

CONTRATTO DI LAVORO DOMESTICO

DATORE DI LAVORO

Malata di Alzheimer affetta da mutacismo

LAVORATRICE

RESIDENTE A - DOMICILIATA A – posto di lavoro - convalidati dalla lavoratrice, anche in caso di assenza purché in costanza di rapporto di lavoro

ASSUNZIONE – dopo un mese ed una settimana di “prova” 07/12/2011

STIPULANO – Non era presente né la malata, né la lavoratrice, perché assisteva la malata – dunque tra il sindacato di fiducia del datore di lavoro di fatto, malata che avrebbe firmato sulla carta, sul muro – ovunque senza comprendere cosa firma : “Regolare contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, adibendo la lavoratrice sopraindicata ad attività di lavoro domestico di sostegno al bisogno familiare. Il datore di lavoro ... dichiara che la retribuzione mensile lorda convenuta con la lavoratrice ... è di € 897,14 in misura non inferiore a quanto previsto dal vigente contratto collettivo nazionale di categoria ”

Orario settimanale: 30 ore

SI CONCORDA

- La lavoratrice **viene inquadrata con la qualifica di assistente categoria CS C.C.N.L. personale domestico**
- La retribuzione viene erogata per 13 mensilità.
- Il T.F.R. sarà erogato al termine del rapporto di lavoro.
- Le ferie matureranno in ragione di giorni 26 all’anno, verrà concordato dalle Parti in base alle reciproche esigenze ed alle necessità del nucleo familiare, tranne eventi eccezionali o l’accoglimento di specifiche richieste.
- La lavoratrice è tenuta, ove richiesta dal datore di lavoro, a recarsi in trasferta, ovvero a seguire il datore di lavoro o **la persona alla cui cura è addetta**, in soggiorni temporanei in altro comune e/o in residenze secondarie.
- Ha diritto al riposo settimanale.
- Per ogni altra condizione non prevista dal contratto di assunzione si rinvia al C.C.N.L. prestatori di lavoro domestico in vigore.
- Si impegna di garantire alla lavoratrice sopra indicata vitto e alloggio, con adeguato spazio dove la lavoratrice abbia diritto di riporre e custodire i propri effetti personali.

Firma della malata affetta da Alzheimer e mutacismo – con tanto di certificato medico

Firma lavoratrice

All’indirizzo conviveva la malata, dopo un altro anno, fisso anche il coniuge dell’assistita – più la lavoratrice. Dal 2014 la malata non poteva più camminare, dunque tutto si farà in due persone. Dal 2016 anni si trattava di curare due persone non autosufficiente, con invalidità ... Per il secondo malato va negato in sede sindacale –CISL – autrice del contratto, un superminimo per la sua assistenza. Tra lavoratori in nero ed una lavoratrice di 2/3 ore al giorno sulla carta, il resto in nero ... non si è voluto venire a capo. Dottori diversi, cure domiciliari, malata non trasportabile!

Si prega cortesemente di commentare cosa ha di regolare oppure non regolare il contratto – poi si racconterà cosa è capitato e giustamente la risposta dell’INPS e ITL – INL al riguardo. Grazie!



Ai partecipanti
alla Conferenza Nazionale della Salute Mentale

Rivolgo un cordiale saluto a quanti prendono parte alla seconda *Conferenza Nazionale della Salute Mentale*, promossa dal Ministero della Salute Italiano. Questo evento mi offre l'opportunità di esprimere la stima della Chiesa e mia personale per i medici e gli operatori sanitari coinvolti in questo delicato campo. Il loro impegno nel venire incontro alle condizioni di quanti soffrono di disturbi psichici, offrendo loro terapie opportune, è un grande bene per le persone e per la società. Risulta, pertanto, di massima importanza acquisire sempre più consapevolezza dei requisiti professionali e umani richiesti per la cura di questi nostri fratelli e sorelle. Essi, nella sensibilità che accompagna la loro fragilità, hanno avvertito con particolare gravità i devastanti effetti psicologici della pandemia.

È dunque auspicabile che da una parte non manchi il potenziamento del sistema sanitario di tutela della malattia mentale, anche mediante il sostegno alle realtà impegnate nella ricerca scientifica su tali patologie, e dall'altra parte si promuovano le Associazioni e il volontariato che si pongono accanto ai malati e ai loro familiari. È tanto importante coinvolgere il contesto vitale nel quale si trova inserito il paziente, affinché non gli venga a mancare

il calore e l'affetto di una comunità. La stessa professionalità medica trae beneficio dalla *cura integrale della persona*. Curare il prossimo, infatti, non è solo un lavoro qualificato, ma una vera e propria missione, che si realizza pienamente quando la conoscenza scientifica incontra la pienezza dell'umanità e si traduce nella tenerezza che sa avvicinare e prendere a cuore gli altri.

Auspico dunque che il Simposio, al quale contribuiscono illustri esperti, suscitati nelle istituzioni, nelle agenzie educative e nei vari ambiti della società una rinnovata sensibilità nei confronti di chi soffre disagi di salute mentale, per infondere maggior fiducia in tanti nostri fratelli e sorelle segnati dalla fragilità. Si tratta anche di favorire il pieno superamento dello stigma con cui è stata spesso marchiata la malattia mentale e, in generale, di far prevalere *la cultura della comunità* sulla *mentalità dello scarto*, secondo cui si prestano cure e attenzioni maggiori a chi apporta vantaggi produttivi alla società, dimenticando che quanti soffrono fanno risplendere, nelle loro esistenze ferite, la bellezza insopprimibile della dignità umana.

La pandemia ha posto gli operatori sanitari di fronte a enormi sfide, mostrando a tutti la necessità di disporre formule appropriate di assistenza sanitaria per non lasciare indietro nessuno e prendersi cura di tutti in modo inclusivo e partecipato. La vostra Conferenza

nazionale va in questa direzione e, nel ringraziare voi e quanti a vari livelli si impegnano ad alleviare il dolore di chi soffre, desidero esprimere il mio caloroso incoraggiamento a proseguire sulla feconda via della *cura solidale*.

Nel formulare sinceri auguri di ogni bene per le giornate di studio e di confronto che vi attendono, assicuro il ricordo nella preghiera per i pazienti, i familiari, i volontari e tutto il personale sanitario, mentre di cuore invoco su ciascuno la benedizione di Dio.

Roma, San Giovanni in Laterano, 14 giugno 2021


Francisco

ZCZC WGB7D704BD1001

IGRM CO IGRM 167

00100 CENTROGESTIONENAZIONALE 167 23 2018 NESSUNA NOTA AGGIUNTIVA

ON ROBERTO SPERANZA MINISTRO DELLA SALUTE (119)
LUNGOTEVERE RIPA, 1
00153 ROMA



DESIDERO RIVOLGERE UN SENTITO SALUTO ALLA SECONDA CONFERENZA NAZIONALE DELLA SALUTE MENTALE, REALIZZATA DAL MINISTERO DELLA SALUTE A VENTI ANNI DALLA PRIMA EDIZIONE: OFFRE L'OCCASIONE DI RIFLETTERE SULLE RELATIVE PATOLOGIE. L'ITALIA E' STATA PIONIERA IN TEMA PONENDO LE BASI PER IL SUPERAMENTO DI LIMITI E BARRIERE NELLA TUTELA DELLE PERSONE CON MALATTIE PSICHICHE. LA CURA DELLA MALATTIA MENTALE COSTITUISCE UNA SFIDA COMPLESSA E RICHIEDE CHE I PIU' FRAGILI SIANO SEGUITI E TUTELATI IN CONFORMITA' AI DIRITTI COSTITUZIONALI. VA RIVOLTA ATTENZIONE ALLE FAMIGLIE CHE, CON SACRIFICIO E DEDIZIONE, SUPPLISCONO AI LIMITI STRUTTURALI DI UN SISTEMA CHE ANCHE LA PANDEMIA HA CONTRIBUITO A METTERE ULTERIORMENTE A DURA PROVA. COMPITO DELLE ISTITUZIONI E' QUELLO DI METTERE IN CAMPO OGNI AZIONE PER PROMUOVERE LA SOLIDARIETA' NEI CONFRONTI DEI PIU' DEBOLI, RIMUOVENDO GLI OSTACOLI ALL'INTEGRAZIONE E ALLA CRESCITA DELLA PERSONALITA' NELLA SOCIETA' CIVILE, GARANTENDO IL RISPETTO DELLA DIGNITA' DEL MALATO. NEL RINNOVARE L'APPREZZAMENTO PER L'INIZIATIVA E PER L'IMPEGNO QUOTIDIANO A SERVIZIO DEI PIU' FRAGILI, FORMULO I MIGLIORI AUGURI DI BUON LAVORO.

SERGIO MATTARELLA

MITTENTE:
SEGRETARIATO GEN. PRESIDENZA REPUBBLICA
PALAZZO DEL QUIRINALE
00187 ROMA



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**

TAVOLO TECNICO SALUTE MENTALE

Documento di sintesi

maggio 2021



Ministero della Salute



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

I lavori del Tavolo Tecnico Salute Mentale hanno riguardato – in coerenza con il mandato esplicitato nel Decreto istitutivo – tre aree:

1. Programmazione Regionale (GdL 1)
2. Analisi delle criticità nei Servizi e dell'appropriatezza dei percorsi di cura (GdL 2 e 3)
3. Diritti e riduzione degli interventi coercitivi (GdL 4)

Vengono di seguito riportati i principali risultati, aggiornati alla luce dei dati più recenti (2019) del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), e le proposte per il miglioramento.

PROGRAMMAZIONE REGIONALE

L'analisi dello stato di attuazione del Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale (PANSM) nelle Regioni è stata condotta mediante la rilevazione da parte del Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) delle indicazioni prodotte dalle Regioni sui singoli obiettivi del PANSM, aggiornate ad Aprile 2021.

Gli obiettivi sono raggruppati in 3 Aree: Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Integrazione.

