace, che diceva come i colleghi della Bocconi ci pongano una questione, "dovete fare delle scelte, perché la situazione è questa, i bisogni sono tanti e bisogna cominciare a ripensare la modalità con cui noi oggi abbiamo erogato le cure o abbiamo dato risposte, non solo sempre in termini di cure", ma, come il collega Galeazzi diceva, a volte anche abbiamo dato risposte in termini di bisogni, non sempre soltanto di cure intese in senso sanitario.

Che cosa significa tutto questo? Fare delle scelte significa che però noi oggi dobbiamo riguardare l'organizzazione dei nostri servizi. Noi abbiamo un'organizzazione dei servizi che, se rimane questa, non sarà in grado di dare risposte, anche se facciamo delle scelte, perché sono organizzazioni pensate per *target* di popolazione, per bisogni e per una società che non è più quella dentro cui noi oggi stiamo, e anche rispetto alle risorse.

Questo, secondo me, pone una grande sfida. Vedo qui il dottor Saponaro che di questi discorsi ormai penso non ne possa più, però tutti i criteri di accreditamento e tutti i criteri di riorganizzazione del Dipartimento secondo me dovrebbero trovare un ampio spazio per il futuro, altrimenti anche le scelte che noi andremo a declinare dentro a questo sistema non daranno, secondo il nostro punto di vista, i frutti dovuti. Grazie.

**Presidente MALETTI.** Grazie, dottoressa Mastrocola.

Chiedo di intervenire al dottor Sanza, dell'azienda USL Romagna, Dipartimento Forlì-Cesena. Prego.

**Dott. SANZA,** Azienda USL Romagna, Dipartimento Forlì-Cesena. Grazie, presidente. Grazie, consiglieri. Questa è davvero un'occasione speciale, di cui voglio sottolineare l'importanza e l'unicità, perché credo che nella salute mentale ci sia molto bisogno di rapporto con la politica, dal momento che il nostro settore tocca davvero le corde più profonde della società e un numero importante di cittadini che presentano problematiche crescenti. Quindi, questa è davvero un'occasione speciale. Ringrazio le Istituzioni di averci dato questa opportunità. Voglio dirlo avendo egli parlato personalmente, lo stesso dottor Lora era entusiasta del rapporto avuto con l'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna.

Sarò breve, sarò certamente entro i dieci minuti che ci avete concesso. Del resto, la stragrande maggioranza dei punti è già stata toccata. Io vorrei soffermarmi in particolare sui cambiamenti epidemiologici che riguardano e hanno riguardato la domanda di cura di salute mentale nella nostra regione, come nel nostro Paese e in Europa in generale.

Il secondo punto che vorrei trattare è il miglioramento delle conoscenze, che va di pari passo rispetto a quello che accade nel mondo reale. Ebbene, nel mondo reale che cosa accade? Accade che aumentano i disturbi mentali per la popolazione adulta, ma aumentano soprattutto e in modo rilevante per la popolazione giovanile. Che cosa ci suggerisce la scienza a questo riguardo e di cui non possiamo non tenere conto? Che la stragrande maggioranza dei disturbi mentali, quindi più dell'80 per cento, ha le radici nell'infanzia e nell'adolescenza e che i disturbi che noi a lungo abbiamo considerato esordi, cioè l'inizio della malattia, sono in realtà il punto d'arrivo di un processo precedente lungo, lento, che modifica la struttura psichica e arriva a presentarsi ai nostri servizi con una sintomatologia definitiva, che però non è l'origine della malattia, ma è già un suo punto di arrivo, è già un esito.

Se noi mettiamo insieme questi due aspetti, che convergono su di un'informazione rilevante, vuol dire che dobbiamo investire tantissimo sulla prevenzione e sul trattamento dei fattori di rischio, perché i fattori di rischio sono collegati allo sviluppo delle psicosi. Le psicosi sono un punto d'arrivo e non un punto d'inizio. La tossicodipendenza è un punto d'arrivo e non un punto d'inizio. Quindi, concentrarsi sui fattori di rischio vuol dire avere un'organizzazione capace di essere di prossimità, ma anche molto penetrante nella società civile, a contatto con i luoghi dove questi fattori per primi si manifestano, la scuola, certamente, il mondo del lavoro, le famiglie, l'associazionismo.

Questi aspetti, che erano già rilevanti ed evidenti nella crescita della domanda di cura per i servizi di neuropsichiatria infantile, sono divenuti esplosivi a seguito della pandemia. Non era una novità. Le previsioni dell'OCSE ci avevano già detto nel corso della pandemia, nel 2021, che sarebbe accaduto quello che era accaduto in Cina dopo l'epidemia della SARS-17, e quindi una quarta curva, che era la curva dell'esplosione dei disturbi mentali soprattutto tra i giovani.

