C/2024/6868

28.11.2024

Parere del Comitato economico e sociale europeo

Servizi di comunità per la salute mentale

(parere d'iniziativa)

(C/2024/6868)

Relatore: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Consigliera	Gisella TRINCAS (per il relatore)
Decisione dell'Assemblea plenaria	18.1.2024
Base regolamentare	Articolo 52, paragrafo 2, del Regolamento interno
Sezione competente	Occupazione, affari sociali e cittadinanza
Adozione in sezione	4.9.2024
Esito della votazione (favorevoli/contrari/astenuti)	76/1/0
Adozione in sessione plenaria	18.9.2024
Sessione plenaria n.	590
Esito della votazione (favorevoli/contrari/astenuti)	204/1/3

1. Conclusioni e raccomandazioni

1.1. Il CESE condivide le finalità e gli obiettivi dell'approccio globale della Commissione europea alla salute mentale, in particolare i capitoli relativi alle azioni: integrazione della salute mentale in tutte le politiche; promozione della prevenzione e dell'intervento precoce in relazione ai problemi di salute mentale; miglioramento della salute mentale dei bambini, dei giovani e degli anziani; assistenza alle persone più bisognose; gestione e prevenzione dei rischi psicosociali sul luogo di lavoro; rafforzamento dei sistemi di salute mentale e miglioramento dell'accesso alle cure e all'assistenza; eliminazione della stigmatizzazione e dei pregiudizi; e promozione della salute mentale a livello mondiale.

1.2. Il CESE è convinto che l'alfabetizzazione in materia di salute mentale sia necessaria per l'intera società. In effetti, le strategie di prevenzione devono essere in grado di liberare tutto il loro potenziale per sensibilizzare maggiormente la popolazione affinché la stigmatizzazione sia combattuta nelle comunità aperte e sia possibile riconoscere e diagnosticare i problemi di salute mentale in una fase precoce in vista di un intervento rapido.

1.3. Il CESE ritiene che la cooperazione intersettoriale sia fondamentale per garantire che i settori dell'istruzione, dell'occupazione, dell'assistenza sociale e della salute mentale operino di concerto per aiutare le persone a vivere al loro miglior potenziale. L'obiettivo delle politiche dovrebbe essere la messa in atto di un sistema integrato di salute mentale, poiché la vita di una persona non dipende dalle competenze di un settore specifico. L'obiettivo è liberare il pieno potenziale della persona al fine di sostenerla nel perseguimento della felicità, meta alla quale aspirano tutti gli individui.

1.4. Il CESE è favorevole all'*empowerment* e al sostegno all'autorappresentanza, che sono essenziali per garantire la piena partecipazione delle persone a quanto le riguarda e per elaborare congiuntamente strategie e programmi volti a sostenere le persone con problemi di salute mentale. Questo presuppone la pianificazione, la progettazione, la fornitura e la valutazione dell'assistenza, il che richiede inevitabilmente un programma di sostegno tecnico e finanziario a forme di autogestione, solitamente mediante organizzazioni senza scopo di lucro.

1.5. Il CESE incoraggia gli Stati membri, le comunità locali, i professionisti, le organizzazioni della società civile (comprese le parti sociali) e tutti gli attori statali e non statali a creare un ecosistema di servizi basati sulla comunità per sostenere le persone che sono affette da disturbi mentali in tutta Europa. In particolare, il CESE sottolinea le fondamenta dell'ambiente che deve essere costruito sulla base di indicazioni già formulate dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS): ridurre i ricoveri negli ospedali psichiatrici (come già avvenuto in Italia), abolire le pratiche coercitive, modificare lo squilibrio di potere esistente all'interno dei servizi, perseguire la trasformazione che permette di passare da servizi segreganti a pratiche personalizzate, mettere a disposizione servizi e professionisti in grado di interpretare la necessaria trasformazione sulla base dei diritti umani a partire dalla dignità di ogni persona, cambiare il destino di migliaia di persone (e delle loro famiglie) che vivono in queste condizioni e contrastare lo stigma anche per attivare un meccanismo positivo orientato all'inclusione sociale e alla partecipazione alla vita di comunità.

