24 settembre 2015

Audizione dell’ A.S.A.R.P. in Commissione Sanità Consiglio Regionale della Sardegna

**PREMESSA**

Il diritto alla salute, e quindi alla salute mentale, è un diritto costituzionale che implica, dal punto di vista bioetico, accesso alle cure e ai trattamenti, nel rispetto del principio della dignità della persona umana.

**Il Piano d’Azione Europeo per la Salute Mentale, approvato dal Comitato Regionale OMS per l’Europa il 10 luglio 2013 in Turchia**, individua sette obiettivi tra loro collegati e propone azioni efficaci e integrate volte a migliorare la salute e il benessere mentale nella Regione Europea.

Il Piano d’Azione Europeo per la Salute Mentale, sviluppato in consultazione con gli Stati Membri, riprende i quattro ambiti prioritari di Salute 2020 (*Health 2020*), la nuova politica di riferimento europea per la salute e il benessere, e fornisce un contributo diretto alla sua realizzazione. Ottempera inoltre alla Convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità fisica e psichica, e tiene conto del Patto europeo per la salute e il benessere mentale.

**Il Piano d’Azione, si ispira a tre valori complementari e alle visioni che ne derivano.**

(a) **Equità**: tutti devono avere la possibilità di raggiungere il massimo livello possibile di benessere mentale e di ricevere un’assistenza commisurata alle loro esigenze. Occorre contrastare qualsiasi forma di discriminazione, pregiudizio o negligenza che impedisce alle persone con problemi di salute mentale di godere appieno dei loro diritti e di accedere equamente alle cure.

*(b)* ***Empowerment*:** tutte le persone affette da problemi di salute mentale hanno il diritto, in qualsiasi fase della loro vita, di essere autonomi, di assumersi responsabilità e intervenire nelle decisioni che influiscono sulla loro vita, salute mentale e benessere.

(c) **Sicurezza ed efficacia**: le persone possono avere fiducia nella sicurezza e nell’efficacia di tutte le azioni e gli interventi mirati alla salute mentale della popolazione o al benessere delle persone affette da problemi di salute mentale.

Il Piano d’Azione propone un approccio basato su tre finalità interdipendenti e indivisibili che si rafforzano reciprocamente:

1°) **Migliorare il benessere mentale** delle popolazioni e ridurre il carico delle malattie mentali, concentrandosi in particolare sui gruppi vulnerabili, sull’esposizione ai fattori determinanti e sui comportamenti a rischio;

2°) **Rispettare i diritti delle persone** affette da problemi di salute mentale e offrire loro opportunità eque per il conseguimento della massima qualità della vita, contrastando lo stigma e la discriminazione.

3°) **Istituire servizi accessibili, sicuri ed efficaci**, in grado di rispondere alle aspettative e ai bisogni mentali, fisici e sociali delle persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie.

**I quattro obiettivi centrali del Piano d’Azione:**

1) tutti hanno le medesime opportunità di ottenere il benessere mentale a qualsiasi età e ciò vale in particolare per i soggetti più vulnerabili o a rischio;

2) le persone con problemi di salute mentale sono cittadini che vedono perfettamente riconosciuti, protetti e promossi i loro diritti umani;

 **Sull’obiettivo 2, in particolare**, il Piano riconosce che *la disabilità e gli handicap non sono soltanto una conseguenza della malattia, ma anche il risultato dell’interazione tra le persone con problemi di salute mentale e le barriere esterne che incontrano sotto forma di atteggiamenti e di limiti imposti dall’ambiente.* ***La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità impone ai governi e alle istituzioni di creare i presupposti sociali, economici e giuridici necessari a consentire alle persone con disabilità mentali di esercitare i loro diritti di cittadinanza****.*

***I sistemi di salute mentale devono dare un contributo cruciale in questo ambito, perché la presenza di buoni servizi territoriali favorisce l’inclusione sociale e promuove la guarigione. Occorre mettere a punto servizi e attività che consentano all’individuo e alla collettività di realizzare il loro potenziale, oltre a salvaguardare e promuovere i loro diritti umani****.*

3) i servizi di salute mentale sono accessibili anche dal punto di vista finanziario, competenti e a disposizione della collettività in base al bisogno;

4) le persone hanno diritto a una terapia rispettosa, sicura ed efficace.

