

FISAM - Associazione Italiana per la Salute Mentale

I Rappresentanti delle seguenti Associazioni:

Arap Roma
Arap Bologna
Arap Sardegna
Arap Friuli Venezia Giulia e Trieste
Arap Catania
Aris Trento
Associazione per la Promozione della Salute Mentale di Pinerolo
Avap Verbania
Di.A.Psi. Piemonte – Torino
Di.A.Psi. Acqui Terme
Di.A.Psi. Ciriè
Dia.Psi. Chieri
Di.A.Psi. Chivasso
Di.A.Psi. Cuneo
Di.A.Psi. Vercelli
Di.A.Psi. Fossano-Savigliano-Saluzzo
Di.A.Psi. Torre Pellice
Di.A.Psi. Valsangone e Val Susa
Di.A.Psi. Valle d'Aosta
Fondazione IDEA Istituto per la ricerca e la prevenzione della Depressione e dell'Ansia
Associazione SPES di Varese
Psiche 2000 Veneto e Marche
Psiche 2000 Camposanpiero
Psiche 2000 Dolo
Psiche 2000 Este
Psiche 2000 Padova
Psiche 2000 Piove di Sacco
Psiche 2000 Thiene
Psiche 2000 Valdagno
Psiche 2000 Verona
Psiche 2000 Vicenza
Psiche 2000 Vittorio Veneto
Psiche 2000 S. Benedetto del Tronto
Psiche 2000 Servigliano (AP)

si sono riuniti

a Torino, il 25 novembre 2001, nella Sede della Di.A.Psi. Piemonte (Difesa Ammalati Psicichi),

hanno concordato e sottoscritto direttamente, per delega , per successiva sottoscrizione

una linea comune da considerare nel quadro della revisione e miglioramento della citata legge.

I punti più significativi sono:

1. **MALATTIA MENTALE:** la malattia mentale deve rimanere di competenza sanitaria.
2. **FINANZIAMENTI:** i finanziamenti destinati alla Psichiatria devono essere aumentati fino a raggiungere il livello dei paesi europei più evoluti (10-11% del fondo sanitario nazionale).
3. **RICERCA:** la ricerca sulle malattie mentali deve essere finanziata con budget diverso da quello destinato alla psichiatria e adeguata ai livelli dei paesi più progrediti.
4. **CURE:** si ribadisce il diritto alle cure per tutti i malati psichici, con particolare attenzione per i malati inconsapevoli e non collaboranti i quali, se non curati, rischiano la cronicizzazione; si riaffermano la necessità di una presa in carico effettiva da parte del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) con un progetto terapeutico personalizzato e scritto, con obbligo di informare i parenti e la possibilità, per la famiglia collaborante, di diventare supporto terapeutico, ma con sostegno infermieristico e psicoeducazionale.
Chiunque, associazione o privato, venga a conoscenza di una situazione in cui esista un malato abbandonato, può richiedere l'intervento del DSM che dovrà essere obbligato a provvedere.
L'assistenza psichiatrica domiciliare deve essere garantita e obbligatoria.
La visita domiciliare dello psichiatra può essere richiesta oltre che dal malato anche da un familiare e deve essere esperita entro 24 ore.
Il malato o i tutori hanno il diritto di scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero o supporto. Medico e strutture possono essere proposte dal DSM, ma non imposte.
Nel caso di mancata presa in carico e di abbandono del malato si configura il reato d'omissione di soccorso.
La Neuropsichiatria Infantile deve essere collegata con la Psichiatria Adulti.
5. **RICOVERI E TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (T.S.O):** si prevedono tre tipi diversi di TSO:
 - a) d'urgenza;
 - b) terapeutico domiciliare;
 - c) terapeutico residenziale;(sono da sviluppare le modalità di attuazione, i tempi di durata ed i vincoli per evitare abusi).
6. Si propone che il **SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C)** assuma il ruolo di Pronto Soccorso Psichiatrico presso l'Ospedale Generale, sede di DEA (Dipartimento d'Emergenza e Accettazione), che risponda a tutte le emergenze, anche mediante interventi domiciliari urgenti per i casi di crisi acute, che accolga il paziente volontario o in T.S.O. per un tempo di breve durata (esempio: non superiore alle 72 ore) per trasferirlo, quindi, in strutture d'osservazione, diagnosi e cura, ove, se necessario, il regime di trattamento di T.S.O. possa essere protratto per un periodo da determinarsi in sede di stesura della Legge.

FISAM - Associazione Italiana per la Salute Mentale

7. **STRUTTURE RESIDENZIALI:** si richiede la creazione effettiva di sostegno residenziale con tipologie diverse, a seconda della patologia, della gravità, dell'autonomia raggiunta o esistente, con un massimo di 20 posti, e precisamente:

- strutture residenziali con protezione tipo comunità "A" (art. 4, comma 2 del DPR 14.01.1997);
- strutture residenziali con protezione tipo comunità "B" (art. 4, comma 2 del DPR 14.01.1997);
- strutture residenziali tipo gruppo appartamento, alloggi assistiti;
- affidamento intrafamiliare o eterofamiliare;
- strutture semiresidenziali per il reinserimento nel quotidiano;
- appartamento singolo, assegnato dall'Agenzia territoriale di edilizia popolare regionale o provinciale, per il malato che ha raggiunto un'autonomia accettabile.

