



## U.N.A.S.A.M onlus

Unione Nazionale delle Associazioni  
per la Salute Mentale

Sede Legale c/o Istituzione G.F.Minguzzi Via Sant'Isaia, 90 – 40123 Bologna

Tel. 051/5288526/11 – Fax 051/521268 – [unasam@unasam.it](mailto:unasam@unasam.it) - C.F.: 96256330588

# Lettera aperta al movimento “Le Parole Ritrovate” sulla proposta di legge 181

## PREMESSA

L'U.N.A.S.A.M ha sempre riconosciuto l'importanza del movimento delle Parole Ritrovate. Come tutti ben sanno le PR sono nate a Trento nel 99/2000. Negli anni successivi a partire dal 2001, con il convegno a Cinisello B (Milano) e a Catania, le PR hanno pian piano conquistato terreno e simpatia in alcune regioni. Sempre nel corso degli anni le PR diventano un movimento che ha al suo interno: familiari, utenti, volontari, operatori, cittadini, amministratori; tutte persone sensibili al tema della salute mentale. Nelle sue giornate (convegno nazionale a Trento e convegni regionali) le persone su descritte diventano i protagonisti. Si ascoltano interventi che hanno come strumento condiviso il *fareassieme* e come contenuti temi che riguardano la guarigione/recovery, la mutualità, le speranze, le criticità, le buone pratiche e così via; in sottofondo diagnosi, farmaci, residenzialità. Il movimento delle PR accoglie, unisce ed ognuno è libero di scegliere e di condividere il tutto in una atmosfera positiva.

Come nasce l'idea della 181? Forse il movimento, nei suoi promotori, pensa di essere un cambiamento culturale, una continuità del *fareassieme*; pensa di colmare lacune legislative, vuole ratificare con una legge i contenuti stessi del movimento.

A noi non sembra così e quindi vogliamo fare uno sforzo per evidenziare, nei contenuti della proposta di legge, le sue evidenti contraddizioni.

Inoltre vogliamo sottolineare che l'esperienza delle nostre Associazioni dei Familiari parte da lontano, con la lotta ai manicomi e alla istituzionalizzazione (nessuna disputa ideologica ma doverosa difesa di diritti sanciti da leggi dello Stato). E' questa esperienza italiana di deistituzionalizzazione e restituzione di diritti e possibilità, portata avanti da alcuni illuminati servizi pubblici di salute mentale, insieme alle Associazioni dei Familiari, che nel mondo hanno consentito la diffusione del pensiero e dell'opera di Franco Basaglia e l'avvio di rivoluzionari processi di deistituzionalizzazione.

**Fare insieme è importante ed è auspicabile, nel rispetto però delle competenze e delle responsabilità differenti delle diverse parti in campo.**

## NEL MERITO DELLA PROPOSTA DI LEGGE 181

Nelle note introduttive i promotori affermano che la 180 ha stabilito 3 principi fondamentali e solo il 3° punto non è stato realizzato pienamente, in particolare scrivono “ **non sono sufficientemente definite sotto il profilo del chi fa che cosa dove e quando**”.

Ci dovremmo aspettare negli articoli la declaratoria di questi profili, ma così non è.

E' bene ricordare che il P.O. 98/2000, definisce già in maniera chiara e precisa gli standard

organizzativi e di funzionamento dei servizi per la salute mentale; in particolare gli standard di assistenza, di personale e di strutture. E, occorre aggiungere, che nella maggioranza dei DSM tali standard non sono rispettati, non certo per ragioni imputabili alla legge, bensì per questioni di risorse, per scelte politiche, perché della salute mentale, se non siamo noi a occuparcene, ai nostri politici interessa poco, o se se ne interessano, è per prospettare ritorni al passato.

### 1° Contraddizione

Nelle note introduttive si afferma **“a partire dal dato vero, ma non sufficiente, che in alcune aree del paese spirito e principi della 180 sono completamente realizzati....”**

Quindi, se è vero che in alcune Regioni i principi si sono realizzati (compreso il 3° punto di cui sopra), per quale motivo si ritiene necessaria una nuova legge? A parer nostro, basterebbe che le Regioni che non hanno realizzato il 3° principio lo facessero realmente. Perché alcune Regioni ci sono riuscite e altre no? Perché le Regioni continuano a disattendere anche le Linee Guida Nazionali del 2008 approvate dalla Conferenza delle Regioni? Cosa ha a che fare questo con la legge? Vale quanto affermato sopra, cioè nulla. A queste domande si può rispondere con una azione incisiva da parte di tutte le organizzazioni che hanno a cuore il tema della salute mentale. Unendo l’impegno delle Associazioni a quello di UNASAM per ottenere Piani Regionali per la Salute Mentale che rispondano ai dettati delle norme e programmi nazionali già approvati.