1.6. Il CESE ritiene fondamentale che l'ecosistema si basi su alcuni orientamenti precisi: il «budget personale» dovrebbe diventare il motore della spesa pubblica degli Stati e delle comunità; servizi diagnostici e terapeutici che siano quanto più vicini possibile al luogo di residenza della persona e che al contempo siano luoghi piacevoli da frequentare; il diritto della persona di scegliere di vivere in contesti non segreganti, in cui non vi siano più di tre/cinque letti; servizi in materia di occupazione, istruzione e apprendimento permanente che adottino strategie e strumenti adeguati e personalizzati; professionisti con una formazione adeguata, compreso il contributo più avanzato della ricerca; e servizi di consulenza tra pari poiché le persone apprendono di più da coloro che hanno vissuto esperienze simili. Il CESE ritiene che l'obiettivo di definire orientamenti chiari sia fondamentale per poter determinare delle norme di riferimento.

1.7. Il CESE è convinto che sia necessario ottenere dati disaggregati e statistiche economiche per consentire agli Stati membri e alle comunità di realizzare la pianificazione a livello sia nazionale che di comunità.

1.8. Il capitolo sui finanziamenti rappresenta la sfida più impegnativa poiché è necessario tenere conto dell'efficacia in termini di costi. Esiste ormai una letteratura specializzata e consolidata a livello internazionale secondo la quale l'assenza di azioni o l'esistenza di servizi segreganti rappresenta chiaramente un costo molto più elevato rispetto all'impegno a favore di servizi inclusivi. Si tratta di un processo lungo e complesso, ma il CESE lo considera obbligatorio se riteniamo che la Carta dei diritti fondamentali costituisca un fondamento dell'Unione europea. È pertanto necessario effettuare investimenti a tutti i livelli per sostenere un approccio basato sulla comunità e procedere alla deistituzionalizzazione.

1.9. Il CESE chiede che le istituzioni europee e quelle internazionali, gli Stati membri, le comunità locali e la società civile organizzata (comprese le parti sociali) adottino misure urgenti per organizzare la transizione. Il CESE intende sostenere tutte le iniziative che portino a un ampio consenso in grado di superare lo stigma persistente nel processo decisionale. I protagonisti di tale processo devono essere le persone che soffrono di disturbi mentali e le organizzazioni che le rappresentano. È necessario costruire un percorso strutturato che assuma la forma di una conferenza di consenso estesa alle istituzioni.

2. **Osservazioni generali**

2.1. I dati dell'Eurobarometro ([1]) indicano il crescente impatto e la preoccupazione dei cittadini europei per la salute mentale: il 46 % dichiara di avere avuto un problema emotivo o psicosociale negli ultimi 12 mesi, l'89 % concorda sull'importanza di promuovere la salute mentale, il 25 % riferisce di problemi di accesso ai servizi di salute mentale da parte di un proprio familiare.

2.2. L'*approccio globale alla salute mentale* della Commissione europea ([2]) evidenzia che:

— la salute mentale è una parte integrante della salute;

— è influenzata da vari fattori (personali, ambientali, sociali, economici, ed eventi critici come la pandemia di COVID-19, la guerra in Ucraina, l'inflazione e la crisi energetica);

([1]) https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032.
([2]) https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_it.

— riguardava un abitante su sei dell'Unione europea prima della pandemia, ed ha un costo equivalente al 4 % del PIL;

— questo costo è dovuto sia alle crisi sopra citate che alle scelte politiche e organizzative dei governi;

— coinvolge le fasce più deboli della popolazione, a partire dai giovani, la cui seconda causa di decesso è il suicidio ([3]).

2.3. Il diritto all'accesso alle cure, anche preventive, è sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e dal pilastro europeo dei diritti sociali, il quale afferma che è necessario declinare tale diritto in servizi di buona qualità, rispettosi dei diritti umani e con il coinvolgimento delle persone direttamente interessate.

2.4. La comunicazione della Commissione europea si fonda su tre principi: disponibilità di una prevenzione adeguata ed efficace, accesso a cure e assistenza di alta qualità e a prezzi contenuti, e reinserimento nella società dopo la guarigione.