 **Sull’obiettivo 4,** Il Piano riconosce che *il rapporto instaurato tra il settore della salute mentale e i pazienti è fondamentale ai fini di un’erogazione efficace dei servizi di salute mentale. In fase di definizione dell’organico e di organizzazione del sistema occorre tenere presente il sospetto con cui da sempre i cittadini guardano ai servizi di salute mentale e il timore che nutrono per essi. Le persone affette da disagio psichico e i loro familiari possono contattare con fiducia i servizi di salute mentale soltanto se sono certi di incontrare rispetto della dignità, riservatezza e tutela della loro sicurezza; in questo caso continueranno a usufruire dei servizi di salute mentale anche in seguito.*

*Le persone con disagio mentale hanno diritto di ricevere trattamenti rispondenti alle migliori prove scientifiche disponibili. La ricerca ha fornito un’evidenza scientifica in merito alla sicurezza, all’accettabilità, ai costi e all’efficacia degli interventi biologici, psicologici e sociali. Nuove e promettenti possibilità sono ora messe a disposizione dai servizi sanitari elettronici (e-health).*

*I pazienti e le famiglie devono essere sicuri che le terapie siano scelte esclusivamente in base al criterio dei loro vantaggi per la salute. Eventuali conflitti d’interesse relativi alle scelte terapeutiche che coinvolgano i fornitori delle cure devono essere gestiti con trasparenza e diventare di pubblico dominio; nei conflitti d’interesse rientra qualsiasi incentivo materiale – sotto forma di retribuzioni, bonus o altri privilegi – per la prescrizione di*

*determinati prodotti ai pazienti.*

*I curricula di studio professionali e le qualifiche devono comprendere anche gli interventi più umani e sicuri basati sull’evidenza e i progressi compiuti in ambito terapeutico.*

**Il Piano d’Azione 2013-2020 dell’Organizzazione Mondiale della Sanità**, *persegue l’ideale di un mondo in cui la salute mentale sia valorizzata, promossa e protetta, nel quale i*

*disturbi mentali siano prevenuti e le persone affette da questi disturbi siano in grado di esercitare appieno tutti i diritti umani e di accedere in tempo utile a servizi di cura sanitari e sociali di alta qualità e culturalmente appropriati che promuovano la recovery, affinché possano ottenere il più alto livello possibile di salute e di partecipare pienamente alla vita sociale e lavorativa, libere da stigma e discriminazione.*

*Il suo scopo generale consiste nel promuovere il benessere mentale, prevenire i disturbi mentali, offrire cure, aumentare le opportunità di recovery, promuovere i diritti umani e ridurre la mortalità, la morbilità e la disabilità nelle persone con disturbo mentale.*

***Stabilisce che, le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono essere aderenti alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e agli altri strumenti internazionali e regionali in materia di diritti umani.***

*E che, l’offerta dei servizi territoriali di salute mentale deve comprendere un approccio basato sulla recovery che pone l’enfasi sul sostegno alle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali per realizzare le proprie aspirazioni ed i propri obiettivi.*

*E ancora che, i requisiti fondamentali dei servizi devono comprendere: ascoltare e dare risposte a partire dalla comprensione che i soggetti hanno della loro condizione e da chi li aiuta a riprendersi; lavorare con le persone come partner paritari nelle loro cure; offrire possibilità di scelta del trattamento e delle terapie, anche per quanto riguarda chi provvede alle cure; e l’uso di pari come operatori e in funzione di sostegno, in modo da offrire reciproco incoraggiamento e senso di appartenenza, in aggiunta alla loro diretta esperienza.*

*Inoltre, un approccio multisettoriale è necessario laddove i servizi sostengono le persone nelle diverse fasi della vita e, se necessario, facilitano il loro accesso a diritti fondamentali, quali l’impiego lavorativo (inclusi programmi di reinserimento), le*

*opportunità abitative e formative, la partecipazione ad attività nella comunità ed a programmi e attività dotate di senso.*