### 2° Contraddizione

Sempre nelle note introduttive si afferma **“ le risposte delle istituzioni sono del tutte diverse a secondo dei luoghi, delle buone o cattiva volontà dei singoli responsabili dei Servizi, di politici locali e quant’altro”**

Che senso ha una nuova legge se poi le Regioni, le ASL, i Capi Dipartimento, i politici non fanno il loro dovere e cioè rendere operative le normative nazionali già esistenti e recepite da tutte le regioni? Il problema è quindi, in tutta la sua evidenza, nella responsabilità operativa delle Istituzioni, Stato e Regioni, e delle persone chiamate a governarle. Anche qui non si tratta quindi di legge.

### 3° Contraddizione

All’ art.2 della proposta 181 si scrive **“ il D.S.M. si occupa delle persone dai sedici o più”**. Vista la confusione che regna in questa particolare fase di passaggio dall’età adolescenziale a quella adulta, e senza bisogno di una nuova legge ma attraverso protocolli di intesa, è fondamentale che i D.S.M. si coordinino con la N.P.I. per il passaggio delle competenze e garantendo la continuità della presa in cura.

Sempre all’art. 2 si prevedono 12 aree più 6 articolazioni, testualmente: **“le attività di ogni area e delle articolazioni del Centro di Salute Mentale sono coordinate da un responsabile che ha a disposizione personale specificatamente adatto”**. Quindi se la matematica non è una opinione occorrerebbero 18 responsabili, ognuno con una propria equipe specializzata. Nessuno però ci spiega chi è il responsabile: è uno psichiatra di 1 o 2 di secondo livello? E’ uno psicologo? E’ un infermiere professionale, un assistente sociale, un terapeuta della riabilitazione? Boh! Ancora: **“il responsabile ha poi la responsabilità di un personale specificatamente adatto”**, ma anche qui non si chiarisce chi sarebbero costoro!

Evidenziamo che nelle premesse alla proposta di legge vi è scritto che questa proposta vuole essere una legge pignola e puntuale dove ognuno saprebbe cosa fare, dove e quando: Leggendo l’articolo 2 ci pare che la confusione sia totale.

#### 4° Contraddizione

Nell'art. 3, la Consulta della Salute Mentale ha 5 componenti designati dalle associazioni che sono decisamente un numero inferiore rispetto agli altri 10 componenti e quindi in ogni eventuale decisione da assumere i componenti delle associazioni saranno sempre in minoranza. Che ne è dei pari diritti?

#### 5° Contraddizione

All'art. 9 si afferma che **“ogni percorso di cura mette in campo una squadra di trattamento composta dall'utente, dai familiari e dagli operatori di riferimento”** ma chi decide la squadra? E l'utente che ruolo ha nel suo percorso di cura?

#### 6° Contraddizione

All'art.10 promotori affermano **“il D.S.M. anche in collaborazione (quindi potrebbe anche non averla) con le Associazioni rappresentative dei familiari e utenti e d'intesa con la Consulta della Salute Mentale, recluta utenti e familiari esperti ... coloro che hanno maturato consapevolezza delle proprie esperienza nella malattia e sono disponibili e motivati a erogare prestazioni riconosciute e monetizzate...”**

Chi decide quale familiare/utente ha maturato la consapevolezza? E' l'operatore per caso o lo invia l'associazione? Dove va a finire l'empowerment dei familiari e degli utenti, solo all'interno di una associazione si scelgono le persone visto che sono esperti per esperienza.

Inoltre la monetizzazione crea un rapporto di ambivalenza tra D.S.M. e familiare.

Data per acquisita la buona fede e l'etica di ciascun familiare nel cercare di mantenere la propria autonomia nei confronti dell'istituzione, riteniamo tuttavia che la condizione di subordinazione di un rapporto di lavoro renda sempre problematico il complicato equilibrio nella tensione tra la difesa del posto di lavoro e la salvaguardia della libertà di espressione. Del resto è la condizione di qualsiasi rapporto di lavoro subordinato. Crediamo che il familiare, onde evitare di trovarsi un giorno in questa posizione scomoda, per salvaguardare la sua posizione di advocacy, sarebbe auspicabile rifiutasse un posto a pagamento all'interno di un servizio di salute mentale. Del resto è questa una posizione da sempre ampiamente dibattuta all'interno del volontariato e riguarda l'essenza stessa dell'essere volontari, quindi non retribuiti, e del loro ruolo di sentinella per l'attuazione delle buone pratiche da parte dei Servizi. Riteniamo perciò che i familiari si debbano sempre astenere, senza se e senza ma, dall'occupare posizioni a pagamento in supplenza alle carenze dei servizi.

