



AGCI
ASSOCIAZIONE
GENERALE
COOPERATIVE
ITALIANE



CONFCOOPERATIVE
CONFEDERAZIONE COOPERATIVE ITALIANE

LEGACOOP

MEMORIA

Disegno di legge “*Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all’attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla legge 13 maggio 1978, n.180*” (A.S. 734)

e

Disegno di legge “*Disposizioni in materia di tutela della salute mentale*” (A.S. 938)

L’Alleanza delle Cooperative Italiane è il coordinamento nazionale costituito dalle Associazioni più rappresentative della cooperazione italiana (AGCI, Confcooperative, Legacoop). Con 39.500 imprese associate rappresenta oltre il 90% del mondo cooperativo italiano per persone occupate (1.150.000), per fatturato realizzato (150 miliardi di euro) e per soci (oltre 12 milioni)

1. PREMESSA

Nel 2019¹, 1 persona su 8, ovvero 970 milioni di persone in tutto il mondo, viveva con un disturbo mentale, ansia e depressione i più comuni: in particolare 301 milioni di persone vivevano con un disturbo d'ansia (tra cui 58 milioni di bambini e adolescenti), 280 milioni di persone convivevano con la depressione (tra cui 23 milioni di bambini e adolescenti). Disturbi, questi ultimi, che sono aumentati in modo significativo a causa della pandemia di COVID-19. Le prime stime mostrano un aumento rispettivamente del 26% e del 28% per l'ansia e per i disturbi depressivi maggiori in un solo anno.

A queste forme di disagio mentale più diffuso si affiancano 40 milioni di persone con disturbo bipolare, 24 milioni di persone che soffrono di schizofrenia, 14 milioni di persone hanno sperimentato disturbi alimentari (quasi 3 milioni di bambini e adolescenti), 40 milioni di persone, compresi bambini e adolescenti, convivevano con un disturbo comportamentale ~~dissociale~~. Senza contare un numero crescente, anche grazie alla migliorata capacità di diagnosi, di disturbi connessi al neurosviluppo.

A livello globale, i servizi di assistenza non coprono l'intero spettro dei bisogni delle persone con un disturbo mentale non in termini di farmaci, ma anche di supporto sanitario, sociosanitario e sociale, inclusi alloggio, occupazione, istruzione e supporto legale. Nel 2020 meno del 45% dei Paesi ha riferito di aver fornito uno di questi tipi di servizio e solo il 24% dei Paesi ha dichiarato di averli forniti tutti.

In questo quadro l'Italia seppur rappresenti un modello, disponendo di una legislazione tra le più pionieristiche al mondo e di un'infrastruttura di servizi rivolti alla salute mentale sviluppate anche grazie al concorso fondamentale delle cooperative sociali, sanitarie e sociosanitarie nel corso di quattro decenni, a fronte dell'ampliarsi del bisogno in quest'area sconta una crescente difficoltà a corrispondere servizi adeguati a quanti ne hanno bisogno.

Anche nel contesto italiano le principali analisi epidemiologiche in materia di salute mentale configurano un quadro particolarmente allarmante: la platea di popolazione affetta da disturbi psichici è in continua crescita, con necessità di risposte integrate e complesse; le problematiche legate al disagio psichico restano cronicamente sottostimate; l'età di insorgenza del disagio si sta riducendo e aumentano i giovani che ne soffrono considerando che l'infanzia e l'adolescenza rappresentano le fasi in cui insorgono circa il 50% dei disturbi psichiatrici riscontrabili nell'adulto. Nonostante ciò, le problematiche legate al disagio psichico restano cronicamente sottostimate sul piano dell'impatto epidemiologico, sociale e familiare.

I dati evidenziano come all'aumento delle sofferenze corrisponda una crescente difficoltà dei servizi nel garantire la diagnosi e nel fornire interventi adeguati, non solo nei confronti dei pazienti in età adulta, ma anche e soprattutto in relazione al bacino di popolazione minorenni a rischio la quale, invece, trarrebbe grande beneficio dalla diagnosi precoce, momento essenziale per prevenire e limitare sviluppi successivi del disagio psichico.