*Un più attivo coinvolgimento e sostegno degli utenti nella riorganizzazione, nell’offerta, nella valutazione e nel monitoraggio dei servizi, affinché le cure ed i trattamenti rispondano meglio ai loro bisogni. altrettanto necessaria una maggiore collaborazione con gli operatori informali della salute mentale, inclusi i familiari ed i leader religiosi e confessionali, i guaritori tradizionali, gli insegnanti, i funzionari di polizia e le organizzazioni non governative locali.*

**GLI ORIENTAMENTI IN ITALIA**

In Italia, con la Legge 180, la Legge 833, i Progetti Obiettivo Nazionali, I Piani Nazionali Salute Mentale approvati dalla Conferenza delle regioni, si è scelta la strada della Salute Mentale di Comunità. Una organizzazione dei servizi che si rifà alla Salute Mentale di Comunità è più efficace e rispettosa della dignità della persona come sottolineato anche dagli orientamenti bioetici emanati dal Comitato Nazionale per la bioetica:*“La psichiatria di comunità comporta l’opera di un’èquipe multi professionale insediata in un determinato territorio, in condizione di intervenire nelle 24 ore al domicilio, in ambulatorio, in ospedale, in residenze a vario grado di protezione, orientata alla riabilitazione, collegata con i Comuni e gli altri servizi sanitari, in stretta interazione con le associazioni degli utenti e delle famiglie, capace di accedere alle opportunità disponibili di formazione professionale, lavoro, cultura, assistenza, tempo libero. I trattamenti intervengono sui livelli biologico, psicologico, sociale culturale … La condizione più importante perché le situazioni gravi trovino una gestione rispettosa dei diritti e della dignità della persona e delle famiglie è costituita dal fatto che i dirigenti e gli operatori assumano la responsabilità della presa in carico. Questo perché l’assistenza psichiatrica si misura quotidianamente con alti livelli di sofferenza delle persone e delle famiglie; la forte stigmatizzazione sociale; i problemi della tutela, della libertà di scelta e del consenso ai trattamenti fino al limite della coazione; con l’esigenza di continuità della presa in carico di lunga durata nei progetti di riabilitazione psico-sociale; con la singolarità e la molteplicità delle concezioni del mondo delle persone, dei gruppi e delle culture … le Aziende Sanitarie, organizzazioni professionali e società scientifiche devono garantire la continuità della formazione, la verifica della qualità delle prestazioni di tutti gli operatori e la valutazione degli esiti dei trattamenti a livello dei Dipartimenti di salute mentale e della Medicina di distretto. Ci si riferisce quindi non solo a medici e psicologi, ma anche a infermieri professionali, educatori professionali, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e socio assistenziali”*

Nella Psichiatria di Comunità i servizi di salute mentale sono orientati alla Recovery; privilegiano la soggettività della persona e intervengono utilizzando un ampio ventaglio di risposte personalizzate.

Il Progetto personalizzato è costruito sulla e con la persona interessata e tiene conto dei suoi bisogni e delle sue preferenze. Richiede quindi non solo partecipazione e condivisione ma assunzione piena di responsabilità da parte di tutti i soggetti coinvolti (servizio, famiglia, utente, rete sociale), per la buona riuscita del percorso di Recovery.

In salute mentale, il termine recovery significa ripresa, guarigione, riaffermazione dei propri diritti, autodeterminazione, emancipazione. E’ il distanziamento dalla patologia verso la salute e lo stare bene. Un aspetto centrale della recovery è la speranza, e il processo di recovery restituisce alle persone un ruolo attivo e soddisfacente nella comunità.

Nella organizzazione dei servizi di comunità, centrale è la funzione del centro di salute mentale aperto 24 ore 7 giorni su 7 che mettono al centro del loro interesse e della loro azione le persone portatrici di sofferenza mentale e non la malattia.