In queste residenze si deve puntare alla qualità del servizio, e non solo alla quantità di operatori e di strutture; si deve riprodurre il più possibile l'ambiente quotidiano del vivere in famiglia, prevedendo attività propedeutiche che siano di stimolo per il malato e volte al miglioramento delle capacità residue, attività ludiche, attività manuali, finalizzate tutte al conseguimento di capacità lavorative.

8. **FORMAZIONE OBBLIGATORIA DEGLI OPERATORI CON UN BUDGET VINCOLATO:** la qualità umana e professionale degli operatori psichiatrici è determinante per raggiungere un livello soddisfacente di assistenza e di riabilitazione del malato, pertanto è necessario un addestramento altamente specializzato, affinché la formazione non si limiti a una trasmissione di nozioni e teorie. Va rivalutata e sottolineata l'importanza della figura dell'"Educatore".

9. **PREVENZIONE:** la prevenzione, praticamente mai attivata, è oggi indispensabile, stante il dilagare di vecchi e nuovi disturbi e disagi nella popolazione. Ovviamente si fa riferimento non solo a una prevenzione secondaria e terziaria, ma anche primaria, intesa come promozione dell'educazione sanitaria sui temi di pertinenza psichiatrica, ad esempio attraverso la collaborazione dei medici di base, che dovranno seguire corsi integrativi e di aggiornamento obbligatori. E' anche necessario svolgere un monitoraggio nelle scuole, tenere conferenze informative e formative per docenti e studenti e fornire agli insegnanti strumenti idonei a riconoscere i casi a rischio.

10. **MONITORAGGIO E SANZIONI:** si devono operare controlli sull'effettiva attuazione dei servizi, sul loro funzionamento e sulla qualità di lavoro, sia sulle molteplici piccole comunità private, sia sulle attività svolte dalle tante cooperative sociali cui, vengono demandate parti sempre più importanti dei servizi psichiatrici pubblici.

Tali controlli non devono essere autoreferenti, ma devono essere effettuati da una Authority (Commissione di Sorveglianza Psichiatrica) non legata al servizio erogante, con componenti di diversa provenienza (es.: un rappresentante delle associazioni dei familiari, un rappresentante degli operatori, un giudice di pace....). Tale Commissione, nel caso d'inadempienze, ritardi, omissioni e disfunzioni potrà sanzionare amministrativamente i responsabili a tutti i livelli, potrà fare esposti alla magistratura per richiedere un'azione penale, potrà dirimere con giudizio informale, ma vincolante per le parti, i contrasti fra utenti e familiari di utenti e i servizi eroganti, sia essi pubblici sia privati.

FISAM - Associazione Italiana per la Salute Mentale

11. **INSERIMENTO LAVORATIVO:** al fine di assicurare un'attività lavorativa compatibile con le sue possibilità, il malato di mente ha il diritto di essere inserito nelle liste di collocamento obbligatorio (art. 4, comma 2, proposta di legge Burani Procaccini).
12. **CARICO FAMILIARE:** per le famiglie conviventi, o comunque con un membro malato, si devono prevedere supporti psicologici, supporti psicoeducazionali, supporti antistress e sussidi finanziari. Se il malato convivente non è collaborante si rende necessario un costante sostegno infermieristico.
13. **DOPO DI NOI:** diritto alla certezza che alla morte dei familiari o alla loro incapacità di gestire il congiunto malato, questi venga obbligatoriamente preso in carico dal S.S.N. congiuntamente con tutti i servizi istituzionali di appoggio e tutela.
14. **CONSULTAZIONE OBBLIGATORIA:** per definire una programmazione adeguata agli effettivi bisogni del territorio (distrettuale, dipartimentale, ASL, regionale e nazionale) le Associazioni dei familiari devono essere consultate obbligatoriamente.
15. **OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO:** si richiede la creazione dell'osservatorio epidemiologico Regionale e Nazionale sulla malattia mentale.
16. **AREE E EDIFICI EX OSPEDALI PSICHIATRICI:** le aree e gli edifici degli ex ospedali psichiatrici, non utilizzabili per la realizzazione di strutture a favore dei malati di mente, possono essere alienati o affittati, purché il ricavato venga destinato alla costituzione o al funzionamento di strutture destinate ai malati di mente.
17. **SI AUSPICA LA CHIUSURA DEGLI OPG** (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) e si devono prevedere strutture alternative con finanziamenti aggiuntivi.
18. Inoltre, si ribadisce la necessità di stabilire **SANZIONI PENALI** nei confronti dei direttori generali delle ASL e dei direttori dei DSM inadempienti ai loro compiti istituzionali.

NO AL MANICOMIO, NO ALL'ABBANDONO, SÌ ALLE CURE

Il presidente pro-tempore

Lo Presti Cosimo


delegato a Roma per la Fisam:

Augusto Pilato tel. 3334633695 - 0644241265