



DEMOCRAZIA E SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ

DEMOCRACY AND COMMUNITY
MENTAL HEALTH CARE

Trieste, Parco di San Giovanni, 21-23 giugno/June 2018

IMPROVING THE REFORMS IN EUROPE. UNA APROXIMACIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL ESTADO ESPAÑOL

José Leal Rubio. Psicologo clinico, Psicoanalista.
Consulente e Supervisore Clinico e Istituzionale nei Servizi di Salute
Mentale e Servizi Sociali.

ATTENZIONE ALLA SALUTE MENTALE IN SPAGNA

LEGISLAZIONE:

Nello Stato spagnolo, come conseguenza della Legge Generale di Sanità (1986), il Sistema Nazionale di Salute rimane **decentrato** e **le competenze in materia di sanità rimangono trasferite alle comunità autonome** (che sono 17 a senza includere Ceuta e Mellilla).

La stessa Legge Generale di Sanità stabilisce meccanismi di coordinazione come il Consiglio Interterritorial, posto di incontro e decisione dei Consiglieri di Sanità di ognuna delle comunità. Lo sviluppo di risorse nell'attenzione alla Salute e la Salute Mentale è eccessivamente diverso tra ognuna delle comunità. In Spagna non esiste, fortunatamente, una legge sulla salute mentale. Abbiamo sempre creduto che fosse inncesaria. In questo momento un gruppo politico di sinistra sta cercando di fare una legge. Non sono d'accordo.

La Commissione Ministeriale per la Riforma Psichiatrica (1985) elaborò una serie di conclusioni che si concretarono nell'articolo 20 Della salute mentale, nella Legge Generale di Sanità.

La legge 16/2003 di Coesione e Qualità del sistema Nazionale di salute riconosce al Ministero di Sanità competenze per impulsar lo sviluppo di piani di salute in coordinazione con le Comunità Autonome, sulle malattie ma prevalentes.

Altre leggi rilevanti sono:

- Promozione ed Autonomia del paziente (2002)
- Promozione dell'Autonomia Personale e di attenzione alle persone in situazione di dipendenza (2006)

ESTRATEGIA DI SALUTE MENTALE DEL SISTEMA NAZIONALE DI SALUTE

Primo obiettivo :

Autonomia, recupero e diritti della persona

- Basare la pratica dell'assistenza sui principi di **assoluto rispetto della dignità e dell'autonomia** della persona.
- Garantire a la persona e alle persone che designa il diritto di **partecipare attivamente** a tutto ciò che lo riguarda dal momento del contatto con i servizi.

- Promuovere **la pianificazione anticipata delle decisioni** in situazioni o momenti in cui possono sorgere dilemmi etici, specialmente in tempi di crisi.
- Il soggetto può nominare un **rappresentante**, che fungerà da interlocutore in situazioni di crisi.
- Ha il **diritto di non essere d'accordo** e di non acconsentire a una determinata proposta e che questo non è un ostacolo per restare in contatto con il servizio.

- Ha il **diritto di essere informato** sulle diverse alternative possibili per affrontare le sue difficoltà.
- Raggiungere l'effettivo riconoscimento della **parità di diritti** di ogni persona.
- Rendere effettivo il **diritto di lavorare** nelle giuste condizioni per ogni persona e con i supporti necessari.

- **Eliminare le contencione mecániche e tutti i tipi di violenza** con le persone in un breve periodo di tempo, poiché significa uno degli attacchi più serio contro la dignità.
- **Eliminare** ogni tipo di **coazione ed il linguaggio estigmatizante** nei propri servizi e professionisti della salute.

**NOTE PER UN PROPOSTA DI ANALISI
DELLA SITUAZIONE DELLA SALUTE
MENTALE E DEI DIRITTI UMANI IN
SPAGNA.**

1. La deinstitutionalizzazione e creazione di un insieme di dispositivi nella comunità.
2. I rischi della transinstitutionalizzazione.
3. Della riabilitazione al recupero.
4. Reclamo di diritti da parte di utenti, famiglie e le sue organizzazioni.