I CSM sulle 24 ore, con posti letto, presentano queste caratteristiche:

* Sono a bassa soglia di accesso e sono caratterizzati da mobilità nel territorio e flessibilità organizzativa;
* Lavorano in équipe e offrono interventi multidisciplinari
* Lavorano in rete con i servizi sanitari e sociali del territorio, con i medici di medicina generale, con l’impresa sociale;
* Favoriscono la partecipazione di tutti i soggetti interessati, progettando e negoziando i trattamenti terapeutici e i programmi di abilitazione e di inclusione sociale;
* Sostengono le scelte delle persone, l’autodeterminazione, la crescita di potere e di contrattualità;
* Aiutano le persone a sviluppare specifiche strategie per fronteggiare i sintomi e il rischio di stigma, discriminazione ed esclusione sociale;
* Promuovono la riappropriazione di una identità personale e sociale
* Sostengono l’accesso ai diritti di cittadinanza sociale e alle opportunità economiche;
* Sostengono l’autonomia delle persone nella vita quotidiana;
* Promuovono opportunità per la costruzione/ricostruzione dei legami sociali
* Dispongono di una rete di strutture e servizi (centri diurni, residenze a diversa intensità di sostegno, servizi di intervento domiciliare, borse lavoro e tirocini)

La Psichiatria di Comunità orientata alla recovery, inoltre, dispone di servizi psichiatrici di diagnosi e cura per le emergenze, con non più di 15 posti letto, ben distribuiti sul territorio regionale, le porte sono aperte e sono privi di qualunque misura coercitiva non consentita dalla legislazione italiana.

**LA SALUTE MENTALE IN SARDEGNA**

In Sardegna, la salute mentale di comunità stenta ad avere legittimazione. Sono diffusi servizi psichiatrici prevalentemente di tipo ambulatoriale (che non rispondono ai requisiti organizzativi regionali, nazionali e comunitari e non sono orientati alla guarigione come indicato dall’OMS e dalla Convenzione ONU), pochi centri di salute mentale sono aperti 12 ore cinque giorni su sette. Mentre il Piano Regionale Salute Mentale 2006/2008 (ancora attuale), prevede invece “l’apertura di centri di salute mentale aperti per almeno 12 ore al giorno 7 giorni su sette”. Erano state inoltre individuate, nello stesso Piano, le aree pilota nelle quali sperimentare progetti di funzionamento del CSM sulle 24 ore. Una di queste si trova a Cagliari e dopo un periodo di sperimentazione si è tornati all’attività prevalentemente ambulatoriale diurna.

Per quanto riguarda i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, in Sardegna, nella quasi generalità, operano con le porte chiuse e la guardia giurata, praticano la contenzione fisica-meccanica-farmacologica (in violazione dei diritti umani e della Carta Costituzionale), non lavorano in rete con i servizi territoriali.

In Sardegna non esistono Centri Diurni di salute mentale territoriali della tipologia indicata dal Piano regionale (“coordina e promuove programmi ed attività finalizzati a processi educativi, formativi, di apprendimento sociale, scolastico, culturale, di animazione, di espressione corporea e di sviluppo delle capacità cognitive”), con una propria èquipe multidisciplinare, separati dal centro di salute mentale ma in rete con esso e con gli altri servizi del territorio.

Il su citato Piano prevedeva anche la riorganizzazione dell’assistenza residenziale sulla base dell’intensità assistenziale richiesta, con l’attivazione di tre tipologie di strutture:

* Comunità ad alta intensità terapeutica
* Gruppi residenziali di integrazione sociale
* Gruppi di convivenza

Si ritiene che manchi una adeguata programmazione sui fabbisogni territoriali, che parta dai bisogni reali delle persone. Ciò si traduce di fatto nella assenza di risposte alle molteplici e complesse esigenze espresse dagli utenti e dalle loro famiglie. Tale situazione comporta inoltre l’invio di cittadini sardi in comunità extra regione con aggravio dei costi per la collettività e fallimento dei percorsi riabilitativi. Inoltre si segnala l’assenza del controllo pubblico sul funzionamento e sulla gestione delle comunità pubbliche e private.

Riteniamo quindi necessario, a partire dalla Deliberazione R.A.S. n°53 del 29.12.2014, che si proceda nella definizione dei requisiti strutturali e di personale per tali strutture residenziali socio-sanitarie, superando la logica dei “moduli” che consente di aggirare le norme e riproporre luoghi istituzionalizzanti e cronicizzanti.