Le risposte sono state classificate come segue:

- Verde: presenza di documento rispondente all'obiettivo
- Giallo: presenza di documento rispondente solo parzialmente all'obiettivo, o lavori in corso
- Rosso: assenza di documento e di qualsiasi segnalazione di lavori in corso

I risultati sono riportati in tabella.

REGIONI E PA	Salute Mentale Adulti											NPJA						Integrazione		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	1	2	3
Val D'Aosta	A	A	R	A	A	V	A	R	A	V	R	A	V	V	R	A	R	V	R	V
Piemonte	V	A	V	V	A	V	R	A	A	V	A	V	V	A	V	V	V	V	R	A
Lombardia	A	V	V	V	V	V	R	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V	V	A	V
Veneto	V	V	A	V	V	A	R	V	V	V	R	V	V	V	V	V	V	A	V	V
PA Trento	V	R	V	R	R	R	V	V	V	V	R	V	V	V	V	V	R	V	V	V
PA Bolzano	V	A	A	A	V	V	A	A	V	V	A	V	V	A	A	A	A	V	A	V
Friuli-Venezia Giulia	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Liguria	A	R	A	R	R	V	R	R	V	V	R	A	V	A	R	V	V	A	A	V
Emilia-Romagna	V	V	V	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Toscana	V	V	A	V	V	V	R	R	A	V	V	R	V	R	V	V	V	V	R	V
Umbria	A	A	R	A	A	V	R	R	A	V	A	A	V	A	A	A	A	V	A	V
Marche	A	A	A	A	A	V	A	R	R	V	V	A	V	R	A	A	A	V	V	V
Lazio	A	R	A	R	R	V	R	V	V	V	R	V	A	A	R	V	V	V	V	V
Abruzzo	R	R	R	R	R	V	V	R	R	V	R	A	R	A	R	R	V	A	R	A
Molise	V	R	A	R	V	A	R	R	A	V	R	A	V	R	R	R	V	V	A	V
Campania	A	A	R	A	A	V	R	R	R	R	R	A	V	A	A	R	A	V	R	A
Calabria	A	V	A	R	R	A	R	R	V	V	R	A	R	R	R	R	V	A	A	V
Puglia	A	A	V	R	R	V	R	R	V	V	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V
Basilicata	R	R	R	R	R	V	R	R	V	R	R	R	R	R	R	R	V	V	R	V
Sardegna	V	R	R	R	R	A	R	R	R	V	V	V	V	V	R	R	R	V	R	V
Sicilia	V	V	A	A	V	V	V	A	A	V	A	V	V	V	V	A	V	V	V	V

¹Sono state considerati non solo atti amministrativi (es Delibere), ma ogni tipo di documento di programmazione redatto dalle Regioni o P.A. o dai gruppi di lavoro a valenza regionale (es raccomandazioni e indicazioni regionali, linee guida, progetti o altri documenti a valenza regionale).



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

Come si rileva, ad aprile 2021 solo il **49.5% degli obiettivi programmatori sono stati attuati**, il 24,3% sono in corso di attuazione e il 26,5% non sono stati attuati.

Le Regioni che presentano maggiori criticità (> 6 obiettivi programmatori non attuati) sono: Basilicata, Abruzzo, Sardegna, Calabria, Lazio, Campania, Molise e Liguria.

Gli obiettivi che hanno mostrato maggiori criticità sono:

- promozione della **salute fisica** del paziente psichiatrico
- diagnosi e trattamento delle persone con disturbi psichici correlati all'**invecchiamento**
- prevenzione e lotta allo **stigma**
- diagnosi e trattamento delle persone con **disturbo della personalità**
- diagnosi e trattamento delle persone con **disturbi psichici comuni**
- diagnosi e trattamento delle persone agli **esordi psicotici**
- interventi tempestivi e integrati per i disturbi psichici gravi in adolescenza
- **identificazione precoce** delle patologie neuropsichiche e conseguente trattamento tempestivo
- trattamento della **doppia diagnosi**

In queste aree dovrà essere concentrata l'azione perché gli obiettivi posti dal PANSM alla programmazione regionale siano conseguiti.

Parallelamente, dovrà essere rilevato attraverso indicatori specifici lo stato di congruenza tra il livello programmatore e il livello applicativo locale. In altri termini, non basta evidenziare la produzione di documenti di programmazione ma occorre verificarne l'efficacia nel perseguire gli obiettivi di salute indicati.

A titolo indicativo, si riportano l'età media e mediana e il numero medio di prestazioni fornite agli utenti nuovi assistiti nel corso del 2019, secondo quanto monitorato dal SISM.

Gruppo Diagnostico	Età Media	Mediana	DS	Prestazioni Totali		
				Prestazioni	Assistiti	Media
Depressione	54,9	56	16,0	115.682	52.432	2,2
Disturbi della personalità e del comportamento	43,2	44	16,3	30.617	12.027	2,5
Mania e disturbi affettivi bipolari	53,3	54	15,2	22.222	12.232	1,8
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	49,8	51	16,1	49.439	25.475	1,9

Questi dati mostrano che il sistema di cura è centrato sulla cronicità piuttosto che sulla identificazione e intervento precoce, e che le prestazioni totali sono insufficienti a garantire la continuità e l'intensità della presa in carico.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

ANALISI DELLE CRITICITÀ NEI SERVIZI E DELL'APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI DI CURA

In premessa occorre precisare che le analisi e valutazioni che seguono riguardano la Salute Mentale Adulti e le attività dei DSM.

La Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza risulta particolarmente difficile da valutare stante la carenza di flussi informativi specifici e la difficoltà ad ottenere dati appropriati dai flussi amministrativi standard (SDO, ambulatoriale e flusso residenziale e semiresidenziale). Dai pochi sistemi informativi regionali attivi e da altre fonti secondarie emerge una grave disomogeneità nell'organizzazione della rete dei servizi di NPIA, che determina una enorme variabilità nei percorsi di cura e rende complesso garantire equità di risposta. In molte Regioni non è stato formalmente strutturato un sistema di servizi di NPIA e quando esistenti, essi non sempre sono integrati in una rete coordinata di cura. In particolare, mancano non solo i letti di ricovero dedicati, ma soprattutto le strutture semiresidenziali terapeutiche, indispensabili per garantire interventi a maggiore complessità e intensità e per prevenire, per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero e alla residenzialità terapeutica.

Nei servizi territoriali, spesso non sono previste e adeguatamente presenti tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e vi sono significative difficoltà nel garantire la presenza anche solo delle figure mediche indispensabili, già sottodimensionate. Il quadro è reso critico dalla prevedibile collocazione a riposo a breve di numerosi neuropsichiatri infantili, senza che vi sia un numero sufficiente di giovani specialisti per sostituirli.

Negli ultimi 10 anni si è osservato il raddoppio degli utenti seguiti nei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, in tutti e 4 gli ambiti di riferimento (neurologia, psichiatria, disabilità complessa, disturbi specifici) ma in particolar modo in ambito psichiatrico, a parità di personale, e senza comunque riuscire a garantire le risposte adeguate agli utenti. Già prima della pandemia si stimava che 200 bambini e ragazzi su 1000 avessero un disturbo neuropsichiatrico (ovvero 1.890.000 minorenni) ma solo 60 su 1000 hanno accesso ad un servizio territoriale di NPIA e di essi la metà riesce ad avere risposte terapeutico-riabilitative territoriali appropriate (con estrema variabilità regionale).

Anche l'andamento dei ricoveri negli ultimi anni evidenzia abbastanza bene la carenza di risposte appropriate. Tra il 2017 e il 2018 (ultimi dati disponibili), i ricoveri per disturbi neurologici tra 0 e 17 anni sono aumentati dell'11% e quelli per disturbi psichiatrici sono aumentati del 22%. Di 43.863 ricoveri complessivi avvenuti nel 2018, solo 13.757 hanno potuto avvenire in reparto NPIA e hanno pertanto ricevuto l'assistenza di cui avrebbero avuto necessità. Il 20% sono stati ricoverati in reparti psichiatrici per adulti.

Quanto brevemente esposto segnala la necessità e l'urgenza di un'intensa attività di programmazione e coordinamento nell'area della Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Le analisi e valutazioni circa le criticità dei servizi e l'appropriatezza dei percorsi di cura sono in gran parte rese possibili dal Sistema Informativo Salute Mentale, per il quale sono riportate osservazioni e proposte di miglioramento volte a renderlo strumento cardine della programmazione.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

1. IL SISTEMA INFORMATIVO SALUTE MENTALE

- 1.1. Scarsa tempestività con cui i dati SISM vengono restituiti sotto forma di statistiche descrittive di struttura e attività del sistema di cura per la salute mentale (circa 2 anni rispetto all'anno corrente) **Proposta. Riduzione dei tempi di raccolta ed elaborazione dei dati, per favorire l'adozione di scelte organizzative e di governo nelle aree in cui si evidenziano le principali criticità.**
- 1.2. Assenza di una componente SISM dedicata al settore della Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) **Proposta. Inclusione della componente NPIA nel SISM, estendendo successivamente ai servizi NPIA l'obbligo informativo già previsto per i servizi della Salute Mentale Adulti.**
- 1.3. Presenza di flussi informativi diversi per la descrizione di struttura e attività dei servizi della Salute Mentale e dei percorsi di cura delle persone assistite (es.: Schede Dimissione Ospedaliera, Flusso Farmaci, Conto Economico per il personale in servizio); carenza di informazioni sui percorsi di cura per i disturbi psichiatrici gravi; necessità di focalizzare sui percorsi a più elevato rischio di inappropriatelyzza (es.: percorsi residenziali, percorsi assistenziali negli autori di reato) **Proposta. Estensione dell'interoperabilità dei sistemi informativi, superando le discrepanze esistenti, e pervenire a una descrizione articolata dei percorsi di cura coerenti con le indicazioni della Programmazione Nazionale e Regionale; estensione nazionale dei sistemi di monitoraggio dei percorsi assistenziali negli autori di reato, già in uso in alcune Regioni.**
- 1.4. Assenza di informazioni circa la componente integrata sociosanitaria (abitazione, lavoro, inclusione sociale) **Proposta. Inclusione di informazioni circa percorsi integrati sociosanitari, in condivisione con le politiche sociali locali.**
- 1.5. Aggregazione dei dati a livello Regionale, che impedisce azioni di governo specifiche per Aziende Sanitarie e Dipartimenti di Salute Mentale **Proposta. Produzione del Rapporto Salute Mentale con disaggregazioni mirate a livello Aziendale.**