Un indicatore chiaro di questo, che rappresenta una delle principali criticità, è la quota di spesa sanitaria destinata alla tutela della salute mentale che ammonta (anno 2020) a poco più del 3% del Fabbisogno Sanitario Nazionale, mentre i principali Paesi ad alto reddito ne dedicano più del 10%².

¹ Fonte: OMS 2022; *World mental health report: transforming mental health for all*.

² Rispetto al complesso della spesa sanitaria la Francia destina alla salute mentale il 14,5%, la Germania l'11,3%, il Regno Unito il 9,5%, la Spagna il 5,0%, il Portogallo il 5,2%. Fonte: Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP)

Per questa ragione l'Alleanza delle Cooperative Italiane accoglie con favore la ratio sottesa ai disegni di legge oggetto della presente memoria, che hanno il merito di accendere un riflettore su una materia spesso frequentemente trascurata ignorata in modo ingiustificato, avanzando una proposta organica rispetto al sistema "tutela della salute mentale" nel quadro del SSN toccando una serie di temi di sicuro interesse per la cooperazione.

2. LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CRITICITÀ DI SISTEMA

Il "Piano di azioni Nazionale per la Salute Mentale" indicava già nel datato 2013 (bene, in questo senso, l'articolo 4 dei DDL che prevede un aggiornamento di tale documento strategico) le caratteristiche dell'intervento terapeutico-riabilitativo in ambito psichiatrico: valutazione multidimensionale del bisogno, presa in carico multidisciplinare, continuità delle cure, personalizzazione del progetto, differente intensità dei percorsi in rapporto ai bisogni, flessibilità dei servizi, integrazione degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Indicazioni poi ribadite nel 2017 dal dPCM di aggiornamento dei LEA, che tuttavia scontano una serie di problematiche, alcune di lunga data altre più recenti, le quali hanno frenato la piena realizzazione del modello di servizi definito negli atti legislativi e negli indirizzi di programmazione, succedutisi in questi decenni, precludendo così una piena esigibilità dei Livelli Essenziale di Assistenza da parte dei pazienti.

Sebbene queste possano declinarsi diversamente da regione a regione, alcuni elementi sono trasversali:

- eterogeneità dei modelli organizzativo-gestionali della psichiatria nel territorio, tra una regione e l'altra ma anche all'interno della stessa regione;
- (conseguentemente) crescenti disparità territoriali nei livelli di assistenza offerti ai cittadini; i piani di salute integrati, ove presenti, che definiscono le linee strategiche ed operative dei servizi di salute mentale non corrispondono ai servizi offerti;
- recrudescenza di tendenze tese alla medicalizzazione del rapporto con i pazienti in contesti istituzionalizzanti, a scapito di forme di residenzialità terapeutica e/o leggera (comunità terapeutiche, gruppi appartamento, sostegno all'abitare, domiciliarità);
- cesura tra servizi sociali e sanitari, rispetto ai quali persiste una grande difficoltà di integrazione; cesura fra i servizi di salute mentale infanzia e adolescenza e servizi di salute mentale adulti;
- interventi riabilitativi che assumono spesso connotati "prestazionali" anziché essere inseriti nel quadro di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale che attraversa i diversi momenti della vita delle persone;
- metodologie di determinazione del costo/retta delle strutture residenziali e semi-residenziali ancora fortemente legata alla logica del "posto letto" quindi paramtrate prevalentemente rispetto ai costi di natura strutturale;
- incongruenza, in molte regioni, delle tariffe rispetto ai costi gestionali ed organizzativi reali (es. molti tariffari regionali non sono stati aggiornati in seguito agli incrementi del costo del personale conseguente ai rinnovi periodici dei CCNL);
- eccesso di standardizzazione delle prestazioni rispetto a bisogni spesso non standardizzabili, dinamica che in molti casi ha generato una rigidità dei servizi verso i nuovi bisogni che avanzano e che non trovano risposta in standard definiti, con il rischio di incrementare nuove forme di cronicità;

- carenze di risorse per i servizi di salute mentale rivolti all'infanzia e all'adolescenza (a fronte dell'aumento di circa l'8/9% annuo di casi) con la necessità impellente di investimenti che ne consentano la crescita e la diffusione ben oltre il mero mantenimento dell'attuale offerta, già ampiamente insufficiente ad arginare l'effettivo bisogno.