Per quanto riguarda poi gli interventi di residenzialità socio assistenziale (di cui alla Legge Regionale n°23/2005), manca una programmazione regionale sui fabbisogni e mancano precisi indirizzi regionali sulla entità delle rette a carico dei Comuni, con la compartecipazione alle spese da parte dei cittadini utenti (lasciando ai Comuni libertà di azione che di fatto si traduce in una disomogeneità di trattamento sia sulla entità della retta sia sulla percentuale di compartecipazione; non garantendo agli utenti che utilizzano servizi socio assistenziali il mantenimento di una quota adeguata delle proprie risorse finanziarie per il soddisfacimento dei bisogni personali e la piena integrazione nella comunità).

Manca inoltre un rigoroso controllo e monitoraggio sulla attività gestionale delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, in particolare per quanto attiene il rispetto dei diritti umani.

In sintesi, le persone che vivono la condizione della sofferenza mentale, non ricevono le migliori cure possibili, sono emarginate ed escluse, stigmatizzate, discriminate, private dei diritti fondamentali di cittadinanza, calpestate nella loro dignità insieme alle loro famiglie. In Sardegna non esiste prevenzione nel campo della salute mentale, né campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte alla generalità della popolazione.

In Sardegna, come possono testimoniare le nostre famiglie, non vengono garantiti (come previsto dalle norme anche regionali) i percorsi terapeutici riabilitativi personalizzati che prevedano percorsi di inclusione sociale attraverso la formazione, il lavoro, la casa per la vita indipendente, e non si coinvolgono le persone (e le loro famiglie) nella costruzione e gestione del loro percorso di cura. Non viene rispettato il consenso informato, non si garantisce la più ampia informazione sui benefici degli psicofarmaci (neurolettici, antidepressivi, ansiolitici, stabilizzatori dell’umore) e sugli effetti collaterali degli psicofarmaci; non si rispetta la volontà di quei cittadini che non vogliono assumere psicofarmaci o che sono intenzionati a ridurli o eliminarli con il sostegno medico. Il percorso di cura consiste, per la maggior parte delle persone, nella prescrizione e somministrazione di psicofarmaci e in visite periodiche di controllo.

In particolare, per quanto riguarda la prescrizione e l’utilizzo di psicofarmaci, come avviene in gran parte del territorio nazionale, anche in Sardegna, il ricorso alla farmacoterapia come strumento prioritario di cura, è massiccio. Si ritiene necessaria, anche alla luce della recente letteratura scientifica sull’abuso e la dannosità degli psicofarmaci (“Medicine letali e crimine organizzato” di Peter C.Gotzche Editore Fioritti; “Indagine s un’epidemia” di Robert Whitaker Editore Fioritti; “Il manicomio chimico” di Piero Cipriano Editore Elèuthera) l’istituzione di una commissione regionale di esperti che verifichi l’operatività dei servizi di salute mentale su questo specifico aspetto e possa emanare delle linee guida sul corretto utilizzo degli psicofarmaci.

C’è una grande resistenza, in Sardegna, da parte di molti psichiatri di riconoscere il diritto/dovere del proprio paziente (e anche della sua famiglia) di entrare nel merito della efficacia del farmaco, dei suoi effetti collaterali. Pensiamo che per una buona pratica clinica sia fondamentale il riconoscimento e il trattamento degli effetti collaterali dei farmaci, e quindi l’ascolto e il riconoscimento dell’esperienza maturata dalla persona direttamente interessata. Pensiamo che le persone debbano essere adeguatamente sostenute anche quando chiedono di interrompere le cure farmacologiche. E pensiamo che se adeguatamente sostenute nei percorsi riabilitativi il farmaco possa non essere necessario per “tutta la vita” come sottolineato dalle opere scientifiche sopra citate. Ci domandiamo quale formazione è garantita agli operatori su questo specifico aspetto della cura e della relazione terapeutica.

Su questa questione, si sta avviando in Italia, finanziato dal Ministero della Salute, il progetto sperimentale “Open Dialogue” sul modello di trattamento finlandese, in cui l’uso degli psicofarmaci avviene solo nel 30% dei casi.