L'analisi delle criticità dei Servizi e dell'appropriatezza dei percorsi di cura e le proposte di miglioramento correlate, sono sintetizzate di seguito.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

2. ANALISI DELLE CRITICITÀ NEI SERVIZI E DELL'APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI DI CURA

2.1. **Organizzazione e attività dei Dipartimenti di Salute Mentale.** Oggi in Italia ci sono circa 140 DSM, in genere uno per ogni Azienda sanitaria territoriale. I DSM italiani differiscono tra di loro grandemente per estensione della popolazione trattata, per struttura organizzativa gestionale o funzionale, per aggregazione di Unità Operative (Psichiatria, Dipendenze, NPIA, Psicologia Clinica, Disabilità, Carcere etc...), per livelli di integrazione con le Università, per livelli di finanziamento, per culture professionali. Le caratteristiche che consentono ai DSM di valorizzare appropriatezza e qualità sono: composizione integrata; forte vocazione alla territorialità ed alla integrazione con i servizi sociali e di comunità; adeguata dotazione di risorse umane e finanziarie; attenzione a percorsi per popolazioni particolari (autismo, DCA, popolazioni marginali etc...); coinvolgimento attivo di utenti e familiari in forma singola ed associata; costante tensione verso l'innovazione psicosociale (metodi di progettazione integrata, Budget di Salute, tecniche validate e buone pratiche) e la valutazione degli esiti.

Proposta. Produzione di standard organizzativi, quantitativi e qualitativi per la Salute Mentale nell'ambito della più generale riorganizzazione della medicina territoriale.

2.2. **Personale.** Tutte le categorie professionali rappresentate segnalano il dato macroscopico della carenza di organico, precondizione per un lavoro territoriale comunitario e per attenuare la tendenza in aumento all'utilizzo di posti di residenzialità quale esito dell'impossibilità a una presa in carico multiprofessionale e continuativa.

Inoltre la carenza di psicologi e del loro impiego nel lavoro clinico individuale, familiare e di gruppo con i pazienti che presentano situazioni cliniche e relazionali e sociali più svantaggiate, finisce per radicalizzare una tendenza alla separatezza tra interventi medici e interventi non farmacologici, di fatto relegati in una dimensione ancillare rispetto alla prima. L'analisi dei dati 2015-2019 relativi al **personale dipendente nei DSM documenta tale carenza**. Si è passati da 29.260 operatori nel 2015 a 28.811 nel 2019 (-1,6%) e cioè da 57,7 operatori x 100.000 ab. >18 a. nel 2015 a 56,8 x 100.000 nel 2019, **stabilmente inferiore allo standard minimo di 66,6 x 100.000 fissato nel P.O. 1998-2000 (DPR 10.11.1999)**. I medici erano 4.931 nel 2015 (di cui 3.772 psichiatri) e 5.341 nel 2019 (di cui 3.436 psichiatri). Gli psicologi erano 2.213 nel 2015 e 2.009 nel 2019. Il personale infermieristico resta la figura professionale maggiormente rappresentata (45,8% nel 2015, 44,7% nel 2019). In valore assoluto gli infermieri erano 13.410 nel 2015 e sono 12.877 nel 2019.

Proposta. Assunzione e formazione (v. punto successivo) di operatori per i servizi di salute mentale di comunità in modo da raggiungere in tutte le Regioni lo standard di riferimento quale condizione indispensabile per il funzionamento del sistema di cura. Promozione dell'integrazione culturale e professionale con il personale del privato accreditato e convenzionato.

2.3. **Formazione.** Per quanto non immediatamente ricavabile dai dati, emerge con forza la questione della formazione specifica per gli operatori del territorio in primo luogo alla relazione interpersonale, al lavoro d'équipe, ed al lavoro integrato con le politiche sociali degli EE.LL.. I dati relativi alla formazione degli operatori delle residenze indicano **competenze acquisite per meno del 50% del personale**. La formazione non può prescindere dal modello organizzativo che, per la salute mentale territoriale, è quello della presa in carico multidisciplinare e non quello ambulatoriale specialistico.

Proposta. Appare necessario uno stretto raccordo col Ministero dell'Università e della Ricerca per definire congiuntamente percorsi formativi adeguati alle esigenze della



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

Salute Mentale territoriale. Formazione obbligatoria da parte delle ASL all'atto di assunzione o inizio collaborazione per chi lavora in salute mentale; formazione congiunta tra operatori ASL e delle Politiche Sociali degli EE.LL. per favorire le sinergie tra competenze sanitarie e sociali a partire dalla pratica; implementazione di un portale unico nazionale specificamente dedicato alla salute mentale che censisca documenti scientifici, linee guida e di indirizzo, buone pratiche, raccomandazioni, sviluppati in Italia o all'estero.

- 2.4. **Accesso.** L'accesso è il requisito di partenza su cui valutare la appropriatezza e la qualità dei percorsi. Dai dati SISM si rileva un trend verso un aumento dell'accesso ai servizi psichiatrici nazionali (primi casi in contatto con i DSM: 314.120 cittadini di cui il 92.9% primi contatti assoluti; totale casi in contatto: 826.465, il 2.5% in più rispetto al 2016). Sussistono rilevanti differenze nella incidenza e nella prevalenza trattata tra le regioni che difficilmente possono essere imputate a diverse distribuzioni dei disturbi mentali nei territori. Ai fini della valutazione della appropriatezza e della qualità l'analisi complessiva dei dati sull'accesso ai CSM e ai PS, incrociata con le classi diagnostiche prevalenti nelle diverse regioni suggerisce l'esistenza di **inappropriatezza "per difetto"**, ossia una quota di bisogni non intercettati (incidenze e prevalenze troppo basse per disturbi psichiatrici gravi). In particolare, si rileva la difficoltà dei servizi di salute mentale a intercettare la morbilità psichiatrica all'esordio o comunque in fase precoce, problema particolarmente serio per le psicosi schizofreniche, per le quali evidenze consolidate documentano che soltanto servizi specificamente orientati alla presa in carico e al trattamento in fase molto precoce sono in grado di influire favorevolmente sulla prognosi. Si rileva inoltre che una quota molto limitata di bisogni disturbi emotivi comuni viene in contatto con i DSM rispetto alla prevalenza stimata nella popolazione generale.

Proposta. Elaborazione e diffusione di strategie innovative per la realizzazione di specifici servizi per i giovani con gravi problemi di salute mentale, in grado di funzionare in modo proattivo e attrattivo per le persone giovani. Adozione di Piani regionali per i Disturbi Emotivi Comuni (come da PANSM) e potenziamento della dotazione di personale in grado di erogare trattamenti psicoterapeutici di provata efficacia, indicati in questo tipo di disturbi in modo esclusivo o in associazione al trattamento farmacologico.

- 2.5. **Intensità della presa in carico e aderenza ai PDTA già formalizzati**

Le persone in carico ai centri di Salute Mentale italiani hanno ricevuto in media 14,2 prestazioni a testa. Questa intensità media però incontra differenze regionali di circa sei volte, che vanno dai 5,3 del Molise ai 33,4 del Friuli Venezia Giulia. L'8,2% delle prestazioni viene erogata a domicilio, anche qui con differenze che vanno dal 2,1% del Molise al 20,2 della Toscana. Si rileva anche in una **insufficiente implementazione delle Raccomandazioni per i disturbi psichiatrici gravi (depressione, disturbi della personalità e del comportamento, mania e disturbi bipolari, schizofrenia e altre psicosi funzionali) approvate dalla Conferenza Unificata il 13 novembre 2014.** Se si considera l'insieme degli utenti con disturbi psichiatrici gravi emerge dai dati SISM 2019 come solo il 2,4% di questi abbia ricevuto almeno una prestazione di trattamento psicologico. È stato documentato che la capacità assistenziale della dirigenza sanitaria dei DSM sia in grado di coprire appropriatamente solo il 55.6% del fabbisogno clinico-assistenziale-riabilitativo dell'utenza in carico al 2016. I dati preliminari del 2019 sembrano evidenziare un ulteriore divario, essendosi verificato un aumento della prevalenza ed incidenza trattata a fronte di una riduzione delle risorse umane.

Proposta. Raggiungimento di standard di personale per aree territoriali definite (v. Proposta 2.2); potenziamento delle attività di formazione sulle Raccomandazioni



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

per i disturbi psichiatrici gravi e sulle competenze professionali necessarie per implementarle; valutazione della riorganizzazione delle attività mediante task-shifting che valorizzi il ruolo delle professioni sanitarie.

2.6. Specificità dei percorsi di trattamento e riabilitazione.

Le prestazioni erogate a tutta la popolazione dei CSM sono state nel 2.1% dei casi diagnostiche, nel 9.6% assistenziali, nel 19.5% socio-riabilitative, nel 68,8% terapeutiche. Andando più nel dettaglio delle prestazioni, il 6,4% è stato di tipo psicologico/psicoterapico, il 5,0% rivolto alle famiglie, 13,9% di riabilitazione e risocializzazione territoriale, il 5,7% di supporto alla vita quotidiana.