Sul settore grava anche l'assenza di coperture sanitarie integrative pensate e sostenute per rispondere alle esigenze assistenziali connesse al disagio mentale. Il cittadino con problematiche psichiche e la sua famiglia, quindi, si trovano stretti tra un sistema pubblico in affanno e forme di sanità integrativa non supportate attraverso meccanismi di sostegno ed agevolazione ad hoc che consentano di coprire queste esigenze. I costi diretti dell'assistenza rappresenteranno una quota minore di spesa che potrebbe prevenire costi indiretti assai più alti, in termini di perdita di produttività, di autonomia, di erosione della vita relazionale, elementi che corrono il rischio di diventare cronici.

Si auspica che ciò sia preso seriamente in considerazione nel momento in cui si aprirà una riflessione strutturata sul ruolo della sanità integrativa, con alta soglia di attenzione per evitare il rischio di forme di compravendita di servizi ai cittadini.

Infine, come già accennato in precedenza, sul quadro della tutela salute mentale pesa certamente uno stanziamento di risorse pubbliche non adeguato e stagnante nel tempo, di poco superiore al 3% del FSN, cioè circa 4 miliardi, rispetto ad una necessità stimata intorno al 5% dello stesso (circa 6 miliardi). I processi di cambiamento sui servizi di salute mentale non possono essere trattati sotto forma di stock economico, ma **solo** sotto forma di flusso economico, per evitare che i progetti innovativi che si realizzano sui territori siano realizzati "a scadenza" e non "in continuum" non prevedendo la continuità terapeutica e la conseguente evoluzione progressiva del progetto individualizzato.

3. VISIONE E MODELLI DELLA COOPERAZIONE NELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE

Le imprese aderenti all'Alleanza delle Cooperative Italiane promuovono una visione della salute mentale come fattore determinante per il benessere di una comunità, da perseguire sia sul piano terapeutico-assistenziale che in termini di integrazione e capacitazione sociale della persona, attraverso il recupero dei diritti della cittadinanza (abitare, lavorare, vita relazionale).

In quest'ottica la strutturazione di una rete territoriale di servizi, intesa come l'insieme degli interventi rivolti agli adulti, ai minori e ai soggetti caratterizzati da particolari complessità (doppia diagnosi, autori di reato, etc.) in grado di coniugare la dimensione sanitaria e sociosanitaria con quella più propriamente sociale, è una sfida ambiziosa che ha trovato sin dalle origini, nelle cooperative, un partner essenziale.

La salute mentale territoriale si configura infatti, forse più di altri, come un settore dove la sinergia tra servizio pubblico e privato cooperativo è imprescindibile e da un suo rafforzamento trarrebbe giovamento l'intero sistema. È necessario costruire un cambio di paradigma, nel quale una efficace co-programmazione consenta una co-gestione reale del sistema dei servizi. Le molteplici esperienze in atto che in molti territori hanno adottato i Budget di salute come metodologia efficace e adeguata a realizzare risposte non assistenzialistiche, bensì e-capacitanti per le persone con sofferenza psichica, devono essere ulteriormente sostenute.

Tale sinergia si dovrebbe realizzare rispetto ad una duplice direttrice

Per quanto attiene il welfare in generale, attraverso politiche ed azioni che facciano **dell'assistenza primaria il baricentro del sistema**, integrando professionalità e servizi (domiciliari, ambulatoriali, residenziali, diurni, ospedalieri). Un modello in grado di prendere in carico anche bisogni assistenziali

complessi, come quelli connessi alle patologie psichiatriche, ai disturbi dell'età evolutiva, alle sofferenze connesse all'abuso di sostanze, e non solo, completando l'offerta attraverso coperture integrative.

