

Alcune considerazioni sul nuovo Piano nazionale trasmesso alle Regioni dal ministro Schillaci

Salute mentale e dipendenze, l'accorpamento non convince

Operatori e specialisti criticano l'ipotesi di un dipartimento unico per i due ambiti: storie e bisogni clinici sono profondamente diversi e rischiano di compromettere la qualità delle cure

ANNA PAOLA LACATENA

Con una nota del 13 novembre 2025, il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha trasmesso alle Regioni (terza versione) l'aggiornamento del Piano Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030, in attesa dell'esame tecnico-politico e dell'approvazione della Conferenza Stato-Regioni. La più recente proposta tiene in conto il lavoro del Tavolo tecnico istituito nell'aprile 2023, ma evidentemente priva del giusto riconoscimento istituzionale quanto emerso nell'ambito della VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze (Roma, 07 e 08 novembre 2025).

Accolta con uno spontaneo e convinto tributo da parte dei partecipanti (circa 700 operatori tra Dipartimenti Dipendenze Patologiche- Servizi per le Dipendenze Ser.D. e Privato sociale accreditato e non), è stato lo stesso Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio con delega alle politiche antidroga, Alfredo Mantovano, coordinatore dell'evento, a concludere i lavori delle due giornate romane con la garanzia che non ci sarebbe stato accorpamento tra il Dipartimento della Salute Mentale e i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche. Poche ore dopo, invece, si legge nel Piano Nazionale per la Salute Mentale: «Si ritiene che il modello organizzativo di riferimento più opportuno è il dipartimento a matrice integrato e inclusivo da realizzarsi a livello territoriale (...)».

Il tutto nell'ottica di una presunta «ottimizzazione della qualità della assistenza, finalizzata al contenimento dei costi e al miglioramento della efficienza complessiva del servizio sanitario.»

Il testo invita di fatto a superare l'ormai storica separazione organizzativa fra salute mentale e dipendenze patologiche, indicando nelle equipe multiprofessionali e nei PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) condivisi gli strumenti operativi più opportuni.

Da una parte le assicurazioni dell'On. Mantovano, dall'altra la netta virata verso l'ipotesi opposta del Ministro Schillaci, assente alla sessione conclusiva della VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, delle due l'una...

A fronte della necessità di trovare risposte dirette e efficaci ai crescenti bisogni clinici, sopravvenuti soprattutto dalla fascia giovanile, l'accorpamento non andrebbe in questa direzione per almeno dieci buoni motivi:

- 1) Le due realtà si occupano di problematiche differenti, con operatori formati in maniera specialistica differente.
- 2) La storia dei due Servizi è profondamente differente e non facilmente conciliabile, anzi a tratti in contrapposizione. L'uso di sostanze può sfociare nella dipendenza patologica (malattia cronica e recidivante secondo l'OMS) o limitarsi a esperienze circoscritte per effetti e tempi che non può definirsi patologia.
- 3) La cura psichiatrica è legata al controllo comportamentale, ai sintomi. Ha una visione più medico centrica, dove la patologia e la conseguente medicalizzazione (con utilizzo di farmaci specifici) è netta e chiara a tutti. Il Dipartimento delle Dipendenze (DDP) si



Peso: 53%

orienta sulla multidisciplinarietà, considerata la matrice bio-psico-sociale del consumo e della dipendenza.

4) I DDP con le loro articolazioni- Servizi per le Dipendenze (Ser.D) - sono realtà socio-sanitarie territoriali ad accesso diretto ma con trattamenti ambulatoriali, fatta salva la strutturata integrazione con le Comunità Terapeutiche (residenziali) accreditate. Nella fattispecie, lì dove è presente (se lo è) la comorbilità (Disturbo da Uso di Sostanze e Disturbo psichiatrico) il trattamento può esitare nell'invio presso C.T. cosiddette a "doppia diagnosi". Non si tratta di strutture psichiatriche tradizionali (ambienti contenitivi) ma di realtà organizzate in maniera specifica e altamente specialistica, orientate alla motivazione al cambiamento, la cui natura giuridica è solitamente il no profit.

5) I DDP hanno una tradizione forte di collaborazione con i reparti di Psichiatria. Non di meno portano avanti da anni una fitta di rete di collaborazione e sostegno con altri reparti come l'Infettivologia, la Medicina, la Neurologia, ecc., che non hanno mai manifestato e non manifesterebbero volontà di accorpamento.