Sono cambiamenti non solo di età, ma sono cambiamenti qualitativi. La domanda di cura che oggi viene rivolta ai servizi di salute mentale è una domanda di cura promiscua, promiscua nel senso che la sintomatologia spesso non consente di inquadrare quella persona o quel caso in uno dei servizi, in una risposta standardizzata e stereotipa, ma abbiamo bisogno di grande flessibilità e, quindi, di grande integrazione sul piano delle conoscenze e sul piano degli interventi.

Abbiamo la fortuna in questa Regione di avere un Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, quindi un dipartimento che integra la neuropsichiatria infantile con la salute mentale adulti e le dipendenze patologiche. Questo è certamente un'ottima premessa, ma non è ancora una garanzia, perché la garanzia consiste nel superamento definitivo di quei silos che ancora oggi persistono all'interno del dipartimento e che sono di ostacolo ad una vera integrazione.

Sono d'accordo con chi lo richiama prima (credo fosse la dottoressa Mastrocola): abbiamo necessità di ripensare l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale, e dobbiamo ripensarla sui percorsi reali delle persone, quindi avere un'organizzazione che sia più trasversale che verticale e dove le unità operativa non dico che debbano scomparire, ma comunque devono fare un passo indietro rispetto al governo dei percorsi.

Per rimanere sul piano qualitativo, la domanda di cura che ci troviamo ad affrontare esige risposte in termini qualitativi, in termini di adesione alle indicazioni e alle raccomandazioni delle linee guida, ma le linee guida non possono essere astratte, devono essere implementate nel mondo reale e concreto. Questo vuol dire rifarsi a degli standard internazionali, ma saperli anche affrontare.

Ma cosa ci dicono oggi le linee guida in particolare al riguardo della psicopatologia dell'età giovane adulta? Che sono indispensabili interventi di natura psicosociale, cioè quegli interventi non medici, di carattere pedagogico e informativo, di carattere psicologico, e le psicoterapie.

Sul piano della crescita, direi che la riduzione del numero dei medici con la quale oggi ci confrontiamo, che in sé non è un fatto positivo – intendiamoci bene – perché costituisce un impoverimento del Dipartimento di salute mentale, può rappresentare anche una grande occasione di rinnovamento, se sapremo accompagnare la riduzione della componente medica con una crescita del personale, invece, che eroga le psicoterapie e gli interventi educativi.

Ma la realtà dei fatti qual è? È che abbiamo perso il 15 per cento dei medici dal 2016 al 2019 nei nostri servizi e gli altri operatori non sono aumentati. È aumentata la domanda di cura, ma il personale dedicato al Dipartimento di salute mentale è rimasto il medesimo.

Non mi soffermo sugli aspetti strutturali e sulle considerazioni di carattere economico, già fatte in maniera esemplare dal dottor Starace, ma richiamo l'importanza del fatto che la nostra spesa, che è insufficiente rispetto ai parametri europei, ma è la più alta del livello nazionale [...] come sono messi gli altri. La nostra spesa, che oscilla intorno al 3,5 per cento, è composta per il 40 per cento da spesa sulla residenzialità. La spesa sulla residenzialità, come è già stato detto, è ad alto sospetto di inappropriatezza, quantomeno per quanto riguarda gli aspetti sanitari, cioè voglio dire che è spesa prevalentemente sociale e assistenziale. Qui si apre un punto importante sul quale la nostra società scientifica di riferimento, che è la Società italiana di psichiatria, si è già espressa puntualmente, che è la richiesta dell'accesso al Fondo della non autosufficienza per le persone portatrici di disturbi psichici. È ancora ignoto, perché a distanza di più di vent'anni dalla legge sul Fondo della non autosufficienza, che è stata istituita per venire incontro alle problematiche di perdita di autonomia dovute a disturbi neurologici, non vi è ancora un'apertura, così come era stato detto a suo tempo, nei confronti delle persone che hanno una problematica di tipo psichiatrico.

È fin troppo facile pensare che questa possa essere una scelta allocativa che ci permette non solo di sopravvivere, ma di affrontare quei cambiamenti qualitativi e organizzativi che oggi sono necessari per dare una risposta all'altezza delle sfide che l'epidemiologia e la demografia ci impongono.

Vi ringrazio dell'attenzione. Non prendo altro tempo. Ringrazio ancora sentitamente la Presidenza e i consiglieri della Regione Emilia-Romagna. Grazie.

**Presidente MALETTI.** Grazie, dottor Sanza.

Adesso la parola al dottor Andrea Tullini, dell'azienda USL Romagna, Dipartimento di Rimini. Bene. Allora, la parola al dottor Roberto Muratori, direttore dell'SPDC di Bologna. Prego.