In questo senso la cooperazione sociale e sociosanitaria si è mostrata storicamente capace di intercettare i nuovi bisogni e costruire risposte coerenti con il tema del benessere, dell'equità di accesso ai percorsi di salute e alla cura delle relazioni, non solo quindi come mero strumento operativo.

Per quanto attiene invece specificamente la salute mentale, mediante in **modello basato sulla Recovery**, intesa come superamento di una presa in carico puramente assistenzialistica a favore di un concetto di cura che implichi l'appropriazione di un'identità sociale, riacquisendo le abilità compromesse dal disturbo mentale e diventando attore principale della propria esistenza.

Nella recovery si collocano tutti i servizi del Terzo Settore che hanno come obiettivo la piena integrazione nella comunità e il miglioramento della qualità di vita per le persone a cui è stato diagnosticato un problema di salute mentale. L'approccio alla riabilitazione psichiatrica fondato sulla recovery, non prevede la necessità di "luoghi esclusivi", ma piuttosto di setting specifici per l'attuazione degli interventi multiprofessionali effettuati da equipe specificamente formate ed inserite in contesti comunitari. In quest'ottica, i servizi per la salute mentale, sono intesi non solo e non tanto come strutture quanto come interventi ed azioni che mettono al centro la persona in quanto soggetto attivo del suo progetto personalizzato di cura.

Lo strumento principale per governare il processo riabilitativo lungo queste due direttrici facendone un percorso evolutivo è il **Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI)**; esso comprende uno o più programmi, ciascuno articolato in specifici interventi, dove vengono indicati gli obiettivi, le tempistiche, i professionisti implicati e responsabili del percorso, nonché gli elementi per la verifica dei risultati. Viene definito ed elaborato dall'equipe riabilitativa multiprofessionale attraverso la negoziazione, dove possibile, con la persona e con la famiglia e sostenuto con un budget di cura, strumento che non sostituisce il sistema di remunerazione basato su tariffe specificamente riconducibili ai singoli interventi terapeutico-riabilitativi in cui si sostanzia il PTRI, ma si aggiunge a tali risorse con l'ambizioso obiettivo, che ha trovato sin dalle origini nelle cooperative un alleato essenziale, della strutturazione di una rete di servizi nel territorio, in grado di coniugare la dimensione sanitaria con quella assistenziale e riabilitativa.

In quest'ottica il PTRI deve configurarsi come un percorso di riacquisizione dell'autonomia e della salute della persona che considera fondamentali i determinanti sociali della stessa: la casa, il lavoro, una vita sociale significativa. Sono quindi necessarie politiche e risorse sanitarie e sociali, per consentire integrazione ed inclusione. Non ci possono essere salute e benessere senza la possibilità di sviluppare un proprio progetto di vita.

Sul fronte della casa, esistono una pluralità di possibilità messe in campo dalla cooperazione: si va dalle case Comunità Terapeutico-Riabilitative alle residenze con un'assistenza sulle 24 ore, inserire il modello della comunità **terapeutica democratica**, sino alle esperienze di housing first. Pertanto, a seconda delle necessità, dei bisogni e delle capacità, la proposta deve rimanere legata alle domande che le persone pongono e prevedere un continuum, che va dal versante più strettamente sanitario a quello più specificatamente sociale, differenziando qualitativamente e quantitativamente, il grado di supporto necessario affinché le persone possano esercitare il proprio diritto all'abitare autonomo. Necessità di strumenti condivisi e generali di autovalutazione e valutazione dei desideri e del bisogno delle persone che afferiscono ai servizi di salute mentale, in ottica di coerenza ai principi di recovery già espressi.