A noi pare, infatti, che alla fine è sempre il D.S.M. a decidere esercitando un controllo inaccettabile verso familiari che si dichiarano disponibili. Diversa può essere la posizione per gli utenti per i quali, data la scarsità di posti di lavoro disponibili nel mercato del lavoro, un loro impiego all'interno del servizio pubblico di salute mentale, compatibilmente con le competenze e abilità possedute, può essere loro funzionale e costituire risorsa per il servizio (come avviene da oltre 30 anni in tanti servizi di salute mentale con programmi di inserimento al lavoro specifici). Il problema dell'autonomia si porrebbe anche in un posto di lavoro all'esterno dove il potere contrattuale di una persona fragile sarebbe comunque a rischio. Per questo non è pensabile di chiedere all'utente di svolgere il ruolo di sentinella del buon funzionamento dei servizi, mentre invece lo si deve esigere dai familiari. La questione che si pone per l'utente è il monitoraggio sulla caratteristica del contratto che sia rispettosa dei diritti, della dignità e delle inclinazioni della persona.

In più la carenza negli organici dei Servizi non può essere risolta con la presenza giornaliera dei familiari e/o utenti. I percorsi di cura condivisi sono ben altro e nulla hanno a che vedere con la “supplenza” che si vuole far assumere a familiari e utenti. Il movimento delle Parole Ritrovate sa benissimo come in molti servizi c'è una carenza drammatica di personale; alcuni centri diurni chiudono, centri di salute mentale hanno ridotto l'orario di apertura, le visite a domicilio sono sempre più rare e i percorsi di cura e di ripresa limitati all'intervento farmacologico! Senza parlare di cosa accade nelle strutture residenziali sempre meno controllate dai servizi pubblici di salute

mentale e nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura che hanno ripreso con maggior vigore le pratiche coercitive.

## 7° Contraddizione

L' art. 17 cita **“il centro di Salute mentale garantisce a ogni utente uno o più referenti stabili”**, ma alla fine dell' articolo non si capisce più chi è il referente.

Gli altri articoli non dicono niente di nuovo, affrontano in maniera confusa e banale (vista invece la complessità del rapporto tra pubblico e privato!) il problema della residenzialità (art 22), il problema del lavoro (art 23), il problema dell'emergenza (art 16 e 21 A.S.O e T.S.O.). Sull'urgenza/emergenza citiamo le raccomandazioni della Conferenza delle Regioni che danno indicazioni precise che noi condividiamo in pieno.

Quindi cari amici di Le Parole Ritrovate, noi della Direzione Nazionale dell'UNASAM e tutta l'UNASAM, riteniamo che sarebbe opportuno, e urgente, che i D.S.M. funzionassero in maniera adeguata nel rispetto delle normative già vigenti e che non si debba creare confusione nè false aspettative su nuove e improbabili soluzioni legislative. Del resto i servizi come Trento che integrano i familiari già lo fanno con la legislazione attuale. Nulla impedisce ad altri di fare altrettanto, per quanto non sia ciò il nostro auspicio.

Abbiamo chiaro da molti anni quale è il nostro compito e la nostra mission di Associazioni di Familiari e non possiamo (ne vogliamo) delegare ciò a nessuno, tanto meno ai Dipartimenti di Salute Mentale. Resta quindi la nostra totale contrarietà alla istituzionalizzazione per legge degli UFE e alla proposta di Legge 181. Vi chiediamo invece di unirvi al nostro impegno per difendere, a partire dal rispetto della legislazione vigente, il diritto delle persone alla guarigione, per combattere ovunque pratiche coercitive e lesive della dignità e della libertà delle persone, per superare definitivamente gli ospedali psichiatrici giudiziari, per la messa a disposizione delle risorse necessarie per la tutela e la promozione della salute mentale nelle comunità e per il benessere sociale. Sono, oggi, ancora troppo complesse le questioni e lontane da standard minimi di risorse per la realizzazione di buone pratiche perché possano essere significativamente risolte con la presenza di qualche familiare nell'organico dei servizi. Occorre quindi una azione condivisa a livello regionale affinché i Piani Regionali per la salute mentale mettano in campo le risorse umane, culturali e finanziarie necessarie a tutelare la salute mentale delle cittadine e dei cittadini e alla presa in cura personalizzata e orientata alla recovery degli utenti dei servizi. Occorre il riconoscimento sostanziale delle Associazioni dei Familiari e degli Utenti nei processi decisionali istituzionali e nella programmazione Dipartimentale.

Bologna, 02.01.2012

La Presidente  
Gisella Trincas