2.5. Nel parere sul tema *Misure volte a migliorare la salute mentale* ([4]), il CESE:

— chiede una riforma dei sistemi sanitari dell'UE per garantire la prevenzione, l'individuazione precoce e lo screening delle malattie mentali e la fornitura di un approccio centrato sulla persona nella comunità di appartenenza;

— raccomanda che il piano globale dell'UE sulla salute mentale sia dotato di un calendario e di sufficienti risorse, definisca le responsabilità e includa indicatori per monitorare i progressi, anche nel semestre europeo. I PNRR ([5]) dovrebbero includere maggiori investimenti diretti al settore sanitario e sociale;

— sostiene lo sviluppo di sistemi di salute mentale basati sui diritti umani, incentrati sulla persona, orientati alla ripresa e fondati sulla comunità, che diano priorità all'emancipazione e alla partecipazione attiva della persona al proprio recupero, con l'obiettivo finale di migliorare la qualità della vita delle persone affette da patologie mentali, e nel rispetto dei principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) e concentrandosi sui bisogni di gruppi specifici e vulnerabili;

— incoraggia le parti sociali a sostenere e promuovere iniziative volte a migliorare le condizioni di lavoro per valutare ed eliminare i rischi psicosociali sul posto di lavoro.

3. **Osservazioni particolari**

3.1. Con questo secondo parere il CESE intende produrre riflessioni e proposte al fine di ridurre la dissociazione tra affermazioni e pratiche in materia di fornitura di assistenza sanitaria nel campo della salute mentale e dei servizi sociali.

3.2. L'iniziativa faro n. 1 dell'approccio globale è l'«Iniziativa europea per lo sviluppo delle capacità in materia di salute mentale». Grazie a un progetto da 11 milioni di EUR attualmente in fase di realizzazione in collaborazione con l'OMS, la Commissione europea sosterrà gli Stati membri nello sviluppo delle capacità per rafforzare e riformare i loro sistemi di salute mentale.

3.3. Nell'ambito dell'iniziativa faro n. 9 «Youth First», la Commissione, in collaborazione con l'UNICEF, si sta adoperando con Cipro, Slovenia, Italia e Spagna (in particolare l'Andalusia) per rafforzare la loro capacità amministrativa e promuovere la collaborazione reciproca tra le amministrazioni pubbliche nazionali. L'obiettivo dell'iniziativa è migliorare la qualità complessiva dei servizi di salute mentale, ed è supportato dallo strumento di sostegno tecnico.

([3]) *The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice*.
([4]) Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema «Misure volte a migliorare la salute mentale» (GU C 349 del 29.9.2023, pag. 100).
([5]) Piani nazionali di ripresa e resilienza: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_it.

3.4. Nell'iniziativa faro n. 16, la Commissione europea intende offrire agli Stati membri un supporto tecnico per adottare riforme sulla salute mentale in diversi settori, al fine di migliorare ovunque la disponibilità di servizi per la salute mentale intersettoriali. Nell'ambito dell'invito lanciato nel 2024 per lo strumento di sostegno tecnico, sono stati selezionati cinque progetti degli Stati membri per sostenere l'attuazione delle riforme in materia di salute mentale. Il CESE propone un approccio ai servizi e alcune soluzioni basate sulla CRPD con l'obiettivo di definire le buone pratiche da raccogliere e replicare in base a un approccio alla salute mentale basato sui diritti umani.

3.5. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sottolinea la necessità di riformare le leggi non in linea con tali principi. Raccomanda di rivedere le politiche e l'organizzazione dei servizi di salute mentale e dei servizi sociali esistenti per garantire servizi di qualità e soddisfare le diverse esigenze delle persone che soffrono di problemi di salute mentale.

3.6. La questione della disponibilità e della qualità dei servizi basati sulla comunità è di grande importanza e va affrontata con urgenza. Essa appare troppo spesso segnata da un'ambigua dissociazione tra pratiche ed enunciati teorici, tra principi e modelli organizzativi, tra le risorse in campo e i reali percorsi di cura e di ripresa possibile, quali cambiamenti concreti nelle condizioni di vita e di benessere dell'individuo e dei suoi / del suo contesti/contesto di vita. I servizi basati sulla comunità dovrebbero essere pianificati sulla base di dati statistici che devono essere disponibili.

3.7. Occorre a tal fine mirare all'*empowerment* degli utenti dei servizi, aiutandoli a svolgere un ruolo attivo nella co-progettazione dei servizi e nel proprio percorso di cura assumendone consapevolezza e responsabilità, nonché monitorando costantemente gli standard di qualità e di rispetto dei diritti umani nei servizi (pacchetto di strumenti «QualityRights» dell'OMS ([6]), EQUAS ecc.).