Non abbiamo dati specifici relativi ai percorsi di trattamento con tecniche di intervento psicologico, psicoterapico e psicosociale di provata efficacia, ma il quadro sembra per lo meno frammentario ed insufficiente. Parallelamente l'adozione di metodologie di forte personalizzazione degli interventi come quella del Budget di Salute sembra essere stata adottata solo in una minoranza delle Regioni. **Proposta. Valutazione delle informazioni circa percorsi integrati sociosanitari, in condivisione con le politiche sociali locali (proposta 1.4) ed attivazione dei percorsi (Social Skills Training, Individual Placement & Support, Soluzioni Abitative Supportate) carenti a livello aziendale e regionale. Potenziamento delle figure professionali dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.**

2.7. Fase residenziale dei percorsi di trattamento.

I dati preliminari del SISM 2019 e numerosi studi ad hoc prodotti negli ultimi anni hanno documentato una notevole estensione del settore residenziale, soprattutto al Centro-Nord, con progressivi allungamenti dei tempi medi di permanenza in struttura e preoccupanti indicatori relativi alla specificità riabilitativa dell'intervento ed agli esiti clinici e psicosociali. L'incremento della durata del ricovero nelle strutture residenziali, unito a una scarsa progressione dei pazienti verso sistemazioni di vita indipendenti, mal si coniuga con la funzione riabilitativa di tali strutture. Per molti pazienti esse sembrano rappresentare delle "case per la vita" piuttosto che dei luoghi di riabilitazione, e il loro ruolo pare dunque oscillare ambiguamente tra trattamento e riabilitazione da un lato, e custodia dall'altro.

Proposta. Monitoraggio più fine delle attività delle strutture residenziali (v. Proposta 1.4) attraverso il rilevamento attraverso il SISM di informazioni sulla provenienza del paziente prima del ricovero e sulla sua destinazione alle dimissioni. Riqualficazione degli operatori attualmente impegnati. Adozione di standard minimi omogenei, sui quali le Regioni dovrebbero avere potestà di intervenire esclusivamente in senso migliorativo. Implementazione di meccanismi per ridurre il turn-over del personale. Necessità di fornire ai professionisti della Salute Mentale una specifica formazione orientata alla riabilitazione psichiatrica e psicosociale (v. Proposta 2.3).

2.8. Consumo dei farmaci ed appropriatezza prescrittiva.

Anche nel 2019 si confermano i gradienti Nord-Sud nella prescrizione e nella erogazione dei farmaci psichiatrici. In generale la erogazione diretta è prevalente al Nord, mentre quella convenzionata al Sud. L'utilizzo degli antidepressivi è largamente superiore al Nord (prevalentemente erogato in forma convenzionata ed a partenza spesso dai MMG), mentre l'uso degli antipsicotici è molto superiore al Sud (sia in forma diretta che convenzionata). Ciò suggerisce che, al netto di possibili differenze di incidenza e prevalenza tra regioni, le differenze di accesso sopra riscontrate si riflettono anche sulla appropriatezza e qualità prescrittiva, probabilmente anche qui in una duplice via. È possibile che rispetto agli antidepressivi vi sia un bisogno non intercettato al sud ed un



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

non-bisogno trattato al Nord. Per quanto riguarda invece il consumo di antipsicotici è possibile che al Nord la maggiore disponibilità di trattamenti psicosociali e psicoterapici, una sensibilità crescente al tema della de-prescrizione, ed il migliore monitoraggio ottenibile con la erogazione diretta generino una maggiore appropriatezza e qualità di utilizzo.

Proposta. Maggiore appropriatezza prescrittiva potrebbe essere raggiunta sviluppando collaborazione con i MMG nelle Regioni meridionali e programmi di gestione non farmacologica della depressione nelle Regioni del Centro-Nord. L'interoperabilità tra SISM e flusso farmaci (v. Proposta 1.3 e 1.5) consentirebbe l'individuazione delle aree di inappropriatazza sopra-soglia.

2.9. **Fase ospedaliera dei percorsi di trattamento.**

La dotazione di SPDC, reparti privati convenzionati e posti letto ospedalieri in Italia è sostanzialmente rimasta stabile in Italia negli ultimi dieci anni. Complessivamente nel 2019 hanno operato 107.603 dimissioni con una media di degenza di 12.7 giorni. Le riammissioni non programmate a 7 giorni erano il 7.9% ed a 30 giorni il 14.6%. I TSO sono stati 6.737, pari al 7.0% dei ricoveri nei reparti pubblici, dato in costante decremento da oltre vent'anni. Il calo progressivo dei ricoveri e dei TSO, pur con rilevanti differenze regionali, potrebbe indicare una migliore appropriatezza nell'uso di questo strumento, probabilmente da correlare anche allo sviluppo del sistema residenziale ed allo spostamento su questo settore di alcune contraddizioni che prima gravavano sugli SPDC. Va anche considerato l'uso più frequente delle Misure di Sicurezza Giudiziarie e dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno con delega alle decisioni sanitarie. Relativamente alla qualità preoccupa il dato delle riammissioni non programmate, il dato sui TSO ripetuti, l'aumento degli accessi al PS per motivi psichiatrici.

Proposta. Monitoraggio su base Aziendale (v. Proposta 1.5) degli accessi al PS, dei tassi di ricovero, dei TSO, delle riammissioni non programmate, per l'individuazione di aree di inappropriatazza sopra-soglia.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

3. DIRITTI E RIDUZIONE DEGLI INTERVENTI COERCITIVI

3.1. Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO).

Come si è detto, la riduzione dei ricoveri per TSO riflette almeno in parte la sottostima del fenomeno legata all'utilizzo delle SDO come fonte dati. Sebbene l'Italia sia una delle nazioni che effettua relativamente meno ricoveri obbligatori, vi sono ragioni per credere che vi siano comunque spazi per migliorare ulteriormente la situazione. I dati del Rapporto Salute Mentale documentano infatti una variabilità marcata tra Regioni, con tassi per 10.000 abitanti che differiscono di 7-8 volte. Ciò suggerisce che sia possibile implementare raccomandazioni e processi organizzativi volti a ridurre ulteriormente il ricorso al TSO. È stata inoltre rilevata una significativa difformità delle procedure regionali e locali per il TSO messe a punto per migliorare l'efficienza della collaborazione tra le diverse amministrazioni e servizi coinvolti e prevenire conflitti e attribuzioni di responsabilità. Tuttavia queste indicazioni operative sono talvolta in disaccordo con lo spirito della legge. Ad esempio alcune raccomandazioni indicano come "anti-terapeutica" la presenza del medico durante l'esecuzione del TSO. Molto spesso, inoltre, la documentazione delle condizioni che motivano il TSO è approssimativa o superficiale, con scarse informazioni sui tentativi fatti per scongiurarlo. Infine, viene spesso riportata la mancata notifica della copia del provvedimento all'interessato.

Proposte. Pur continuando a valutare il fenomeno attraverso le SDO, potrebbero essere condotti approfondimenti sulla possibilità di rendere lo strumento meno suscettibile di errori sistematici e analisi qualitativi locali sulle informazioni raccolte secondo altre modalità/fonti di documentazione. Si propongono inoltre una serie di requisiti informativi minimi che contestualizzano e approfondiscono le ragioni del TSO, che devono essere presenti nella documentazione relativa al TSO, da condividere con le Regioni: 1) la puntuale descrizione di cosa è stata tentata prima di arrivare al TSO; 2) l'accurata descrizione delle "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici"; 3) altre informazioni di contesto che giustificano tale intervento, considerando che "...il punto centrale della norma che regola il TSO non è il rifiuto dell'intervento medico, ma il bisogno di intervento per disturbo psichico".
Va inoltre garantita la notifica dell'ordinanza del Sindaco alle persone sottoposte a TSO.

3.2. Contenzione meccanica.

Sul tema sarà a breve trasmesso alla Conferenza Stato Regioni il documento predisposto dal Tavolo Tecnico che prevede **sette raccomandazioni**:

- 1. Attivare percorsi di riconoscimento delle pratiche limitative delle libertà personali**
- 2. Assumere iniziative per conoscere e monitorare la contenzione**
- 3. Rispettare i diritti e la dignità delle persone**
- 4. Organizzare servizi di salute mentale integrati, inclusivi e radicati nel territorio**
- 5. Garantire la qualità dei luoghi di cura e l'attraversabilità dei servizi**
- 6. Promuovere il lavoro di gruppo e il lavoro in rete**
- 7. Garantire le attività di formazione a tutte le operatrici e gli operatori**



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

ADDENDUM

I componenti del Tavolo Tecnico saranno direttamente o indirettamente coinvolti nella **II Conferenza Nazionale per la Salute Mentale**, dai cui lavori verranno individuate **ulteriori linee di approfondimento** che si aggiungeranno a quelle già segnalate dai GdL (v. proposte) e a quelle che i limiti di tempo non hanno consentito di affrontare col necessario dettaglio. In particolare:

- >> **I percorsi di trattamento degli autori di reato**
- >> **I percorsi di trattamento dei DCA**
- >> **I percorsi per gli esordi e per le persone con disturbi mentali nella età 14/25**
- >> **I percorsi per le persone con disturbi mentali ed abuso o dipendenza da sostanze**
- >> **Integrazione sociosanitaria e Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati sostenuti da Budget di Salute**
- >> **I percorsi integrati per la Disabilità Intellettiva e l'Autismo**
- >> **L'appropriatezza dei trattamenti farmacologici**
- >> **Le proposte per la corretta applicazione dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno**

Ministro - Benvenuto e ringraziamenti

Sono lieto di dare il benvenuto a tutti coloro che, presenti di persona o collegati via streaming, partecipano ai lavori della 2^a Conferenza Nazionale promossa dal Ministero della Salute “*Per una salute mentale di Comunità*”.

Voglio innanzi tutto ringraziare il Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, il cui messaggio rappresenta un forte stimolo ad un impegno sempre più serio su un terreno di primaria importanza.

Voglio rivolgere un pensiero di gratitudine al Santo Padre, papa Francesco, il cui messaggio ci invita a “*far prevalere la cultura della **comunità** sulla mentalità dello **scarto**” e ci incoraggia a “*perseguire sulla feconda via della **cura solidale**”* .*

Colgo l’occasione per esprimere ancora una volta il mio personale grazie a tutti gli operatori e a tutte le operatrici, di ogni ruolo e di ogni livello, strutturati o volontari, per la dedizione e l’impegno con il quale hanno affrontato – e ci hanno consentito di affrontare - questi lunghi mesi di pandemia.