6) Gli stessi DDP sono quotidianamente chiamati in causa dai Tribunali di Sorveglianza e dall'UEPE (Uffici di Esecuzione Penale Esterna), coinvolti come da normativa vigente in merito alle

misure alternative al carcere, a dimostrazione di un'eziopatogenesi della dipendenza e di meccanismi di sostegno e reinserimento sociale particolarmente

complessi e richiedenti il concorso di tante specifiche realtà. Allo stesso modo, se già le Prefetture hanno difficoltà a inviare ai Ser.D. i segnalati per consumo personale (in Italia considerato illecito amministrativo), l'accorpamento con il DSM

non rischierebbe di limitarne ulteriormente il contributo?

7) L'orientamento teso a psichiatrizzare le patologie da dipendenza non poggia su un razionale tecnico-scientifico né organizzativo-gestionale. Anzi rischia di minare l'appropriatezza e l'efficacia dei trattamenti.

8) Ridurre ad ambulatori del Dipartimento unico di Salute mentale i Ser.D. - ad oggi all'interno dei DDP autonomi - significherebbe misconoscere le reali necessità di persone e famiglie, all'insegna di ulteriori mortificazioni anche per gli operatori (strumenti a disposizione, risorse, autonomia, ecc.).

9) Le famiglie chiedono posti letto nei casi acuti (vedi neuropsichiatria infantile soprattutto) di cui i DDP non dispongono strutturalmente. Non sempre i DSM, però, sono disposti a mettere a disposizione di consumatori di sostanze, in una sorta di drammatico gioco a riversare la competenza l'uno sull'altro e viceversa. Se una persona è in una fase psicotica i

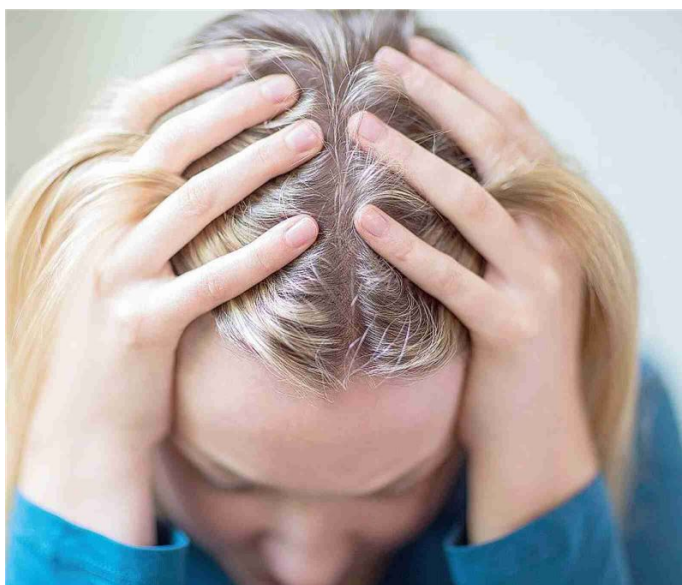
Ser.D. poco possono ma i DSM poco vogliono fare. Non è accorpando i due Servizi che si risolverebbero queste emergenze ma con più posti in ospedale dedicate a persone con conseguenze psichiatriche indotte dalle sostanze.

10) L'aumento della potenza delle sostanze a cui si assiste da anni (cocaina, crack, cannabis), l'abbassamento dell'età del primo contatto con sostanze legali e illegali, l'attenzione sulle donne consumatrici ancora molto assente e tanto altro, chiede specificità, autonomia, ricchezza di prospettive e interventi, non il contrario.

Non si tratta di rendere ancora più frustrante il lavoro di operatori di Servizi già poco considerati e stigmatizzati - e con loro i pazienti - in una sorta di insensata guerra tra (Servizi) poveri. Non di dare l'assalto a risorse sempre più residue e sempre più risicati budget. Il punto è investire nella salute delle persone credendo con determinazione nel Servizio Sanitario Nazionale, offrendo più personale e più posti letto, per garantire risposte immediate alle urgenze e ai bisogni.

Il punto è investire nella salute delle persone credendo con determinazione nel Servizio Sanitario Nazionale, offrendo soluzioni per garantire risposte immediate alle urgenze e ai bisogni

La scelta è in contrasto con le rassicurazioni fornite dal sottosegretario Mantovano
Invece di fusioni organizzative, servono investimenti, personale e più posti letto per rispondere alle emergenze crescenti, soprattutto tra i giovani



Peso:53%