3.8. Secondo un approccio centrato sulla persona e sui suoi bisogni reali, i professionisti e i servizi devono sostenere e aiutare le persone a riprendere in mano la loro vita andata in frantumi, nella loro realtà di vita, quando è possibile, ma senza sradicarle dal territorio di appartenenza e dai propri affetti, riaprendo il loro incontro con la vita reale fatta di relazioni, opportunità e scelte, per un recupero significativo. Gli oggetti reali come la casa, una rendita, il possesso di cose utili, il corpo stesso, non sono riprodotti dalla cura di per sé. Al contrario, sono loro che permettono ai trattamenti di avere significato, direzione e bellezza. Si chiama «budget personale» ([7]). Dovrebbe diventare il driver della spesa pubblica per la salute mentale.

3.9. I servizi a livello comunitario dovrebbero essere disponibili in quantità adeguata, accessibili e convenienti, dovrebbero evitare il rischio di essere organizzati come semplici cliniche specialistiche con attività meramente ambulatoriale, con lunghe liste di attesa, aperte solo nei giorni feriali per alcune ore, separate dal resto della comunità locale. Dovrebbero essere culturalmente orientati sui diritti umani. Inoltre, non devono essere costruiti e modulati su logiche di profitto, caratterizzati da spazi e arredi asettici, talvolta degradati, troppo spesso vuoti, freddi e impersonali. Non devono sembrare finalizzati all'illusione della presa in carico, ad un'attenzione superficiale verso il «quasi normale» e all'allontanamento dei «pazienti gravi e difficili da trattare», che faticano ad accedere alle cure e infatti vengono rapidamente allontanati presso strutture private convenzionate.

3.10. Dovranno essere, al contrario, luoghi aperti tutti i giorni e attraversabili, accoglienti e belli, luoghi di relazione e mediazione, motore e regia dei percorsi di cura e di inclusione sociale nella comunità locale, percorsi unici, individuali, complessi, per una ricostruzione del significato, dei legami e del potere contrattuale, quindi del benessere. Sono destinati a fornire un'assistenza rispettosa e dignitosa, ad essere «case», luoghi aperti 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da cui parte il lavoro verso un determinato territorio, con una popolazione definita (non superiore a 80 mila persone), in cui entrano la città e i suoi gruppi formali e informali, li attraversano, li trasformano, dove soprattutto le persone in crisi devono trovare risposte e, se necessario, anche un'accoglienza prolungata, anche notturna.

([6]) WHO QualityRights Tool Kit [pacchetto di strumenti «QualityRights» dell'OMS].
([7]) https://arts.units.it/handle/11368/3029760.

3.11. Le strutture residenziali, data l'emergenza, rischiano di registrare una crescita numerica significativa con un dispendio enorme di risorse finanziarie importanti. Inoltre, i modelli esistenti appaiono sovradimensionati nel numero, 40 e più utenti, lontani dalla vita quotidiana di città e quartieri, anonimi, privi di oggetti, ancora regolati dalla logica del manicomio, porte chiuse e regole autoritarie. Spesso operativamente separati dai servizi territoriali, talvolta con équipe completamente separate e con profili professionali inadeguati totalmente autoreferenziali. Sono per lo più luoghi da cui non si può fuggire verso forme di habitat/convivenza più autonome, supportate quando necessario e per il tempo necessario integrate nella comunità, come tante esperienze positive ci dimostrano e con costi decisamente sostenibili.

3.12. L'eccessiva enfasi che negli ultimi tempi è stata posta sulle strutture residenziali è preoccupante, quasi come se psichiatri, amministratori e politici avessero continuamente bisogno di luoghi, di spazi definiti in cui esercitare, più che la cura, il controllo, il potere in cui in definitiva rinchiudere i pazienti. La comunità mondiale dei medici specializzati in psichiatria ha preso una netta posizione in materia con uno specifico documento ([8]).

3.13. Da una ricerca condotta dalla Rete sociale europea ([9]) emerge che, secondo il 65 % delle comunità locali ad essa affiliate, le risorse per la deistituzionalizzazione e la creazione di servizi di comunità non sono sufficienti. Vi si afferma che il processo è lungo e costoso e che vi è una differenza tra il modo in cui le diverse comunità locali decidono di investire le risorse. Va inoltre sottolineato che spesso esiste una differenza tra le città e le zone rurali.