La pandemia ci ha resi tutti più consapevoli della centralità del bene salute, intesa come salute fisica e salute mentale, e dell’importanza delle relazioni umane e sociali. Abbiamo capito che da una pandemia nessuno può uscire da solo e che le parole chiave della sanità del futuro sono *prossimità, comunità, presa in carico globale della persona, domiciliarità*.

Queste parole sono essenziali soprattutto quando ci occupiamo di sofferenza mentale, perché *il disagio mentale nasce nei luoghi di vita e di lavoro delle persone, si cura nelle comunità in cui vivono le persone e con l’apporto delle comunità stesse*.

Voglio infine esprimere un pensiero di profonda attenzione per tutti coloro che in questi anni hanno sperimentato periodi di sofferenza mentale ma non sempre hanno trovato servizi adeguati ai loro bisogni, sono stati accolti in strutture a volte poco accessibili e non sempre hanno potuto contare su un vero e proprio progetto terapeutico riabilitativo. Situazioni che non valorizzano sia le capacità delle persone sia le competenze degli operatori. Personalmente sento il peso e la responsabilità delle sfide che dobbiamo affrontare per superare le debolezze che ancora esistono in molte parti del Paese e per sostenere le buone pratiche che a volte faticano ad essere riconosciute. Questa Conferenza vuole proprio contribuire ad avviare un percorso di lavoro per i pazienti, le loro famiglie, le comunità di appartenenza e per tutti gli operatori. So che non sarà facile, ma dobbiamo *tutti*, a partire da me, impegnarci a lavorare superando divergenze e frammentazioni, per iniziare a programmare un futuro migliore del presente.

In questo percorso, la pandemia, che oggi stiamo guardando con maggiore fiducia rispetto al passato ma che dobbiamo continuare ad affrontare con lo stesso senso di responsabilità di cui siamo stati capaci nei mesi

scorsi, ci costringe a rompere con il passato, a partire da una lettura profonda dei mutamenti in atto, con concretezza e determinazione, avendo come punto di riferimento solo il benessere delle persone, delle persone con disturbo mentale e delle loro famiglie, delle persone che operano nei servizi di salute mentale e, più in generale, di tutte le persone che vivono nel nostro Paese, perché la “salute mentale” è un obiettivo che riguarda tutti noi.

Dopo oltre 20 anni

La Conferenza arriva a oltre 20 anni di distanza dalla prima Conferenza promossa dal Ministero della Sanità (così si chiamava allora il nostro Ministero) e che, allora come oggi, aveva visto la partecipazione di 3 Ministri (Sanità, Solidarietà sociale, Pubblica Istruzione) e di molte istituzioni pubbliche (Conferenza delle Regioni, Anci, Comitato Nazionale di Bioetica presieduto da Giovanni Berlinguer, ISS, DAP ecc).

Da allora (2001) la Conferenza non è stata più organizzata. Ci sono stati solo eventi autoconvocati da molte realtà della società civile (associazioni di pazienti e familiari, organizzazioni sindacali, mondo professionale e scientifico, volontariato, terzo settore, ecc.), le quali da tempo hanno chiesto alle istituzioni un’occasione nazionale di confronto e un impegno esplicito del Ministero della Salute e dell’intero Governo. A tali organizzazioni va il mio ringraziamento per aver tenuto alto il dibattito sulla salute mentale. Come pure permettetemi di ringraziare per l’organizzazione di questi due giorni Sandra Zampa, Nerina Dirindin e Fabrizio Starace che hanno molto creduto in questa sfida oltre che Mariella De Sanctis e tutti gli uffici competenti per quanto fatto.

L’impegno

Questa Conferenza vuole essere l’occasione per ribadire l’impegno mio personale e del Ministero per promuovere e rilanciare l’assistenza *territoriale* per la salute mentale (e in particolare domiciliare), assumere la *comunità* come cornice di riferimento, proteggere *i diritti umani e la dignità* delle persone con sofferenza mentale, favorire ovunque possibile una *presa in carico inclusiva e partecipata*, migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi a beneficio di pazienti e operatori.

A tal fine voglio condividere con voi l’intento di promuovere un importante cambiamento culturale e organizzativo, a partire dal rinvigorismento della struttura ministeriale che si occupa di salute mentale, procedendo con azioni sia legate alla situazione emergenziale sia di carattere strutturale.

Non c’è salute senza salute mentale

Vorrei avviare questa giornata facendo mie le parole pronunciate dal segretario Generale delle Nazioni Unite Antonio Guterres in occasione della giornata mondiale della salute mentale (10 ottobre 2020)

*“Non c’è salute senza salute mentale e non c’è buona salute mentale e benessere senza adottare un approccio basato sui diritti umani. È urgente investire di più nella salute mentale. Tuttavia, **il denaro non dovrebbe essere il valore più alto nei dibattiti sulla salute globale in generale e sulla salute mentale in particolare. C’è un valore intrinseco e universale nel sostenere la dignità e il benessere**: inoltre, è un imperativo dei diritti umani”.*

Non c’è salute senza salute mentale e, vorrei aggiungere, *senza salute mentale non c’è né ripresa né resilienza*. Le politiche per la salute mentale sono infatti una parte importante delle azioni necessarie per contrastare la pandemia da Coronavirus (e i suoi effetti sul benessere delle persone) e per promuovere sviluppo economico e coesione sociale.

Italia punto di riferimento per l’OMS

Il nostro Paese è considerato dall’OMS un importante punto di riferimento per la salute mentale. Per più ragioni.

Innanzitutto per la chiusura dei manicomi civili voluta con la legge 180/1978, nota come legge Basaglia, dal nome del medico che, nel 2001 (proprio in occasione della prima Conferenza della salute mentale), il premio Nobel Rita Levi Montalcini ebbe a definire una *“splendida figura di scienziato al quale tutti noi dobbiamo molto”*.

In secondo luogo per la chiusura dei manicomi giudiziari, concretamente avviata con la legge 81 del 2014, la cui attuazione è ancora in corso e richiede ancora molto impegno.

La chiusura dei manicomi (civili – prima - e giudiziari - poi) costituisce, nel panorama internazionale, un motivo di riconoscimento del nostro Paese. Una scelta di civiltà che dimostra la capacità delle nostre istituzioni, del nostro Parlamento, di essere coerenti con l’articolo 32 della Costituzione che dispone che *“la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

Infine, l’Italia è punto di riferimento internazionale per la scelta di prevedere l’attivazione di una rete di servizi *territoriali* per la salute mentale.

Le criticità

Nonostante le scelte coraggiose e di grande valenza etica effettuate dal nostro Paese, la realtà continua tuttavia a presentare criticità e le persone con disturbi mentali continuano a ricevere risposte non sempre pienamente adeguate.

Criticità sono state evidenziate anche dal *Tavolo Tecnico sulla salute mentale* istituito nel 2019, che ringrazio per il lavoro che continua a svolgere.

Dobbiamo riconoscere che, negli ultimi decenni, l’attenzione dedicata alla sofferenza mentale non sempre è stata all’altezza; ne è conferma, fra l’altro, la ricognizione effettuata dal Tavolo Tecnico circa l’attuazione del *Piano di Azioni Nazionale per la Salute mentale* (approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013): i

dati ci dicono che, a oltre 8 anni dalla sua approvazione, solo il 49.5% degli obiettivi prioritari sono stati oggetto di provvedimenti a livello regionale (di recepimento o attuazione).

Fra le principali criticità evidenziate, voglio rammentarne alcune:

- le ampie *diseguaglianze* che ancora persistono fra regioni e all'interno delle regioni stesse (nell'accesso alle cure, nell'offerta assistenziale, nelle risorse disponibili, nel ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatori, TSO, nello sviluppo della rete territoriale, ...), con conseguenze non semplici per le persone; e rispetto alle quali dovrà essere rafforzato- fra l'altro - il sistema di monitoraggio del rispetto dei Livelli Essenziali di assistenza;

- *l'organizzazione* dei servizi: da più parti si rileva una carenza di risorse professionali ed economiche e una difficoltà degli operatori a fronteggiare le sfide che le riorganizzazioni e gli accorpamenti dei Dipartimenti di Salute Mentale impongono;

- *la necessità di rafforzare la cultura dell'assistenza territoriale*, della presa in carico integrata e globale delle persone, coinvolgendo tutte le professioni, tutte le istituzioni e tutti i soggetti che operano nelle comunità, evitando - per quanto possibile - di allontanare i pazienti in strutture che rischiano di escluderli dalla società anziché favorirne il reinserimento;

- *la necessità di rafforzare l'attenzione alle nuove forme di disagio*, osservate già prima, ma aggravate nel corso della pandemia, in particolare fra gli adolescenti e i giovani adulti nei confronti dei quali dobbiamo essere capaci di mettere in atto azioni più incisive, a partire dalla prevenzione.

Dobbiamo certamente anche riconoscere che esistono esperienze concrete e virtuose, diffuse in varie parti del Paese. Dobbiamo valorizzare meglio.

Come possono essere affrontate le criticità

Le evidenze scientifiche e le esperienze concrete dimostrano che è possibile organizzare i servizi in modo da assicurare risposte inclusive e partecipate, rispettose dei diritti e capaci di prendersi veramente cura di chi vive condizioni di emarginazione e sofferenza.

Sul piano concreto si tratta di: rilanciare il lavoro sul territorio prendendo come riferimento le *comunità*, la *prossimità* e la *domiciliarità*; qualificare i servizi dal punto di vista delle risorse e degli habitat (i centri di salute mentale sono fra le strutture da attenzionare di più del Ssn); promuovere una robusta integrazione con gli enti locali; stabilire collaborazioni interistituzionali (in primo luogo con le Politiche sociali, la Giustizia, la Pubblica Istruzione); innovare i percorsi formativi (curricolari e di aggiornamento continuo); favorire la ricerca sui servizi; privilegiare la metodologia di "partire dal basso" e la partecipazione dei fruitori dei servizi alle decisioni che li riguardano.