Poiché uno dei problemi di maggiore criticità riguarda “la cultura” degli operatori, riteniamo necessario soffermarci sulle sempre attuali Raccomandazioni del Comitato di Bioetica, per quanto riguarda la formazione degli operatori della salute mentale, emanate il 24 novembre del 2000:

La formazione deve essere efficace, ovvero deve raggiungere gli obiettivi che si propone di raggiungere. Ne consegue che gli obiettivi di ogni intervento formativo devono essere chiaramente definiti e deve essere prevista la valutazione del loro raggiungimento;

1. La formazione deve essere eticamente fondata. Ciò significa che:
* Gli obiettivi che si pone devono mettere al centro i bisogni di salute degli utenti e non gli interessi particolari degli operatori;
* Non deve basarsi sulle offerte del mercato della formazione ma sui bisogni formativi degli operatori, la cui pertinenza con i bisogni degli utenti deve essere evidente;
* Deve garantire che gli operatori dispongano di alcune competenze necessarie per lavorare nel campo della salute mentale;
* Deve sempre tenere presente che il contesto in cui si svolgono gli interventi è quello pubblico e che questo è significativamente diverso dall’ambito privato, dal quale non è possibile esportare i modelli e le tecniche;
* Deve tendere al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione di tutte le risorse presenti nella Comunità di appartenenza, non sostituendosi ad essa e rifuggendo ogni forma di creazione di mondi separati di tipo neomanicomiale
1. Alla formazione deve venir data enfasi molto maggiore di quanto non sia avvenuto sinora per la prevenzione e la promozione della salute mentale, oltre alla cura e riabilitazione;
2. La formazione deve tendere all’acquisizione delle competenze specialistiche proprie delle diverse discipline ma, nello stesso tempo, non perdere mai di vista la necessità di una reale integrazione degli apporti di ogni figura professionale. Vanno combattuti attivamente iperspecialismi, visioni mono-settoriali, trattamenti scollegati da un progetto complessivo di intervento;
3. La formazione, tendenzialmente, deve essere mirata all’acquisizione di modelli teorici e metodologie operative sperimentate e validate dalla comunità scientifica. Nei campi in cui il progresso scientifico non sia ancora ad uno stadio sufficientemente maturo, la formazione si pone come supporto alla ricerca scientifica, fornendo le basi per condurre e monitorare progetti di ricerca/intervento in ambiti innovativi;

Inoltre:

1. Tutti gli operatori devono essere in grado di gestire le diverse, ma interrelate dimensioni dell’individuo, della famiglia, del gruppo e della comunità. Vanno realizzati, pertanto, interventi formativ**i** mirati all’acquisizione delle relative competenze da parte di tutte le figure professionali. Psichiatri e psicologi clinici, in particolare, dovranno essere in grado di condurre psicoterapie individuali, familiari e di gruppo;
2. Tutti gli operatori devono essere in grado di organizzare il proprio lavoro in una dimensione progettuale, centrando i propri interventi sui bisogni dei pazienti ed integrandoli con quelli degli altri, monitorando l’andamento del progetto, in una visione manageriale del proprio lavoro;
3. Tutti gli operatori devono essere in grado, ognuno per quanto compete al suo ruolo, di contribuire alla elaborazione e alla realizzazione di progetti di prevenzione;
4. Tutti gli operatori devono essere in grado di fornire un contributo qualificato alla promozione della Salute mentale nella comunità, in particolare elaborando e realizzando specifici programmi di educazione alla salute mentale. I dipartimenti di salute mentale devono mantenere rapporti di collaborazione, integrazione e sinergia con tutte le risorse, spontanee e organizzate, presenti nel territorio di competenza, nell’ottica del lavoro di rete e dell’obiettivo comune della restituzione globale del cittadino alla Comunità di appartenenza. E’ necessario che gli operatori acquisiscano le competenze necessarie all’implementazione di tali rapporti, nelle diverse strategie di prevenzione cura e riabilitazione della sofferenza menale.

Riteniamo che in Sardegna la situazione non sia più tollerabile, e che siano necessarie politiche sanitarie e scelte economiche, precise e coraggiose, da parte della Giunta Regionale e dell’Assessorato alla Salute, finalizzate a garantire, su tutto il territorio regionale, servizi sanitari e sociali di qualità ed efficacia, orientati a percorsi di guarigione e di empawerment.