**Dott. MURATORI**, *direttore SPDC Bologna*. Buongiorno. Grazie, presidente. Grazie dell'invito.

Sono già state dette dai colleghi che mi hanno preceduto tutte le cose importanti. Volevo aggiungere solo un paio di osservazioni. Il dottor Starace ha citato il decreto che è stato firmato nel dicembre 2022, che è già passato in Conferenza Stato-Regioni, che è un progetto di riorganizzazione a quattro livelli dell'assistenza alla salute mentale. Ci serve un aiuto forte da parte delle Istituzioni, e qui intendo la Regione, insieme ai direttori generali delle USL, affinché questa riorganizzazione si possa davvero realizzare. Cioè, il primo livello dell'assistenza, come hanno già detto i colleghi, non deve riguardare solo i servizi di salute mentale, ma tutti i servizi che si occupano dei cittadini della zona di cui le case della comunità, l'infermiere di comunità, la centrale tecnico-operativa si occupano, e quindi la cronicità e la prevenzione.

Siamo stati abituati in questi anni ad aver avuto sulle spalle della salute mentale tutta una serie di attività e iniziative perché si poteva essere, decenni fa, autosufficienti nel portarle avanti. Non lo siamo più. L'aumento delle richieste sui servizi psichiatrici fa sì che la stessa quantità di assistenza è stata divisa in 10, poi in 100, poi in 1.000, poi in 2.000, e finisce per essere sufficiente per i bisogni di tutti. Quindi, in questa organizzazione che va ripensata, di cui è già stato parlato ed è stato detto tutto, il primo livello è importantissimo. Se si riesce a creare un livello di prima assistenza, di primo monitoraggio, di primo sostegno alla popolazione da parte dell'integrazione dei dipartimenti territoriali già sarebbe un grosso passo avanti nella nuova riorganizzazione che è necessaria per l'assistenza psichiatrica.

Non posso, quindi, che confermare quanto ho sentito descrivere e raccontare dai colleghi che mi hanno preceduto. Ci tenevo a puntualizzare l'importanza di questo punto. Vi ringrazio.

**Presidente MALETTI**. Grazie, dottor Muratori.

Chiedo al dottor Saponaro se vuole intervenire. Prego.

**Dott. SAPONARO**, *responsabile Area Salute Mentale Assessorato regionale Politiche per la salute*.

Ringrazio la vicepresidente e i consiglieri per questa giornata, perché ci ha dato la possibilità di poter parlare di salute mentale a 360 gradi e, allo stesso tempo, di poter ascoltare chi, a livello territoriale, deve affrontare ogni giorno le problematiche.

Abbiamo la fortuna in Emilia-Romagna di poter contare su un sistema informativo che queste cose le descrive. Non tutte le Regioni possono oggi dire quello che diciamo noi in termini numerici. Il disagio si avverte ovunque, ma i numeri qui ce li abbiamo: un'epidemiologia estremamente rilevante a livello di impatto dei servizi. Cioè, sono notevolmente aumentati gli assistiti, vi è stata una ingravescenza delle situazioni più acute e, allo stesso momento, il personale a volte è anche difficile trovarlo. Faccio riferimento al fatto che in molte Aziende USL sono stati realizzati concorsi per psichiatri e neuropsichiatri, o non si è presentato nessuno o le persone che si sono presentati dopo non hanno accettato. Dobbiamo prendere contezza e consapevolezza anche di questo fenomeno.

Ma allo stesso momento non stiamo fermi. Il decreto che ci ha fatto vedere il dottor Starace è stato realizzato da tre persone. Eravamo tre persone in Emilia-Romagna su un gruppo di dieci. Quindi, la tendenza verso l'innovazione, quella di andare presso la casa della comunità, quella dell'abitare, quella di dare dignità alla persona è la nostra prospettiva. Quindi, vi sono diversi progetti in Regione Emilia-Romagna che vedranno luce quest'anno, perché abbiamo avuto tante sollecitazioni e nelle difficoltà che oggettivamente ci sono cercheremo di lanciare con nuova progettualità.

**Presidente MALETTI**. Grazie, dottor Saponaro.

Prima di dare la parola al consigliere Marchetti, volevo ringraziare veramente voi e i vostri contributi perché questo ci aiuterà anche il 18 aprile, quando saremo chiamati a esprimerci anche rispetto alla

Sessione Europea proprio su questa tematica, ad avere maggiore consapevolezza. Ce l'avevamo già, ma non a questi livelli. Per cui, grazie.  
Prego, vicepresidente Marchetti.

**Consigliere MARCHETTI Daniele.** Grazie, presidente.

Innanzitutto, ringrazio i direttori dei Dipartimenti di salute mentale che questa mattina sono intervenuti qui in Commissione per darci il loro punto di vista e il loro contributo, anche per arricchire la discussione che svilupperemo prossimamente qui in Commissione e poi in Assemblea per quanto riguarda la Sessione Europea 2023.