Specifica attenzione merita il tema dell'assistenza sanitaria garantita alle persone private delle libertà personali (detenute negli istituti penitenziari), dei percorsi di cura e riabilitazione (PTRI) necessari alla tutela della salute delle persone affette da patologia psichiatrica al momento in cui hanno commesso un reato,

nonché dell'esecuzione delle misure di sicurezza, in particolare presso le Rems rispetto alle quali stiamo lavorando con il Ministro Cartabia, le Regioni e Province autonome e sulla quale è intervenuta proprio ieri la Corte Costituzionale con l'ordinanza n. 131 "finalizzata ad acquisire specifiche informazioni indispensabili ai fini della decisione", alla quale daremo seguito con sollecitudine a partire dalla istituzione dell'osservatorio di monitoraggio su cui siamo in attesa della nomina dei rappresentanti delle regioni.

Le risorse

Non mi sottraggo al compito di affrontare il tema delle risorse culturali, economiche e strutturali necessarie per rafforzare i servizi per la salute mentale. Dopo anni di non adeguato investimento nella sanità pubblica non è infatti più possibile avviare azioni, ambiziose come quelle sulle quali stiamo lavorando, facendo ricorso alla usuale formula "a parità di risorse".

A questo proposito voglio assicurarvi il mio impegno personale e l'impegno del Ministero per individuare e proporre ipotesi volte a sostenere concretamente i servizi per la salute mentale, evitando che alle affermazioni di principio non facciano seguito atti concreti capaci di cambiare le esperienze di vita delle persone con sofferenza mentale, cui dobbiamo garantire i percorsi di presa in carico previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (ben delineati nel DPCM del 2017).

Sono convinto che la prima risorsa che dobbiamo essere capaci di mobilitare è quella culturale, attraverso la quale possiamo migliorare la qualità dell'assistenza, riallocando le risorse oggi spese verso interventi più efficaci. È necessario a tal fine un processo formativo e di condivisione delle buone pratiche da realizzare con il concorso delle Regioni, delle Province autonome e delle Aziende del SSN.

Tuttavia, anche se "il denaro non dovrebbe essere il valore più alto nei dibattiti sulla salute mentale" (come diceva il segretario generale dell'ONU) sono consapevole che le sfide che abbiamo di fronte richiedono anche una maggiore dotazione di risorse.

Dobbiamo assicurare risorse aggiuntive, dentro questa nuova fase espansiva della spesa pubblica in sanità, risorse che dovranno essere destinate a qualificare le risposte che dobbiamo dare alle persone, diffondendo le buone pratiche, innovando nella integrazione interprofessionale e intersettoriale. Un primissimo segnale abbiamo provato a darlo nel decreto 34 del 2020 e nel "ristori bis" ma serve molto di più.

Possiamo lavorare con le Regioni e le Province autonome su almeno due possibili fonti di finanziamento

- **quota parte dei fondi 2021 vincolati al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale**

- **i fondi ex articolo 20 (edilizia sanitaria)** per la riqualificazione di quelle strutture territoriali dedicate alla salute mentale;

Stiamo inoltre negoziando l'utilizzo dei **fondi strutturali** che potrebbero essere destinati alla salute mentale delle 7 regioni del sud con specifici progetti di intervento e con un forte impegno del livello nazionale a sostegno delle realtà meno attrezzate.

“Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale”

Concludo con una breve riflessione su un importante risultato: nei giorni scorsi il Gabinetto del Ministero ha inoltrato alla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, la bozza di documento e lo schema di Accordo per il **Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale**.

Il documento è stato discusso e approvato dal *Tavolo Tecnico sulla salute mentale* ed è stato predisposto a partire da contributi di istituzioni ed esperti, con il coordinamento dalla dott.ssa Giovanna Del Giudice, presidente della Campagna Nazionale “... e tu slegalo subito”, che ringrazio per l’impegno profuso.

Si tratta di un provvedimento che considero **di grande valenza etica**, oltre che di indirizzo, e che risponde alle numerose sollecitazioni e raccomandazioni di vari enti e istituzioni.

Non possiamo infatti dimenticare che il Comitato Nazionale di Bioetica, nel 2015, si è espresso per il superamento della contenzione nei confronti delle persone con problemi di salute mentale, nonché degli anziani istituzionalizzati in strutture socio sanitarie (sui quali sta lavorando la *Commissione per la riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana*, presieduta da Monsignor Vincenzo Paglia).

È utile inoltre precisare che il documento è teso a promuovere e garantire pratiche di cura rispettose della *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità* del 2006, ratificata nelle Legge 18 del 2009 dal Governo italiano, e va nella direzione indicata, da ultimo nel 2018, dal *Consiglio delle Nazioni Unite sui Diritti Umani*, che nel suo rapporto annuale ha condannato i trattamenti psichiatrici coercitivi e chiesto agli Stati aderenti il superamento delle pratiche contenitive. Riconosciamo l’obiettivo di promuoverne il suo **definitivo superamento** in tutti i luoghi della salute mentale, entro un triennio **2021-23**.

In conclusione, nel ringraziare ancora tutti i partecipanti, vorrei ribadire che la salute mentale è una priorità per l’azione del nostro governo ed è questo il tempo giusto per una grande iniziativa, larga e partecipata, che rimetta la rimetta al centro delle nostre politiche a partire dal mandato luminoso dell’art. 32 della nostra Carta Costituzionale.



“COVID-19 AND THE NEED FOR ACTION ON MENTAL HEALTH”

Mental health is a foundational element for sustainable socioeconomic development and a more equitable world. In the last two decades the global burden of disease attributable to mental disorders has risen in all countries. Mental disorders affect hundreds of millions of people worldwide, have high social and economic costs, and lead to poor education and labor market outcomes and to a high dependence on social benefits. Large numbers of people with mental illness are living in mental institutions, prisons, or experiencing homelessness, with no access to psychosocial support, and many are subjected to persistent human rights violations and abuses. The UN General Assembly has recently recognised that mental disorders and other mental health conditions contribute to the global burden of non-communicable diseases, that depression alone affects 300 million people globally and is a leading cause of disability worldwide, and that people living with mental disorders and other mental health conditions face stigma and discrimination, are more susceptible to having their human rights violated and abused, and also have an increased risk of other non-communicable diseases and therefore higher rates of morbidity and mortality.

However, mental health care has long been neglected and under-funded. In most, if not all, countries the quality of mental health services is routinely worse than the quality of those for physical health and unmet needs for care are still high.

Mental health is an essential component in assessing the impact of and planning the response to a public health emergency, such as the COVID-19 pandemic, in mitigating its impact, and in promoting recovery. While the predominant presentation of COVID-19 is respiratory, the involvement of the central nervous system has been recognized as an important component of COVID-19, including in the post-COVID phase. The pandemic is affecting people’s mental health and psychosocial wellbeing through several pathways, such as loss of loved ones, social isolation, fear of contagion and of losing loved ones, uncertainty about the economic consequences and the loss of livelihood, as well as anxiety over the development of the pandemic. Pre-existing fragmentation of mental health systems also made access to mental health services during the COVID-19 pandemic an exacerbated challenge. Moreover, during the COVID-19 crisis, several protective factors (e.g. social connection, employment and educational engagement, access to physical exercise, daily routine and access to health services) decreased dramatically. This has likely led to a substantial worsening of population mental health. Therefore, the long-lasting COVID-19 crisis and the toll it is taking on mental health has made national and global mental health systems, and preparedness and response for mental health aspects of public health emergencies more important than ever.

On these premises, we call all the relevant actors in our countries and beyond, to support and urgently implement the following concrete recommendations to face the current mental health crisis and to improve integrated mental health measures in all the stages of life and social contexts.



1 PROMOTE AND APPLY A GLOBAL, WHOLE-OF-SOCIETY APPROACH TO MENTAL HEALTH

Given the deep and multifaceted links between mental health and the social, economic, and environmental determinants of health, an integrated cross-sectoral response – including health, education, research, welfare, housing and labour market policies – engaging a wide range of stakeholders within and beyond health, is essential in order to truly be effective in addressing the global burden of mental disorders and to promote mental health. Environmental issues should not be neglected, given that factors such as pollution, climate change, and ecosystem degradation negatively impact mental health. Adequate governance structures spanning across sectors should be established to promote structured dialogue and effective collaboration. Such an integrated approach should encompass education systems, too, by including teaching mental health awareness in schools and including mental health as part of school curricula. Domestic efforts may be usefully informed by global efforts, such as the WHO Mental health action plan 2013–2020 (extended to 2030).

Further, implementation of initiatives aimed at protecting mental health and increasing mental health support in the workplace and in schools should be implemented. In addition, emphasis should be given to increasing support and protection for healthcare and other frontline workers, in order to help them to take care of others while also being mindful of their own self-care.

2 PROMOTE THE GRADUAL SHIFT OF MENTAL HEALTH CARE FROM LARGE PSYCHIATRIC INSTITUTIONS TOWARDS ADEQUATELY FUNDED AND STAFFED MENTAL HEALTH SERVICES IN THE COMMUNITY, BASED ON EACH COUNTRY'S NEEDS AND PRIORITIES

Countries whose resources for mental health are mainly in institutions need to reorganize their services so that people can access quality, affordable care near where they live. It is thus key to promote the gradual closure of large psychiatric institutions, with a phased shift from such institutions towards adequately staffed and funded community-based mental health services. While the overall direction is clear, the contours and timing of this reorganization should be modulated according to each country's needs, priorities, and possibilities. Increased levels of government domestic spending on mental health care is important and should be widely advocated, as it will most likely be required in order to improve mental health system performance, especially given that workforce shortage is such a limiting factor in this regard. While there is a pressing need for substantial additional investments in mental health, there is also an immediate opportunity for efficient and effective use of existing resources, for instance through the redistribution of national mental health budgets from large hospitals and psychiatric institutions to district hospitals and community-based local services. Adequate short and long-term education and training of mental health professionals should be carefully planned and implemented on an ongoing basis. Investment should also be channeled at funding research on community mental health and services, particularly to research activities with potential to have a direct impact on the quality of life of people with mental health conditions and their families.