3.14. In funzione della scelta della persona, si ritiene, e questa appare un'esperienza già presente e possibile, che le convivenze che comprendono servizi generali quali alloggi sociali con un numero ridotto di utenti (1-5) e le case famiglia (3-5) debbano essere sempre più organizzate in abitazioni residenziali all'interno dei paesi o dei quartieri cittadini, dove si vive una vita quotidiana vitale, dove si può uscire liberamente e partecipare alla vita comune, dove nella normalità dell'agire quotidiano si può acquisire storia, fiducia, capacità di scelta, possedere oggetti, riappropriarsi di un tempo e di uno spazio, moltiplicare le opportunità. Vivere la normalità della vita come qualunque altro cittadino. Avviando anche la promozione del sostegno tra pari come modalità per garantire non solo la forma di convivenza, ma anche la condivisione di esperienze, incoraggiando e promuovendo una partecipazione significativa e di qualità alla comunità e alla società nel suo complesso e partecipando, per quanto possibile, con proprie risorse finanziarie.

3.15. Tra queste esperienze di *empowerment*, si evidenzia anche la possibilità dell'affido familiare, ossia del servizio IESA (Inserimento etero-familiare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici), patrimonio culturale immateriale dell'UNESCO.

3.16. Nelle politiche in materia di salute mentale si dovrebbe tenere conto delle esigenze specifiche dei bambini e degli adolescenti, in particolare delle sfide e delle pressioni uniche che essi devono affrontare (si potrebbero suggerire servizi specializzati e sistemi di sostegno negli istituti di istruzione).

3.17. È necessario promuovere approcci su misura per diversi gruppi culturali e vulnerabili, come gli anziani, i rifugiati, la comunità LGBTQ+ e le persone con disabilità, in risposta alle esigenze specifiche dei diversi gruppi della società.

3.18. Occorre incoraggiare la ricerca in corso su interventi efficaci in materia di salute mentale e sviluppare nuove tecniche terapeutiche per garantire che i servizi si basino sui dati scientifici più recenti. A maggior ragione, la formazione dei professionisti in vista della transizione deve essere assicurata a ogni livello ed essere coerente con gli obiettivi definiti.

3.19. Inoltre il CESE valuta con preoccupazione la carenza di professionisti della salute mentale. Questo gap potrebbe essere colmato da un sistema *step-by-step* che coinvolga i diversi professionisti in momenti diversi, a seconda della condizione dell'utente, utilizzando più efficacemente ed efficientemente il personale esistente. Il personale stesso deve ricevere continuo supporto psicofisico per evitare il rischio di burn-out.

([8]) https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_e2e8fbfb2d7a4a168f0df4726c528543.pdf.
([9]) https://socialserviceworkforce.org/wp-content/uploads/2024/03/Enhancing-Community-Care_0.pdf.

3.20. Occorre sviluppare maggiormente il ruolo della tecnologia nel miglioramento dei servizi di salute mentale, in particolare nelle zone remote o scarsamente servite (i servizi digitali non dovrebbero sostituire i servizi prestati dalle persone, ma possono facilitarne l'accesso in determinate circostanze).

3.21. Vi è la necessità di un approccio globale alla salute mentale come parte della normale esperienza di vita di un individuo, garantendo la prevenzione, la preservazione, la promozione e i più alti standard ottenibili di salute mentale, nonché assicurando che gli individui vivano al loro miglior potenziale la vita che desiderano vivere. Vi è soprattutto bisogno di promuovere l'alfabetizzazione in materia di salute mentale per l'intera società. In quest'ottica è essenziale adottare strategie volte a sostenere l'autorappresentanza.

3.22. È indispensabile elaborare degli orientamenti progettati congiuntamente che definiscano norme chiare basate sui diritti umani e indicatori per ogni singola tematica menzionata più sopra. È opportuno prevedere un processo di riesame sistematico per valutare e adattare costantemente i servizi di salute mentale in funzione dei risultati e dell'evoluzione delle esigenze della società.

3.23. Le statistiche e i dati disaggregati, comprese le risorse investite, sono fondamentali per evidenziare l'omogeneità della spesa nei diversi territori e la coerenza rispetto all'obiettivo della deistituzionalizzazione e della creazione di servizi basati sulla comunità. È pertanto necessario dotarsi di un quadro utile per gli Stati membri e le comunità locali, in modo da poter valutare l'efficacia in termini di costi ed eventualmente anche la necessità di risorse aggiuntive.

Bruxelles, 18 settembre 2024

Il presidente
del Comitato economico e sociale europeo
Oliver RÖPKE