La lettura che possiamo dare come rappresentanti istituzionali e come consiglieri regionali, raccogliendo anche diverse testimonianze che ci arrivano dai territori, è quella di persone affette anche da patologie psichiatriche gravi in fase di scompenso che spesso non presentano una "presa in carico" adeguata. Badate, questo non lo sto dicendo per evidenziare una mancanza di volontà da parte delle strutture, ma perché evidentemente sono meccanismi di presa in carico a migliorare che mancano addirittura. Questo è un allarme che è stato lanciato anche da diversi amministratori locali, anche pubblicamente, perché spesso questi disturbi, queste patologie psichiatriche possono anche sfociare in atti pericolosi per le persone stesse, ma anche per la comunità. Parliamo di casi anche magari già presi in carico dai vari CSM territoriali.

Possiamo, ad esempio, pensare a un'evidente, almeno in molti territori, mancanza di collegamento tra le strutture delle Aziende USL e gli ambiti sociosanitari, se pensiamo, ad esempio, alle ASP. Io mi sento di portare in quest'aula anche testimonianze dirette che ho raccolto sul territorio da cui provengo. Anzi, mi dispiace non aver sentito qualche rappresentante dell'AUSL di Imola. Ad esempio, ci sono casi di persone già seguita dal CSM locale, che sono ovviamente prese in carico anche dall'ASP del territorio imolese, una situazione in cui ognuno dovrebbe fare il proprio pezzetto di strada. Spesso, però, questi meccanismi non vanno avanti di pari passo e spesso non si coordinano. Pensiamo, ad esempio, a una persona che in realtà vive presso un domicilio, quindi non in una struttura, ma che magari ha difficoltà anche nel gestire le proprie risorse economiche: non possiamo pensare che la soluzione sia quella di garantire ogni tanto il pagamento dell'utenza o l'abbonamento delle rette dell'appartamento in cui vive e che non riesce a pagare. Ci dovrà essere un segnale che arrivi alla struttura sanitaria anche in questo caso, magari anche quando ci sono delle dipendenze. Non parlo di dipendenze gravissime, magari anche il tabagismo. Parlo di persone che non riescono proprio ad amministrare le proprie risorse economiche. Sono situazioni che creano ulteriore difficoltà e aggravamento anche sulla propria salute mentale, se uno pensa alle preoccupazioni della vita quotidiana che ognuno di noi deve affrontare, a maggior ragione persone che hanno già disturbi di questo tipo.

Non possiamo pensare, quindi, che basti un ricovero in struttura ogni tanto, quando la situazione esplode, per poi annacquare il tutto ogni tanto con il pagamento di una retta di affitto o delle utenze. Dobbiamo integrare questi sistemi e cercare di affrontare a 360 gradi tutte le situazioni che interessano la quotidianità di queste persone, perché non stiamo parlando di cittadini di serie B, stiamo parlando di cittadini che hanno problematiche legate alla salute mentale che hanno diritto a vedersi garantire un'adeguata presa in carico sia dalle strutture sanitarie, che da quelle sociosanitarie.

È impensabile poter concepire il fatto, cosa che è capitata, di dover far rivolgere queste persone magari al difensore civico per ottenere una risposta. Stranamente, dopo le situazioni si sbloccano. Ciò significa che evidentemente alcune soluzioni potevano essere messe in campo, ma evidentemente per problematiche legate ai vari meccanismi di cui parlavo prima non si sono riuscite ad erogare. Credo che questi siano aspetti da tenere assolutamente in considerazione e da affrontare. Tra l'altro, anche in un intervento di questa mattina ho sentito magari di un'esigenza

maggiore di integrazione tra l'ambito sanitario e il sociosanitario, perché effettivamente questo problema lo rileviamo anche noi a livello territoriale.

Questo ragionamento lo sto facendo in questa sede perché credo che effettivamente serva e sia necessario un potenziamento di questi sistemi che a livello territoriale dovrebbero prendere in carico queste persone affette da patologie psichiatriche, soprattutto penso a quelle gravi, e per far questo bisogna intercettare anche tutte le fonti di finanziamento possibili, perché oggi come oggi sappiamo benissimo tutti anche la situazione economica della nostra sanità pubblica. Quindi, in questa fase di Sessione Europea, così mi collego anche un po' all'ambito in cui ci stiamo inserendo, sarebbe interessante mandare un segnale anche come Regione Emilia-Romagna alle strutture istituzionali europee per individuare anche forme di finanziamento all'interno di quei pacchetti salute che ci sono. Ci sono già dei pacchetti salute di finanziamento a livello europeo, che trattano anche il potenziamento delle strutture sul personale. Insomma, individuare dei canali di finanziamento all'interno di questi strumenti che ci sono già in modo da trattare, in via prioritaria, visti anche gli anni difficili che abbiamo affrontato, questi due-tre ultimi anni, in modo da mantenere in primo piano anche gli aspetti legati alla salute mentale all'interno di queste linee di finanziamento europee.

Quindi, non stiamo parlando solo di PNRR, come ho sentito parlare prima, ma anche di tutti quei pacchetti di finanziamento che esistono già e che sono pluriennali.