In Sardegna si era avviato, un processo di profondo cambiamento culturale e pratico nei servizi di salute mentale, nel pieno rispetto della Legge di Riforma Psichiatrica, della Legge di Riforma Sanitaria, e di quanto indicato dalla Commissione Europea, dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Convenzione ONU.

Questo importante processo si è drammaticamente interrotto (riproponendo le vecchie e inaccettabili pratiche psichiatriche). Da oltre sette anni, i servizi territoriali di salute mentale si sono impoveriti e le pratiche coercitive hanno ritrovato legittimazione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Le norme regionali e nazionali sono state completamente disattese.

Gli operatori dei servizi fanno ciò che possono, ma ciò che possono è veramente troppo poco rispetto alla molteplicità e complessità dei bisogni espressi da chi soffre di un disturbo mentale tutti i giorni dell’anno, e il cui carico assistenziale ed emotivo grava prevalentemente sulle famiglie. Famiglie costituite, spesso, da familiari anziani bisognosi essi stessi di cure e sostegno.

Per quanto riguarda i Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura, oltre all’abbandono di qualunque pratica disumana (legare i pazienti ai letti e tenere le porte chiuse a chiave impedendo il libero movimento delle persone) come raccomandato anche recentemente dal Comitato di Bioetica, chiediamo che siano emanate delle linee guida regionali che obblighino la struttura ospedaliera e il servizio territoriale a lavorare di concerto fin dal momento di ingresso in SPDC, al fine di evitare dimissioni frettolose e/o abbandoni, e trattamenti sanitari obbligatori non necessari e dannosi per la persona.

Riteniamo inoltre che debba essere rispettato il diritto degli utenti a cambiare medico psichiatra di riferimento e centro di salute mentale nelle situazioni di conclamata sfiducia, come avviene per qualunque altro servizio sanitario nel rispetto della libera scelta.

Nel rispetto del diritto alla partecipazione e programmazione, chiediamo che venga riattivata la Commissione Regionale Salute Mentale e che vengano istituite in ogni Dipartimento di Salute Mentale le Consulte Dipartimentali garantendo l’ampia partecipazione delle Associazioni dei familiari e degli utenti.

Evidenziamo inoltre alcuni punti del PANSM da noi particolarmente condivisi:

* *Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, fermo restando l’assetto dipartimentale dei servizi di salute mentale,*

 ***propone:***

*a - una riorganizzazione dei medesimi, funzionale all’adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento,*

*b - specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura; ciò implicando un approccio sistemico da parte delle equipe, rispetto a modalità di lavoro segmentali.*

* *I dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti.*
* *In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa”.*
* *Già il Progetto obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000” poneva l’accento sull’esigenza di attivare programmi per il miglioramento continuo della qualità: ciascun DSM dovrebbe essere impegnato in almeno un progetto di MCQ relativo alla qualità manageriale, alla qualità professionale e alla qualità percepita (sia sulla soddisfazione di utenti e familiari, sia sulla soddisfazione degli operatori).*
* *A tal riguardo, particolare attenzione va posta al clima, alla cultura e al funzionamento organizzativi all’interno dei centri di salute mentale. Citando una ricerca sulla cultura organizzativa dei CSM, bisogna puntare ad un’organizzazione orientata a curare massimamente le relazioni orizzontali fra gli tutti gli operatori, con una chiara individuazione dei ruoli e dei compiti. Un’organizzazione in cui: “sono considerati efficaci i tre ambiti del lavoro, paritariamente:*
1. *coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente, in una visione articolata e unitaria della cura.*
2. *la comunicazione appare come importante nella funzionalità del servizio; l’équipe di lavoro è vista come un fattore rilevante per perseguire la qualità del servizio, e l’intera équipe si fa carico dei nuovi ingressi.*
3. *L’utenza del CSM assume una forte rilevanza e i problemi caratterizzanti i pazienti del CSM sono ben differenziati”.*
* *Attenzione prioritaria è assegnata agli interventi nelle situazioni di esordio la cui efficacia è strettamente correlata all’adozione di specifici protocolli di collaborazione con i servizi di neuropsichiatria per l’infanzia e l’adolescenza, i servizi per le dipendenze patologiche, con i medici di medicina generale.*
* *Sono offerti gruppi di self-help e di supporto tra pari, che mirino all’inclusione sociale e alla recovery.*
* *Sono monitorate le conclusioni non concordate del trattamento, i decessi e i suicidi dei pazienti seguiti dal DSM, insieme ad altri esiti sfavorevoli quali essere senza casa ed essere sottoposti a provvedimento penale.*
* *Ai pazienti in età lavorativa, che siano disoccupati o presentino problemi lavorativi, sono offerti interventi sia di supporto sociale che inserimento lavorativo e supporto al lavoro; per tutti i pazienti si deve attivare una valutazione delle competenze lavorative che possa essere utile all’elaborazione di un progetto di inserimento lavorativo come articolazione del PTI.*
* *Ai pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave sono proposti interventi di carattere riabilitativo a livello territoriale basati sulle evidenze, mentre a coloro che presentano sia problemi relazionali di livello moderato/grave in termini di isolamento sociale che assenza/carenza di attività strutturate durante il giorno, vengono rivolte attività di risocializzazione, espressive e corporee*
* *La presa in carico del paziente con disturbo mentale grave all’esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale.*