5. Le organizzazioni di utenti, le associazioni dei familiari (CSME) e dei professionali (AEN) stanno collaborando per la scomparsa delle misure coercitive e le altre coazioni usate nei servizi di salute mentale durante le urgenze psichiatriche e nei processi di ospedalizzazione
6. La persistenza dello stigma.
7. Gli effetti della crisi socioeconomica e dei valori democratici e le nuove fragilità.

8. È necessario pensare al supporto dei gruppi che, in base all'età, al genere e ad altri fattori hanno bisogno di attenzione per poter diminuire i rischi e facilitare l'integrazione attiva e giusta nella comunità.

8.1. Bambini a cui la povertà e la disuguaglianza provocano danni .
Giovani sotto tutela che una volta compiuta la maggioranza di età si ritrovano senza un adeguato supporto e che sono particolarmente svantaggiati a causa dalla elevata sofferenza mentale e della precarietà della loro situazione. Molti di loro hanno gravi problemi di salute mentale.

8.2. Donne in situazioni di fragilità: sole, con figli, con insufficiente sostegno sociale e comunitario.

8.3. Persone in carcere a cui vanno garantite speciali cure e l'apertura di processi di reinserimento, come soggetti di diritto.

8.4. Persone migranti che sopportano la sofferenza della loro esperienza migratoria e l'inadeguatezza del sostegno e dell'attenzione ai loro modelli culturali.

8.5. Persone senza fissa dimora o senzatetto, per i quali la situazione di abbandono è particolarmente dannosa. Sarebbe necessario sviluppare programmi di accoglienza, attenzione e sostegno nei luoghi in cui trascorrono la loro vita. Ostelli/dormitori in condizioni in cui si valorizzi la dignità.

9. L'accesso all'occupazione continua ad essere una delle maggiori difficoltà per coloro che soffrono una malattia mentale; questo determina gravi ripercussioni sulla loro partecipazione alla vita produttiva.

10. Alcune riflessioni sui sistemi di protezioni legale.

- La modifica di Codice Penale
- TAI (Trattamento Ambulatorio Involontario)
- Legge de Salute Mentale.
- L'adattamento della legislazione Spagnola alle linee guida della Conferenza di New York sulla disabilità firmata dalla Spagna è **difficile e lento.**

IL FUTURO

- 1.- Maggiore consapevolezza dell'importanza dei determinanti sociali nello sviluppo della salute.
- 2.- Maggiore consapevolezza dei diritti umani e interesse per le pratiche sostenute nei valori etici prima che nelle cosiddette prove scientifiche.
- 3.- Una maggiore partecipazione degli utenti, della famiglia e il riconoscimento delle loro conoscenze.

4. Maggiore consapevolezza che le pratiche correnti guidate dal sistema sanitario sono insufficienti per la riduzione della sofferenza delle persone.
- 5.- Lotta contro lo stigma e pratiche coercitive.
- 6.- Nuove esperienze di coordinamento interdisciplinare, interistituzionale e intersettoriale delle pratiche di cura.
- 7.- In alcune comunità autonome, aumento del bilancio económico per la atención alla salute mentale.

- Ora che celebriamo i 40 anni della Legge 180 bisogna dire con molta forza che mai, mai ma l'orrore del manicomio e di tante violenze. Basta già di quello che Alda Merini chiamò "il crimine del ma feroce degli inferni."
- "La malattia mentale non esiste ma esistono gli esaurimenti nervosi, esistono le pene famigliari, la responsabilità dei figli, la fatica di crescerli ed esiste anche la fatica di amare".
Alda Merini. "L'altra verità: diario di una diversa".

"Tuttavia, se la malattia è anche legata, come nella maggior parte dei casi, a fattori socio-ambientali, a livelli di resistenza all'urto di una società che non tiene conto dell'uomo e delle sue esigenze, la soluzione di un così grave problema non può che essere trovata in una impostazione socio-economica, tale da consentire anche il graduale reinserimento di questi elementi che non hanno retto allo sforzo, che non hanno sostenuto il gioco." L'instituzione negata". Pag. 204

- "Qualunque progetto trasformatore nel campo di salute mentale deve essere un progetto etico, cioè, che abbia all'individuo ed i valori che gli sono inerenti nel centro della sua pratica come guida della stessa."

GRAZIE MILE