3 PROMOTE AND APPLY AN APPROACH TO MENTAL HEALTH BASED ON HUMAN RIGHTS AND SOCIAL JUSTICE

It is important to adopt a person-centred, human rights-based and social justice approach in the design, implementation and evaluation of policies and programs that address mental health and psychosocial well-being, recognizing that mental well-being is deeply impacted by social determinants of health. The rights of people with mental health conditions need to be protected. Also, planned interventions should reach all people without risk of discrimination, marginalization, or stigma, including refugees, internally displaced persons, migrants, stateless persons, individuals exposed to sexual and gender-based violence, people living with HIV and vulnerable populations such as women, children and youth, elderly people and their caregivers, indigenous groups, people experiencing homelessness, and those in the justice system. A rights-based approach must also consider equitable access to services and support without distinction of any kind as to race, colour, age, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, disability, socioeconomic status, sexual orientation, gender identity or any other status. Particular attention should be paid to the gendered implications of mental health problems and their connection to social dynamics, gender roles and stereotypes.

4 COUNTERING THE STIGMA AND PREJUDICE TOWARDS PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS THROUGH TARGETED COMMUNICATION CAMPAIGNS

To reduce stigma, it is necessary to implement interventions based on the core principle of interpersonal contact, which relies on creating opportunities for either direct or virtual contact with people with lived or living experience of mental illness and is the most effective evidence-based method for reducing stigma, exclusion, discrimination, and prejudice. Such interventions can be targeted at specific groups in the community, such as healthcare professionals, police, employers, and teachers, or can be scaled up at population level. Providing training in mental health for these key front-line actors is useful, too.

Monitoring national stigmatising attitudes consistently over time, with validated and internationally shared measures which may also inform national mental health service standards, such as the indicators developed within the OECD performance framework for mental health or another measurement instrument jointly developed by coordinated effort of the G20 countries, would be helpful to consistently measure reductions in mental health stigma over time.

5 PROMOTE AND APPLY AN APPROACH TO MENTAL HEALTH BASED ON THE PARTICIPATION AND INVOLVEMENT OF INDIVIDUALS WITH MENTAL HEALTH CONDITIONS AND THEIR FAMILIES

Empowering mental health service users by working collaboratively with them, their families, and mental health services providers and administrators is instrumental to securing more effective and person-centred mental health systems. Moreover, in accordance with the applicable regulations on data protection, the routine collection of patient-reported data is needed to better understand outcomes and recovery from the perspective of mental health service users. In addition to greater involvement of people with lived and living experience of mental disorder and their families, community involvement is also important for primary, secondary, and tertiary prevention and reduction of stigma and marginalisation.



6 PROMOTE AND APPLY AN APPROACH THAT PUTS MENTAL HEALTH AND PHYSICAL HEALTH ON THE SAME LEVEL AND INCREASES ACCESS TO CARE THROUGH INNOVATIVE, TECHNOLOGICAL, WEB-BASED SOLUTIONS

To help put mental health on an equal footing with physical health, mental health services should be scaled up as an essential component of wider health service coverage and should be fully integrated into the response to other health priorities. The physical health of people with severe mental disorders should be closely monitored in such integrated care, with particular attention paid to vulnerable sociodemographic groups and populations that have been hit the hardest by the pandemic. Providing online assistance and making quality digital mental health resources available in accessible formats, is also recommended to eliminate unnecessary access barriers. Steps should be taken to develop and endorse a set of standards and principles aimed at ensuring that digital mental health solutions are clinically validated, ethical, efficacious, safe, sustainable, trustworthy, and usable. Capacity building activities should be further offered to support the integration of mental health services into COVID-19 response as well as increase access to technology and innovation related to mental health. Also, new working patterns demand new protections for workers' mental health. The impact of telework on workers' mental health should be researched and addressed to understand what new protections may be needed to protect workers' mental health.

7 PROMOTE AND APPLY AN APPROACH TO MENTAL HEALTH ACROSS THE LIFE COURSE

Mental health services and interventions should be planned to meet the varying and often complex needs of children, adolescents, caregivers, and families. To ensure that health service planning and allocation of funding actually meet the needs of children, caregivers, and service providers, mental health budgets should also support specific maternal, child and youth mental health services. Further, mental health issues and services for those who provide services to children and adolescents, such as educators, should be considered. To this end, promoting mental health care at schools and ensuring that school health services address mental health is essential. Large-scale data on the mental health and well-being of children and young people through ongoing surveillance and monitoring are also useful, especially focusing on the gaps in research about the impacts of co-occurring stressful and traumatic events that stem from the COVID-19 pandemic. These data must be properly curated, duly protecting the confidentiality of information.

Children and adolescents should also be actively engaged in the development of mental health services and interventions, as their involvement is critical to provide effective and relevant services, and their voices and experiences are central if services are to be effective in catering for their needs. In addition, government and countries need to put in places strategies to address the mental health needs of older adults and their caregivers. It should be acknowledged that different countries may have different priority populations, and that these dissimilarities should be considered when developing supports and services.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**

"PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ"

2^a Conferenza Nazionale
promossa dal Ministero della Salute

Roma 25 - 26 giugno 2021
diretta streaming



Ministero della Salute



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

Venerdì 25 giugno Ore 10.00 - 13.00

**VERSO UN SISTEMA PER LA SALUTE MENTALE
UNIVERSALE, INCLUSIVO E PARTECIPATO**

- In apertura, proiezione video da "I Giardini di Abele", Sergio Zavoli/RAI, 1968
- Ministro della Salute, Roberto Speranza
- Ministro della Giustizia, Marta Cartabia
- Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Andrea Orlando
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle P.A. - Presidente della Regione Molise, Donato Toma
- Presidente del Consiglio Nazionale Associazione Nazionale Comuni Italiani, Enzo Bianco
- Direttore Dipartimento Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'OMS, Dévora Kestel

**SEZIONE TESTIMONIANZE DI UTENTI, FAMIGLIE,
OPERATORI, STRUTTURE ATTIVE NEL SETTORE.**

- Massimo Cirri, conduttore radiofonico di RAI Radio2 e psicologo

**L'ESPERIENZA ITALIANA
NEL CONTESTO INTERNAZIONALE**

- Giovanni Leonardi, Segretario generale del Ministero della Salute
- Benedetto Saraceno, Segretario generale del Lisbon Institute for Global Mental Health



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

Ore 14.00 - 18.30

PER UNA TRASFORMAZIONE RESPONSABILE E PARTECIPATA
Sessioni parallele in gruppi di lavoro

Ore 14,00-16,00



- 1.** La qualificazione e l'organizzazione dei servizi per una salute mentale di comunità.
Coordinatori: Roberto Mezzina - Mila Ferri
Rapporteur: Angelo Fioritti
Relatori: Giuseppe Cardamone - Vito D'Anza - Gaetano De Mattia - Guido Faillace - Gerardo Favaretto
Silvia Grazzini - Davide Lazzari - Luciano Marcon - Tiberio Monari - Emiliano Monzani - Gaspare Motta
Irene Pontarelli - Daniela Rebecchi
- 2.** La salute mentale dei minori, degli adolescenti e dei giovani adulti: servizi, famiglia e scuola.
Coordinatori: Maria Antonella Costantino - Liviana Marelli
Rapporteur: Ornella Bettinardi
Relatori: Antonella Anichini - Roberta Balestra - Claudio Bencivenga - Alessandra Bocchino - Maurizio Bonati
Raffaele Bracalenti - Corrado Celata - Tiziana Corsini - Cristiana Coviello - Giancarlo Rigon - Erika Russo
Maria Luisa Scattoni - Tiziano Vecchiato
- 3.** Azioni preventive e presa in carico nelle popolazioni migranti e nei contesti custodiali.
Coordinatori: Mauro Palma - Gianfranco Costanzo
Rapporteur: Pietro Pellegrini
Relatori: Massimiliano Aragona - Corrado Barbui - Agostina Belli - Stefano Cecconi - Stefano Costa
Don Virginio Colmegna - Francesco Colosimo - Franco Corleone - Giulio Fornero - Tommaso Maniscalco
Donatella Miccinesi - Giuseppe Nese - Giuseppe Nicolò - Giuseppina Paulillo
- 4.** Il lavoro di équipe in salute mentale: professioni e formazione.
Coordinatori: Rossana Ugenti - Maria Grazia Giannichedda
Rapporteur: Antonello D'Elia
Relatori: Raffaele Barone - Gian Luigi Bettoli - Angelo Bottini - Cristina Brandolin - Paola Carozza
Marco D'Alema - Secondo Fassino - Silvio Garattini - Luigi Janiri - Silvana Mordegli - Anna Maria Tanzi
Domenico Tancredi - Sarantis Thanopoulos



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

Ore 16,30-18,30



5. Sistema informativo e valutazione delle attività nei servizi di salute mentale.

Coordinatori: Gemma Calamandrei - Fabrizio Starace

Rapporteur: Antonio Lora

Relatori: Mauro Carta - Giulio Castelpietra - Giovanni Corrao - Miriam Di Cesare - Antonio Gaudio
Alessio Saponaro - Paolo Stagi - Ilaria Tarricone - Franco Veltro

6. I percorsi di presa in carico: buone e cattive pratiche.

Coordinatori: Giovanna Del Giudice - Paolo Peloso

Rapporteur: Morena Furlan

Relatori: Anna Maria Accetta - Silvia Bon - Emanuele Bruno - Renzo De Stefani - Riccardo Fabbretti
Giovanni Fassone - Flavio Lipari - Marcello Macario - Giovanni Rossi - Maria Rosa Santomauro - Michele Sanza
Maria Cristina Soldi - Grazia Zuffa

7. Lavoro, abitazione, sostegno alla vita indipendente: attori e strumenti per l'inclusione sociale.

Coordinatori: Massimo Cozza - Angelo Marano

Rapporteur: Leopoldo Grosso

Relatori: Fabio Albano - Rita Amore Bonapasta - Simone Bruschetta - Antonella Cammarota - Loredana Capitani
Domenico Castronuovo - Marinella Cornacchia - Gemma Del Carlo - Stefano D'Offizi - Gianmario Gazzi
Giampiero Griffo - Riccardo Ierna - Pietro Pellegrini

8. Il ruolo delle associazioni di utenti, familiari e del volontariato nei servizi di salute mentale.

Coordinatori: Gisella Trincas - Barbara Rosina

Rapporteur: Paolo Macchia

Relatori: Pietro Vittorio Barbieri - Maria Grazia Bertelloni - Stefania Buoni - Felicia Giagnotti - Marco Maria Goglio
Eluisa Lo Presti - Paolo Morabito - Luca Negrognolo - Anna Maria Palmieri - Luciano Rizzi - Laura Vittani - Ugo Vona

Ore 18,30-19,30



Dario D'Ambrosio presenta il video del Teatro Patologico.