*Durante i primi contatti con il DSM il paziente con disturbo mentale grave all’esordio riceve una completa valutazione multi professionale dei suoi problemi clinici e psicosociali; è indicato che venga valutata anche la famiglia sotto il profilo dei bisogni e del carico familiare.*

*Formulata la diagnosi di disturbo schizofrenico ed effettuata la valutazione del funzionamento personale e sociale, il Centro di salute mentale attiva per il paziente ed i suoi familiari interventi di natura multi professionale con il coinvolgimento nel trattamento non solo dello psichiatra, ma anche di altre figure professionali (psicologo, assistente sociale, terapista della riabilitazione, infermiere ed educatore). Tale attività viene effettuata non solo nella sede del CSM ma anche nel contesto di vita del paziente.*

Riteniamo che tutte le norme regionali, nazionali e comunitarie, debbano essere portato alla conoscenza e all’attenzione di tutti gli operatori della salute mentale operanti sul territorio regionale, per una corretta applicazione delle stesse.

In particolare la Convenzione ONU sulle persone con disabilità riconoscel’importanza, per le persone con disabilità, della loro autonomia ed indipendenza individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte. E considerache le persone con disabilità dovrebbero avere l’opportunità di essere coinvolte attivamente nei processi decisionali inerenti alle politiche e ai programmi, inclusi quelli che li riguardano direttamente.

Si chiede inoltre il pieno rispetto dell’art. 19 della Convenzione “**Vita indipendente ed inclusione nella comunità”, e precisamente che:**

* le persone con disturbo mentale abbiano la possibilità di scegliere, sulla base di eguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione abitativa;
* le persone con disturbo mentale abbiano accesso ad una serie di servizi di sostegno domiciliare, residenziale o di comunità, compresa l’assistenza personale necessaria per permettere loro di vivere all’interno della comunità e di inserirvisi e impedire che esse siano isolate o vittime di segregazione;
* i servizi e le strutture comunitarie destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di eguaglianza con gli altri, delle persone con disturbo mentale e siano adatti ai loro bisogni.

Riteniamo inoltre che per il rispetto e l’attuazione delle norme e delle raccomandazioni sopra citate, si debbano promuovere piani e azioni regionali, sanitari e sociali integrati tra di loro, adeguatamente finanziati e realizzabili in tempi urgenti che garantiscano l’effettivo esercizio dei diritti di cittadinanza delle persone che vivono la condizione della sofferenza mentale (abitare, formazione e lavoro, relazioni affettive e sociali), nel rispetto dei diritti umani.

Ringraziamo il Presidente e i componenti della Commissione per l’attenzione che ci avete prestato e per l’impegno che vorrete assumere. Ribadiamo, come familiari, che ci troviamo ad affrontare una vera emergenza di proporzioni preoccupanti e sempre più persone, nel nostro territorio, esprimono una condizione di disagio e disturbo mentale.

La Presidente ASARP

Gisella Trincas

.