Al di là della variabilità dei modelli regionali, come Alleanza delle Cooperative riteniamo che una buona residenzialità e semi-residenzialità terapeutica dovrebbe considerare l'abitare, nelle sue varie forme ed

articolarioni, come strumento per la realizzazione del PTRI ed è quindi necessario ripensare la residenzialità psichiatrica incentivando e promuovendo le strutture territoriali extra ospedaliere e le diverse forme di sostegno all'abitare. Si sono dimostrate efficaci in tal senso la messa a disposizione di un sistema di opportunità sull'asse abitare a partire dall'analisi e co-programmazione in grado di assumere coinvolgendo il partner del TS obiettivi evolutivi orientati alla capacitaizione e all'autonomia, utile in tal senso l'identificazione di *best practices* regionali da mettere a disposizioni se replicabili sul sistema nazionale

In una logica di continuum assistenziale vanno inoltre sempre rafforzati gli interventi domiciliari, anche sperimentando metodologie ad alto contenuto innovativo³, funzionale ad un'evoluzione della rete territoriale dei servizi dedicati alla tutela della salute mentale. In particolare, esso si concretizza mediante l'attuazione di attività tese al mantenimento/miglioramento dei livelli di autonomia e delle condizioni psichiche.

Per quanto attiene il lavoro, la cooperazione sociale di inserimento lavorativo sin dalle sue origini offre contesti formativi ed abilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo a persone in condizione di fragilità, creando le condizioni migliori per acquisire uno status di lavoratore e socio all'interno della cooperativa stessa. La cooperativa di inserimento lavorativo è in questo senso non solo un luogo di formazione e di lavoro ma anche di relazioni, in grado di creare opportunità lavorative promuovendo azioni sul territorio con aziende sensibili alla tematica della marginalità e dell'inclusività. Un lavoro che comprende quella formazione professionale ed accompagnamento che si rivolge anche alle fasce più giovani particolarmente esposte al rischio di abbandono scolastico. Un lavoro inteso come "cre-azione", teso allo sviluppo di abilità non convenzionali, legate alle più varie espressioni artistiche, che possono trovare spazio ad esempio nella cooperazione culturale, di turismo e sportiva. Il lavoro inteso come integrazione fra la formazione e tirocinio, nonché la creazione di posti di lavoro nel mondo profit che grazie alla cooperazione sociale diventano accessibili attraverso l'attivazione di convenzioni specifiche (L.68/99). La cooperazione può essere vettore di cambiamento non solo offrendo contesti di lavoro "vero" ma anche contrastando quei pregiudizi e quello stigma che rappresentano una delle maggiori criticità che le persone con sofferenza psichica devono superare nel loro cammino verso l'autonomia.

L'intento è quello di passare da un assetto di tipo assistenziale a un assetto economico di comunità, nel quale il finanziamento dei progetti terapeutici individuali cessa di essere a fondo perduto, per trasformarsi in elemento di sviluppo socioeconomico locale, sia diretto, dovuto alla produzione di merci del welfare comunitario, sia indiretto, mediante lo sviluppo di luoghi lavorativi.

Infine, per quanto attiene il diritto alla socialità, le esperienze delle cooperative sociosanitarie e sociali sono improntate a generare e mantenere opportunità attraverso le quali le persone possano esprimere creatività e spirito di iniziativa, lavorando in maniera produttiva, azioni che stimolano l'empowerment e l'autonomia con azioni volte a favorire protagonismo, responsabilità e partecipazione. In particolare, le esperienze creative ed espressive di gruppo mirano ad innescare processi di acquisizione di abilità e competenze in grado di produrre incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione, per far emergere risorse latenti e portare l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.

³ Un ruolo importante, nell'ambito dell'assistenza domiciliare psichiatrica, lo assume anche la telemedicina per la salute mentale, un supporto specialistico che implica la fornitura di una serie di servizi che include le valutazioni psichiatriche, approcci terapeutici mirati, l'educazione del paziente e la gestione farmacologica

4. PROPOSTE GENERALI ED OSSERVAZIONI SUI DDL IN OGGETTO

L'Alleanza delle Cooperative Italiane, come già accennato in premessa, condivide l'obiettivo sotteso ai DDL teso a rilanciare, attraverso un atto legislativo organico, il settore della tutela della salute mentale al fine di riaffermare i diritti e migliorare la cura e presa in carico dei cittadini con tali problematiche.