È un ragionamento che, a mio avviso, dovremmo portare avanti anche come Regione Emilia-Romagna e sicuramente noi arriveremo, come Lega, ad una proposta poi quando dovremo esprimere un parere, ci stiamo ovviamente confrontando con il relatore di minoranza, il consigliere Bargi, e in primis al nostro interno penso alla consigliera Stragliati che anche per quanto riguarda una sua esperienza professionale sicuramente è molto più ferrata su questa materia, ma credo che il tema da mantenere al centro di questo confronto in questa fase debba essere proprio questo: individuare canali di finanziamento europei basandoci su finanziamenti e pacchetti già previsti.

Credo che questo sia un input che dobbiamo assolutamente dare, soprattutto tenendo in considerazione le difficoltà che comunque sono emerse anche dai vari territori che questa mattina sono intervenuti in Commissione.

**Presidente MALETTI.** Grazie, vicepresidente Marchetti. Su una cosa che lei ha chiesto rispetto all'assenza dell'azienda di Imola, la dottoressa Alba Natali era stata contattata, ma non ho potuto partecipare per un problema personale.

Altri consiglieri? Prego, consigliera Costi.

**Consigliera COSTI.** Grazie.

Volevo fare un intervento abbastanza breve ringraziando davvero tutti quelli che sono intervenuti e che hanno portato un approccio, credo, molto costruttivo, anche se problematico, al tema della salute mentale.

Mi aggancio soprattutto a quella parte che ha affrontato il tema di un aumento...

Il Covid ha fatto esplodere problemi, l'abbiamo già detto, anche per altri settori, per altre patologie. Ha fatto esplodere problemi che probabilmente c'erano anche prima, ma non nelle dimensioni e nella portata che oggi conosciamo. A me è interessata molto questa capacità, insomma, dei professionisti di leggere il fenomeno in termini certamente quantitativi, ma soprattutto anche in termini qualitativi e sulla base di questo di aver iniziato un percorso di revisione dell'approccio proprio anche medico-scientifico e, soprattutto, anche di revisione dell'approccio organizzativo.

La salute mentale, purtroppo, è sempre stato uno di quei temi stigmatizzati. Era un tema un po' a parte. Oggi esce questo tema che la salute mentale deve essere un approccio



soprattutto territoriale e soprattutto un approccio non limitato alle strutture che solitamente si sono dedicate.

Quindi, deve essere un approccio più globale, non semplicemente rispetto al rapporto con il sociale, ma anche rispetto alle altre professionalità che operano sul territorio.

Credo che noi abbiamo davvero bisogno molto di pensare alle risposte, ai bisogni in termini nuovi. Poi credo che innovare in questo momento sia probabilmente d'obbligo, perché le risorse sono quelle che abbiamo visto.

Io non vi nascondo che sono profondamente preoccupata. Sono preoccupata per questa mancanza di risorse complessive rispetto ad un fenomeno estremamente in crescita, fenomeni estremamente in crescita, fenomeni complessi che riguardano soprattutto le nuove generazioni, che sono sempre quella parte di popolazione su cui diciamo che dovremmo invece intervenire come qualcosa di molto prezioso. Quindi, sono preoccupata di questo e sono preoccupata chiaramente anche di tutte quelle altre risorse che comunque oggi sono in diminuzione.

Sono molto preoccupata rispetto al personale, anche per le diseguaglianze territoriali. Mi auguro anche su questo si possa riuscire a ragionare e anche chiaramente a riequilibrare. Sono preoccupata perché la mancanza del personale è poi quello che limita anche la costruzione di percorsi innovativi e soprattutto anche di quelle innovazioni di cui oggi abbiamo sentito assolutamente bisogno. Così come mi preoccupa quel 40 per cento riferito rispetto ad una spesa sulla residenziale. Noi siamo una delle Regioni che della riforma Basaglia ha sempre fatto uno dei suoi cavalli di battaglia, che è proprio la deistituzionalizzazione.

Anche questo è un altro elemento sul quale credo che dovremmo prestare molta attenzione, anche se forse è comprensibile proprio rispetto all'aumento del bisogno, alla mancanza del personale, alla mancanza di risposte. Però, è un tema preoccupante.

Credo però che, come abbiamo già detto, io capisco il consigliere Marchetti, ha ragione, noi sull'Europa abbiamo bisogno di prestare sempre molta attenzione anche se solitamente i fondi europei servono per implementare e per procedere ad innovazioni e a quant'altro. Però, mi pare che in Italia e anche nella nostra Regione, perché è vero che l'organizzazione della sanità è regionale, ma noi dipendiamo sempre da due punti fondamentali che sono, invece, di competenza esclusiva nazionale. Uno è tutta la parte che riguarda il personale, sia dal punto di vista dei contratti, della formazione, di tutto il resto, criteri e quant'altro, e l'altro tema è il Fondo sanitario nazionale, che è un Fondo sanitario nazionale composto in un certo modo, ma comunque è un Fondo sanitario nazionale. Credo che su questo, quindi sul tema della salute mentale, occorra assolutamente avere più risorse. Noi dobbiamo fare questo sforzo e questo lavoro che si sta facendo. Mi auguro che ci sia anche un altro momento. Il dottor Saponaro parlava appunto che si sta ragionando anche su progetti nuovi, molto molto importanti. Mi auguro che nel momento in cui si sarà pronti si possa ragionare nuovamente in questa Commissione e approfondire anche tutto ciò che viene proposto. Dall'altro lato, però, se noi non avremo un cambiamento sul piano soprattutto del personale, perché le quote di personale, che oggi...