Per una
**SALUTE MENTALE
DI COMUNITÀ**



Ministero della Salute

Sabato 26 giugno Ore 10.00 - 12.30

DALLO STATO DELL'ARTE AGLI IMPEGNI CONDIVISI

- Silvio Brusaferro, Presidente dell'Istituto Superiore di sanità
- Nerina Dirindin, Esperta del Ministro in materia di economia e politica sanitaria
- Rapporteurs dei gruppi tematici
- Conclusioni a cura del Segretario Generale Giovanni Leonardi in collaborazione con le Direzioni Generali del Ministero della Salute

**MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE
E INFORMAZIONI SULLA CONFERENZA:**

è online la pagina web dedicata

www.salute.gov.it/conferenzasalutementale



Quando mamma o papà hanno qualcosa che non va

Miniguia alla sopravvivenza per i figli di genitori con un disturbo mentale



*ADULT CHILDREN OF PARENTS WITH SCHIZO-AFFECTIVE
AND OTHER MOOD DISORDERS (U.S.A. & International)*

<https://www.facebook.com/groups/35021114281/>

Si tratta di un gruppo di *peer support* in lingua inglese creato su Facebook da una figlia americana, Melisande Randall, per offrire un luogo in cui, attraverso la condivisione di esperienze ed il principio del mutuo aiuto tra pari, potersi sentire al sicuro nell'esprimere ed elaborare con persone accomunate da storie simili alla propria vissuti dolorosi che difficilmente trovano spazio nella vita di tutti i giorni. All'interno del gruppo è possibile anche condividere notizie e iniziative che riguardano la salute mentale ed in particolar modo i figli di genitori affetti da patologie psichiatriche. Nel momento in cui scriviamo il gruppo conta circa 470 iscritti.

*CHILDREN AND DAUGHTERS & SONS OF PARENTS WITH
MENTAL ILLNESS (Canada & International)*

<https://www.facebook.com/groups/95113476577/>

Il gruppo, creato su Facebook dal franco-canadese Christophe Bedeaux, è una risorsa importante in lingua inglese sia per il mutuo aiuto tra pari, sia per chi vuole essere aggiornato sulle novità che riguardano la ricerca e le innovazioni nel campo della malattia mentale, della prevenzione e di un approccio orientato alla cura dell'intero nucleo familiare. Il gruppo ha al momento raggiunto circa 530 membri.

*INTERNATIONAL DAUGHTERS AND SONS WITH LIVED
EXPERIENCE NETWORK*

È un gruppo internazionale informale che riunisce figli e figlie adulti che nel mondo si sono fatti leader e portavoce delle istanze di chi cresce

rappresentati, Stati Uniti, Canada, Australia, Italia, Francia, Singapore, Finlandia, Gran Bretagna, Danimarca. Fra loro vi sono blogger, registi, scrittori, podcaster, ricercatori, psicoterapeuti, psichiatri, conference speaker, creatori di siti web e gruppi di *peer support*, consulenti e attivisti. Inizialmente fondato dall'australiana Nerrelle Goad nel 2011, dal 2014 chi scrive è l'amministratrice primaria del gruppo, rappresentante per l'Italia e fondatrice nel 2011 del primo gruppo di auto mutuo aiuto italiano su Facebook "Figli di Genitori con un Disturbo Mentale".

Co-amministratrice dal 2016 è la regista americana Lisa Ford, autrice del cortometraggio "The Wish Horse", che racconta la storia di un fratello e una sorella e della loro mamma affetta da un grave disturbo psichico.

IL BLOG MIA MADRE È BIPOLARE (Italia)

<http://www.miamadrebipolare.blogspot.it>

È il blog creato a febbraio del 2010 dalla figlia di una madre affetta da disturbo bipolare, per creare uno spazio in cui, protetta dall'anonimato consentito dalla rete, poter condividere la propria esperienza di figlia e, rompendo il tabù e lo stigma, permettere ad altri figli di identificarsi nelle storie e nelle emozioni raccontate per scoprire di non essere soli. Ampio spazio è dedicato, inoltre, alle risorse disponibili in Italia e nel mondo. Il blog ha da poco superato le 275 mila visite e ottenuto oltre 450 commenti, segno che la problematica è molto diffusa e necessita urgentemente di risposte concrete sul territorio.

COMIP - CHILDREN OF MENTALLY ILL PARENTS -

Associazione di Promozione Sociale

<http://www.comip-italia.org/>

<http://facebook.com/comip.italia>

È la nostra associazione, la prima in Italia creata da e per i figli di

La collana del NonProfit

a cura del Cesvol della provincia di Terni.

La Collana del non profit è una raccolta di numeri monotematici nata all'interno del Bando *Un invito a proporre idee e contenuti per pubblicazioni sulle tematiche sociali e di interesse per il volontariato*. Affronta e approfondisce temi di interesse per chi opera nel volontariato, nel terzo settore, nella pubblica amministrazione e nella ricerca sociale ed è pensata per dare voce al volontariato che si esprime attraverso le attività dei suoi operatori con il fine di testimoniare buone pratiche, modelli di cittadinanza attiva e mantenere viva la sua memoria storica.

I titoli in collana

1. Ass. Contrada Crux Burgi; Teresa Quadraccia (a cura di), *Vita di contrada. Attività, sviluppi, motivazioni e socializzazione nella vita della Contrada Crux Burgi di Amelia*. (2015)
2. Ass. EsedomaniTerni, Michael Crisantemi, *Io vi dichiaro. Sul matrimonio egualitario e altre forme di riconoscimento giuridico delle relazioni tra persone dello stesso sesso*. (2015)
3. Anna Maria Civico, *Un sentimento di benessere collettivo. Il corpo-voce in musicoterapia. Prevenzione e promozione del benessere e della salute nell'esperienza delle donne*. (2015)
4. Ass. Oltre il visibile; Roberta Boccacci e Fulvio Di Dio (a cura di), *La psiche non è un film. Approccio cinematografico all'insondabile umano nella programmazione di Oltre il Visibile*. (2016)
5. Centro sociale Ferriera; Roberto Pizzotti (a cura di), *Focus sul quartiere. Ben essere... qualità e stile di vita degli abitanti del quartiere San Giovanni Cospea*. (2016)
6. Ass. L'Albero di Antonia Centro Antiviolenza Orvieto (a cura di), *Fare centro: donne insieme libere dalla violenza*. (2016)
7. Ass. Toto Corde; Francesca Capitani (a cura di), *I Nostri Ragazzi. Storia di un Festival indoor*. (2016)

8. Cristina Montesi, *Il paradigma dell'economia civile. Radici storiche e nuovi orizzonti*. (2016)
9. Ass. Altopiano, *riabilitARTE*. (2017)
10. Ass. OCC, *Fai volare la speranza*. (2017)
11. Arciragazzi Casa del Sole, *Bambini e ragazzi cittadini attivi*. (2017)
12. Mario Pagliacci e Cristina Montesi (a cura di), *Cibo, salute e benessere*. (2017)
13. Artò; Elena Bussolotti (a cura di), *EcoCustodiAttiva. Ecologia creativa: passi concreti di EcoPedagogia*. (2018)

Tutti i titoli della collana sono consultabili in Internet alla pagina:
<http://www.cesvol.it/documentazione/pubblicazioni/>

I lettori che desiderano informarsi su tutti i libri realizzati dal Cesvol della provincia di Terni possono consultare il nostro sito Internet alla pagina www.cesvol.it o scrivere una mail a comunicazione@cesvol.net

I titoli in collana

1. Ass. Contrada Crux Burgi; Teresa Quadraccia (a cura di), *Vita di contrada. Attività, sviluppi, motivazioni e socializzazione nella vita della Contrada Crux Burgi di Amelia*. (2015)
2. Ass. EsedomaniTerni, Michael Crisantemi, *Io vi dichiaro. Sul matrimonio egualitario e altre forme di riconoscimento giuridico delle relazioni tra persone dello stesso sesso*. (2015)
3. Anna Maria Civico, *Un sentimento di benessere collettivo. Il corpo-voce in musicoterapia. Prevenzione e promozione del benessere e della salute nell'esperienza delle donne*. (2015)
4. Ass. Oltre il visibile; Roberta Boccacci e Fulvio Di Dio (a cura di), *La psiche non è un film. Approccio cinematografico all'insondabile umano nella programmazione di Oltre il Visibile*. (2016)
5. Centro sociale Ferriera; Roberto Pizzotti (a cura di), *Focus sul quartiere. Ben essere... qualità e stile di vita degli abitanti del quartiere San Giovanni Cospea*. (2016)
6. Ass. L'Albero di Antonia Centro Antiviolenza Orvieto (a cura di), *Fare centro: donne insieme libere dalla violenza*. (2016)
7. Ass. Toto Corde; Francesca Capitani (a cura di), *I Nostri Ragazzi. Storia di un Festival indoor*. (2016)