Ciò deve avvenire attraverso un rafforzamento della partnership pubblico/privato, dove il ruolo della cooperazione sociale e sociosanitaria si presenta come irrinunciabile e imprescindibile. In particolare, la corretta progettazione dei servizi e l'efficace realizzazione degli interventi passano per il riconoscimento della centralità del Dipartimento di Salute Mentale pubblico che attraverso le proprie articolazioni territoriali (Centri di Salute Mentale) ne governa la loro attuazione in una logica di co-programmazione e co-gestione pubblico-privato. Sono dunque necessarie forme di partenariato funzionali alla condivisione e alla co-programmazione degli interventi, con il coinvolgimento non solo dell'equipe di riferimento ma anche della rete familiare, nonché delle altre componenti associative (famigliari, utenti, peer). Tale modalità è inoltre fondamentale per contrastare forme di medicalizzazione e neo-istituzionalizzazione, garantendo invece flessibilità e adattabilità alle specifiche situazioni, in modo da rispondere adeguatamente ai desideri e bisogni degli utenti.

In questo senso, per rispondere alle criticità messe in evidenza nel corso della trattazione (in particolare paragrafo 2) e per creare le condizioni idonee alla realizzazione dei modelli poc'anzi esposti (paragrafo 3) l'Alleanza delle Cooperative Italiane avanza le seguenti proposte.

- Potenziare le azioni **in chiave preventiva e gli interventi sugli esordi precoci di malattia** in grado di rispondere con tempestività ed efficacia mettendo a disposizione un sistema di opportunità che privilegia sempre interventi nel contesto di vita e nella comunità per le persone con sofferenza psichica.
- Diffondere ed incentivare **modelli di intervento fondati sul paradigma della recovery.**
- Sostenere **modelli di abitare inclusa le varie possibilità di residenzialità e semi-residenzialità terapeutica che considerino l'abitare come potenziale strumento per la realizzazione di un PTRI.** Vanno pertanto valorizzate le filiere in grado di fornire risposte differenziate nelle varie fasi della malattia, dagli interventi di natura più terapeutico-riabilitativo, a quelli di maggior profilo sociale orientati all'abitare in autonomia e alla socialità, nonché promosse e valorizzate forme di abitare assistito e di residenzialità leggera.
- Adottare **procedure di selezione fondate sul binomio accreditamento-accordo contrattuale,** privilegiando i soggetti in grado di garantire **standard qualitativi adeguati.**
- Superare la logica cliente-fornitore nel rapporto tra pubblico e privato, a favore di un **rapporto di tipo partenariale, volto alla co-programmazione e co-gestione dei progetti personalizzati e alla verifica dei risultati.** Un approccio in cui la cooperativa non è un gestore di strutture ma costruisce, nel e con il territorio, occasioni di abitare, lavoro e socialità. Da valorizzare in tal senso le esperienze di valutazione ed accreditamento tra pari per le varie forme di residenzialità come, ad esempio, il Progetto Visiting DTC in quanto strumento di monitoraggio e controllo partecipato sulla qualità delle risposte sull'asse abitare.
- Mettere in campo tutte le azioni utili a rafforzare **l'integrazione degli interventi sociali con quelli sanitari.**