Lo diceva anche prima il dottor Saponaro. Si fanno i concorsi e il personale non viene, perché il sistema sanitario non è attrattivo. Oggi si sta affrontando il tema del personale dei pronti soccorsi, ma il problema è generalizzato su tutte le figure professionali. Credo che potremo chiedere all'Europa, potremo fare, però il 6 per cento di spesa sanitaria sul PIL rimane comunque un tema troppo basso e, chiaramente, non sufficiente per mantenere un sistema. Noi abbiamo bisogno di innovare, ma abbiamo bisogno anche di mantenere un sistema. Queste sono risorse di cui abbiamo bisogno assolutamente qui in Regione.

Mi permetto di suggerire un altro elemento nel confronto che continueremo sul tema della salute mentale. Domani andremo in Assemblea con un progetto di legge molto importante, quello del Terzo settore.

L'altro tema sul quale dovremo lavorare moltissimo è anche la capacità delle comunità locali, dei territori di organizzarsi e di rispondere. Io sto notando, almeno per quello che vedo nei territori che conosco meglio, dove vivo, che c'è una vitalità molto, molto forte, c'è una ripresa proprio di partecipazione diretta, anche perché molte famiglie vengono da periodi veramente di grande tribolazione per il Covid. Vedo, però, che c'è anche una voglia di rimettersi in gioco.

Visto che parliamo di salute mentale, che deve essere seguita, deve essere riconosciuta, deve essere un elemento prezioso proprio all'interno dei singoli territori... Sto parlando dei distretti, così riferiamo proprio i luoghi anche fisici. Il tema di come la nostra società riesce a contribuire a questo processo di innovazione di cui abbiamo bisogno e che avete messo in campo, da un punto di vista scientifico, medico e anche organizzativo, come Regione, credo debba essere assolutamente preso in considerazione.

Ripeto: mi auguro che quella spesa che oggi è in parte sulle residenzialità possa essere davvero riconvertita. Questa o, comunque, altre risorse, che mi auguro che anche dal nazionale possano venire, anche sulla parte sociale e non solo sulla parte sanitaria possano essere davvero utilizzate anche per rispondere in modo completamente nuovo sulla residenzialità, ma una residenzialità che permetta alle persone di avere una qualità di vita più alta possibile e, soprattutto, anche la tranquillità per le famiglie di poter avere momenti di serenità o, comunque, di non oppressione. Questi, chiaramente, sono bisogni che riguardano gli individui, ma che hanno ricadute altissime anche sulle famiglie, sulla tenuta delle famiglie.

Mi auguro che il lavoro di oggi possa essere proseguito sia nel dibattito, per quanto riguarda tutta la parte europea, ma anche rispetto a un lavoro che la nostra Regione sta facendo e deve fare.

Grazie davvero.

**Presidente MALETTI.** Grazie, consigliera Costi.

Prego, consigliera Francesca Marchetti.

**Consigliera MARCHETTI Francesca.** Velocissima. Anch'io per associarmi non solo ai ringraziamenti, ma anche per le proposte operative molto puntuali e concrete che ci sono state fornite. Permettetemi anche una puntualizzazione e una considerazione rispetto al disagio rivolto alla salute mentale dei minori, dei bambini, degli adolescenti.

È evidente che, proprio anche grazie al lavoro della Sessione Europea, con i due relatori, analizzando anche tutte le proposte presenti nel Child Guarantee e le opportunità che, a livello europeo, ci possono essere, credo che stamattina sia stato toccato un punto che non vorrei passasse inosservato, cioè l'importanza anche dell'intervento educativo e di un'alleanza con tutti gli attori e le agenzie educative che agiscono come prevenzione e che devono essere un po', credo, anche la sentinella di quel sistema di prevenzione diffusa, che credo sia molto necessaria.

I numeri che ci sono stati forniti, anche rispetto all'aumento delle richieste, ci ridisegnano una situazione dove il Covid è stato un acceleratore, ma – si diceva bene – c'era già un quadro che l'OCSE aveva preventivato e in cui è necessaria e fondamentale anche una riorganizzazione rispetto all'intercettare i segnali di rischio.