- Supportare **con azioni mirate i percorsi di inserimento lavorativo**, rafforzando non solo i sostegni economici rivolti sia alla persona che alle cooperative sociali di inserimento lavorativo. Gli enti locali devono promuovere gli appalti riservati previsti dal Codice dei contratti pubblici a tale finalità, nonché le procedure ai sensi art 61. Adottare una strategia articolata che affronti il tema del lavoro “fragile” nella sua complessità attraverso la creazione di posti di lavoro veri che portino alla costruzione di reddito reale.
- Investire su **progettualità rivolte ai minori che privilegino interventi precoci e di prossimità nel contesto di vita, limitando per quanto possibile le risposte residenziali**, per ridurre il rischio di neo-istituzionalizzazione ed aumentare la possibilità di esiti positivi del percorso. Creazione di “equipe di transizione multidisciplinari” fra adolescenza ed età adulta che facilitano il passaggio fra i servizi della c.d. età di confine. Importanza del lavoro di prevenzione in ambito scolastico, che favorisce il superamento dello stigma e l’individuazione precoce delle problematiche.
- Incrementare progressivamente **fino al 5% le risorse del FSN dedicate alla salute mentale**.
- Remunerare i servizi **definendo condizioni tariffarie che tengano conto dei costi reali e congrui**, su base regionale, connessi agli elementi gestionali, organizzativi e funzionali previsti dalla normativa per il corretto e buon funzionamento delle strutture.
- Coinvolgere **le associazioni di rappresentanza delle cooperative nei tavoli di lavoro finalizzati alla revisione/implementazione dei requisiti di accreditamento**, in particolare in tema di residenzialità e semiresidenzialità, con l'obiettivo di implementare i percorsi di cura con criteri che qualifichino ulteriormente i servizi a partire dai bisogni degli utenti. Ruolo essenziale degli esperti per esperienza, delle associazioni di utenza, delle associazioni dei familiari che sono stakeholder dei servizi e della cooperazione.
- Prevedere **meccanismi di sostegno ed agevolazione di natura fiscale per le forme di sanità integrativa** riconosciute dall’ordinamento che agissero a copertura dei **costi sostenuti dai propri iscritti per prestazioni rivolte alla tutela della salute mentale**.

Nel merito dei DDL in esame si avanzano le seguenti osservazioni.

- **Richiamare il paradigma della “recovery”** negli articoli nei quali si valorizza il ruolo del Terzo Settore e la partecipazione dell’utenza alla definizione delle politiche e alla co-programmazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi (art. 2 comma 1; art. 3, comma e; art. 5, comma 3; art. 6 comma 1 e 2).
- L’articolo 8 (Centro diurno, strutture residenziali e percorsi di residenzialità) **va nella direzione auspicata** sebbene, è opportuno rimarcarlo, il “salto evolutivo” richiesto alla residenzialità **non deve avere come obiettivo il risparmio di risorse** ma lo sviluppo di modelli in grado **di integrare e modulare le diverse tipologie d’intervento** (residenziale, in centri diurno, abitare supportato, intervento domiciliari) rispetto alle condizioni delle persone e del loro progetto terapeutico-riabilitativo e/o socio-assistenziale.
- L’art. 11 affida in poche righe il destino dell’integrazione sociosanitaria all’adozione del Budget di salute, tuttavia **il processo del suo utilizzo, laddove si sta sperimentando, risulta complesso ed articolato. Si ritiene pertanto che tale previsione debba essere accompagnata** impegnando risorse specifiche alla sua implementazione ma anche favorendo processi di riconversione delle risorse stesse, **per evitare che uno strumento così importante per sostenere progetti terapeutici personalizzati e per valorizzare il contributo degli enti del Terzo Settore, sia adottato in modo residuale e di conseguenza poco efficace**.
- La maggior debolezza delle proposte legislative in commento risiede nella **completa assenza di riferimenti alla neuropsichiatria infantile quando sappiamo che più del 50% dei cronici hanno avuto i**

primi contatti con i servizi tramite la neuropsichiatria. In generale si riscontra una scarsa enfasi rispetto alla necessità di interventi precoci, in raccordo con le scuole, alla necessità che il personale scolastico sia formato in modo adeguato e che abbiano un'ottica longitudinale.

- Si sottolinea inoltre la necessità di **esprimere in modo esplicito e chiaro il rifiuto al ricorso a forme di contenzione meccanica** in quanto violano i diritti fondamentali della persona.
- Analogamente, **poca o nulla enfasi è posta sul problema della difficoltà di reperimento di personale qualificato**, da parte sia dei soggetti privati operanti nell'area della salute mentale che del sistema pubblico, elemento che condiziona qualsiasi piano di sviluppo futuro. Si rinvia in tal senso alla necessità di una semplificazione delle figure professionali di tipo educativo.
- **Il ruolo della medicina territoriale**, per quanto a più riprese richiamato, andrebbe rafforzato con **investimenti mirati alla formazione specifica di MMG e PLS** per far sì che il loro intervento possa facilitare una presa in carico precoce e tempestiva in quanto primi sanitari a venire a contatto con le patologie legate alla salute mentale.