Il lavoro che si sta facendo e i progetti che ci sono vedono una grande alleanza della scuola, ma anche di tutte le agenzie educative e del tempo libero. Alla fine, al centro dell'attenzione c'è anche il ruolo dei sistemi informali. Penso a tutto il tema dello sport, che anche oggi è al centro del dibattito rispetto alla promozione del benessere dei ragazzi e che credo richieda uno sforzo di ridefinizione anche rispetto alle risposte che siamo stati in grado di dare. I numeri ce lo impongono, ma credo sia anche necessaria una presa di coscienza comune, anche con i territori, che vedono comunque un

aumento dei numeri e anche delle richieste, sulle quali non sempre si è all'altezza di poter dare sostegno e risposta.

Credo che anche questo *focus*, che abbiamo già iniziato a fare con un percorso, nel tempo vada valorizzato e approfondito, proprio per le ragioni che anche le colleghe dicevano.

Colgo la sollecitazione del collega Marchetti, non solo per ambito territoriale, perché ogni tanto mi descrive il circondario imolese un po' come fosse una zona sempre un po' in una chiave problematica, ma penso, invece, che una riflessione vada fatta sulla necessità di continuare a lavorare sull'integrazione sociosanitaria anche in questo segmento. Lo dico perché, al di là dei casi singoli, credo ci siano esperienze di valore, anche rispetto a coloro che anche nell'inclusione lavorativa hanno necessità particolari, che credo possano essere utili proprio dal territorio dal quale proveniamo.

Credo che stamattina l'assenza sia giustificata solo per un problema personale. La dottoressa Natali non è potuta intervenire. Sappiamo come ci sia un'attenzione particolare alle tematiche che stamattina abbiamo toccato, non ultimi i disturbi del comportamento alimentare, tema che anche poche settimane fa è stato al centro, credo, di una riflessione importante anche nella città di Imola. Grazie.

**Presidente MALETTI.** Grazie, consigliera Marchetti.

Altri consiglieri?

I consiglieri collegati chiedono di intervenire?

Prego, consigliere Paruolo.

**Consigliere PARUOLO.** Grazie, presidente.

**Presidente MALETTI.** Consigliere, può alzare un po' l'audio, per piacere?

**Consigliere PARUOLO.** Mi dica, presidente.

**Presidente MALETTI.** Sì, va un po' meglio. Se può alzarlo un po' di più è meglio.

Benissimo. Grazie.

**Consigliere PARUOLO.** Grazie, presidente.

Chiedo scusa se intervengo da remoto. Ho seguito con grande interesse e attenzione. Ringrazio anch'io per gli interventi che ci sono stati.

Condivido anche le considerazioni generali delle due colleghe che sono intervenute subito prima di me. Aggiungo una domanda specifica, che forse ha alcuni punti di contatto con quanto diceva il collega Daniele Marchetti all'inizio, come domanda.

Volevo chiedere, in particolare, qual è la vostra percezione, che avete il polso della situazione, rispetto ai casi delle persone che hanno una diagnosi psichiatrica, ma che per una scelta personale non si curano. Rilevo una situazione di sofferenza da parte soprattutto delle famiglie e delle persone che sono in queste condizioni. Non sempre sono malati lievi, ma scelgono di non curarsi o perché manca coscienza della malattia oppure perché, come problema stesso della malattia, c'è questa scelta di non curarsi. In questo momento, grazie al, per altri versi estremamente positivo, percorso fatto a valle della legge Basaglia, riserviamo a questo tipo di pazienti sostanzialmente solo lo strumento del TSO, che interviene – lo sappiamo – soltanto in caso di grave pericolo o per la persona o per le persone esterne.

Non ci sono, quindi, modalità che in qualche modo possano indurre in modo non libero le persone ad affrontare un percorso di cura. Questo spesso si traduce nel fatto che queste persone non si

curino, rimangano altamente disfunzionali e siano, poi, sostanzialmente, a carico delle famiglie, perché i servizi non sono neanche in grado di intervenire su questi casi, non avendo gli strumenti per farlo.

Volevo capire se avevano la percezione di un disagio su questo tipo di situazioni e se c'erano delle proposte o delle idee per cercare di venire incontro al disagio e al dolore di queste famiglie.

Grazie.

**Presidente MALETTI.** Grazie, consigliere Paruolo.

Prego, consigliera Zamboni.

**Consigliera ZAMBONI.** Proprio un'osservazione al volo. Sono rimasta molto colpita dall'intervento del dottor Sanza, della Romagna. Ha fatto un quadro di cui noi ci eravamo già occupati, l'impatto del Covid, che ha incrementato i disturbi nella fase adolescenziale. Il quadro che ci ha presentato, dell'evoluzione che ha l'aspetto epidemiologico e delle radici del disturbo mentale nell'infanzia e nell'adolescenza e, al momento, della non dotazione di servizi atti a intercettarli, è un quadro veramente complesso. Quello, cioè, di un aumento di consapevolezza, ma ancora di non adeguata risposta a questo bisogno che sta cambiando configurazione e sta cambiando anche origine, diciamo così.

Ho trovato, ovviamente, interessante il fatto che si senta – se ho capito bene – il bisogno di integrare il servizio psichiatrico tradizionale, convenzionale con gli approcci, invece, non solo educativi, ma anche psicoterapici. Su questo sappiamo che c'è una debolezza nella risposta pubblica. In parte il Bonus Psicologo ha sopperito leggermente a questo bisogno, però è un bisogno che rimane perlopiù scoperto. Abbiamo, quindi, avuto conferma che dobbiamo intervenire là dove al momento non siamo ancora in grado di intervenire appieno. Questo, come legislatori, ci deve dare un segnale su come muoverci e dove provare a intervenire, anche in sede di Regione.

**Presidente MALETTI.** Grazie, consigliera Zamboni.

Prego, consigliera Montalti.

**Consigliera MONTALTI.** Anch'io molto brevemente. Intanto per ringraziare chi è intervenuto all'audizione e coloro che hanno messo a disposizione di noi commissari diversi elementi importanti che arricchiscono una riflessione che avevamo già iniziato, come ricordava bene anche la collega Marchetti. In questa Commissione e nella Commissione Scuola e Cultura abbiamo avuto modo di avviare una riflessione su come il Covid abbia accelerato un bisogno relativo alla salute mentale e su come sia necessario anche – come è stato detto anche oggi a più voci – ripensare i servizi per poter dare una risposta più efficace a bisogni che diventano sempre più diffusi, che necessitano di un intervento sin dall'infanzia. Questo ci mette anche, credo, di fronte a una responsabilità forte, come politica, ovvero la responsabilità di misurarci con una riforma evidentemente necessaria di quelli che sono i servizi collegati a tutto il sistema della salute mentale, così come del sistema di finanziamento di questi servizi. Lo diceva il dottor Sanza facendo riferimento al Fondo per la non autosufficienza e a una riforma non compiuta. Ad oggi ancora rimane un pezzo a cui non è stata data risposta con il Fondo. Così come il fatto che, nel momento in cui diamo atto che c'è bisogno di un sistema che dialoghi maggiormente di servizi più flessibili e di inserire nel percorso di accompagnamento, di prevenzione, anche, di quelli che possono essere i problemi collegati alla salute mentale, nel momento in cui assumiamo che la parte pedagogica, educativa, l'intervento psicosociale sono fondamentali per intervenire quando ancora si possono avere risposte importanti

ed efficaci, è fondamentale ragionare su una maggiore integrazione dei servizi e anche su modalità diverse per riuscire a finanziare queste risposte.

Noi ci siamo interrogati spesso – dicevo – in questa Commissione e nella Commissione Scuola e Cultura, per esempio anche quando abbiamo affrontato il tema dello psicologo di comunità. Sappiamo, e lo abbiamo sempre rilevato, che le risposte che per ora il sistema è riuscito a mettere in campo sono risposte che non coprono i bisogni e che ancora non riescono a stare vicino e ad accompagnare in maniera continuativa chi si trova in situazioni di fragilità e chi all’inizio ha bisogno di avere servizi, psicoterapie. In questo senso, abbiamo avuto modo anche di rilevare, ahimè, come sia necessario riuscire a mettere in campo un sistema di servizi anche – la dico così – più equo, per permettere a tutti di avere cure e risposte adeguate.

La Sessione europea di quest’anno, in questa Commissione, ha sicuramente permesso di fare un lavoro importante. Abbiamo molti più strumenti per poter identificare anche un percorso, un lavoro e delle riforme, che sono fondamentali e iniziano ad essere anche urgenti. Abbiamo visto i dati della popolazione infantile e giovanile. Credo che questo richiami anche a una responsabilità forte la politica, di trovare soluzioni e risposte.

Nell’espressione che daremo, anche come Commissione, rispetto alle indicazioni politiche [...] il relatore Bargi, a dare un’indicazione forte rispetto a un lavoro che noi dobbiamo fare sulla salute mentale, che non può più attendere.

**Presidente MALETTI.** Grazie, consigliera Montalti.

Altri consiglieri?

Ringrazio sia i consiglieri che gli ospiti che ci hanno seguito, sia collegati, ma soprattutto quelli in presenza. Vi ringrazio anche per il lavoro che quotidianamente fate. Non è scontato, anche per come viene fatto.

Ricordo ai consiglieri che noi avevamo deciso, come Ufficio di Presidenza, la data di lunedì 17 aprile per l’approvazione della Sessione europea. Siccome è stata tolta la seduta di aula del giorno 18, dobbiamo valutare, in Ufficio di Presidenza, e non siamo in grado oggi perché manca la presidente Soncini, se tenere il 17 o andare al 18. In quel caso, o il 14 o il 17 sarà il termine per la presentazione delle proposte.

Grazie. Buona giornata a tutti.