

Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema «Anno europeo della salute mentale — per un lavoro e una qualità di vita migliori» (parere d'iniziativa)

(2013/C 44/06)

Relatore: SCHLÜTER

il Comitato economico e sociale europeo, in data 12 luglio 2012, ha deciso, conformemente all'articolo 29, paragrafo 2, del Regolamento interno, di elaborare un parere d'iniziativa sul tema:

Anno europeo della salute mentale — per un lavoro e una qualità di vita migliori.

La sezione specializzata Occupazione, affari sociali, cittadinanza, incaricata di preparare i lavori del Comitato in materia, ha formulato il proprio parere in data 23 novembre 2012.

Alla sua 485^a sessione plenaria, dei giorni 12 e 13 dicembre (seduta del 13 dicembre 2012), il Comitato economico e sociale europeo ha adottato il seguente parere con 74 voti favorevoli, 1 voto contrario e 2 astensioni:

1. Sintesi e raccomandazioni

1.1 La salute mentale è **parte integrante della qualità della vita** e del benessere di tutti i cittadini dell'UE. L'OMS definisce la salute mentale come «uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità»⁽¹⁾. Si tratta di una condizione non rappresentabile adeguatamente mediante dati economici, come quelli relativi al PIL. La crisi in corso ha fatto precipitare milioni di persone in uno stato di angoscia, crisi di senso e nella disoccupazione, con le relative conseguenze sul rischio di suicidio. Per questo, garantire la stabilità psichica è questione di importanza fondamentale per la gioia di vivere di moltissime persone, ben oltre gli aspetti finanziari astratti. Sul piano individuale, la salute psichica rappresenta la premessa necessaria affinché il singolo possa sviluppare il proprio potenziale intellettuale ed emotivo; sul piano sociale, costituisce una risorsa per la coesione e un maggiore benessere sociali, nonché per la prosperità economica.

1.2 L'iniziativa mira a un **rafforzamento della salute mentale** e a una sensibilizzazione della società in generale. Accanto alle malattie mentali croniche e acute e alle relative disabilità, vengono trattati anche disturbi invalidanti che non possono essere classificati come malattie vere e proprie e che potrebbero avere anche cause o effetti somatici. La tematica della salute mentale presenta sfaccettature molteplici e diverse tra loro, condizionate da aspetti medici e sociali ma anche da circostanze di vita, come l'ambiente lavorativo, la giovinezza, la vecchiaia e la povertà.

1.3 I disturbi mentali possono avere **diverse cause e conseguenze** (associate o meno a fattori genetici), ad es. traumi, esperienze infantili avverse, consumo di droghe, stress eccessivo, disoccupazione, mancanza di alloggio ed emarginazione. Numerose sono dunque le possibili soluzioni e i settori d'intervento

pertinenti. Poiché su tali cause è spesso possibile intervenire, è opportuno tenerle in adeguata considerazione nel quadro di una politica e di un'economia inclusive. L'economia sociale, la società civile e i nuovi approcci di imprenditoria sociale possono svolgere un ruolo fondamentale. La prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento delle malattie psichiche devono essere organizzati secondo un approccio pluridimensionale (psicoterapeutico, medico e socioeconomico). I disturbi e le malattie di tipo psichico devono essere considerati maggiormente nella formazione generale delle professioni sanitarie, degli educatori, degli insegnanti e del personale direttivo. Una promozione della salute sul luogo di lavoro sostenuta dalla mano pubblica e una cultura imprenditoriale moderna possono aiutare le persone con disturbi e limitare l'insorgere di problemi legati al lavoro.

1.4 Un ruolo centrale compete al rafforzamento delle **reti** civiche, volontarie, familiari e professionali, nonché alla **partecipazione degli interessati** e delle loro associazioni. La prevenzione e la sensibilizzazione sono compiti che spettano a tutta la società. Servizi di assistenza itineranti in prossimità del domicilio degli interessati nonché la permanenza in case protette possono spesso evitare limitazioni della libertà e il ricovero in strutture ospedaliere. Al riguardo risultano particolarmente importanti gli orientamenti europei e gli esempi di buone pratiche, che prevedono fra l'altro una riduzione adeguata dei ricoveri psichiatrici e dell'utilizzo di medicinali, al fine di contribuire alla creazione di un'assistenza sociospaziale e di altre forme alternative di sostegno. Inoltre, le risorse per la scienza e la ricerca così risparmiate potrebbero essere indirizzate maggiormente verso la conservazione della salute mentale. Anche gli Stati membri finanziariamente più deboli possono procedere a ristrutturazioni e fissare nuove priorità.

1.5 Si dovrebbe anche promuovere in tutta l'UE la **sensibilizzazione del grande pubblico** a questi temi, in particolare nelle scuole, fin da quella materna, nelle imprese, tra i medici e negli istituti di cura. Inoltre, campagne antistigmatizzazione e

⁽¹⁾ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (ultima consultazione: 4 ottobre 2012).

un linguaggio non discriminatorio nei mezzi d'informazione possono metter fine alle discriminazioni nei confronti delle persone affette da malattie mentali. Lo stato di salute ha anche ripercussioni economiche significative, per quanto queste siano secondarie in confronto alle conseguenze ben più gravi che ha sul piano personale ⁽²⁾. Occorre chiedersi maggiormente quali interessi e strutture di natura sociale, politica ed economica acutizzino il problema e come si possa promuovere attivamente l'inclusione mediante uno sviluppo efficace delle **strutture di assistenza alla persona** e mediante il sostegno alle famiglie in quanto primi luoghi di apprendimento nella vita di una persona. I considerevoli progressi della medicina, dell'assistenza professionale e volontaria e dei modelli imprenditoriali per la prevenzione sanitaria devono essere considerati e promossi con maggiore decisione.

2. Contesto

2.1 Le malattie mentali più diffuse in Europa sono disturbi d'ansia, depressioni e dipendenze. Secondo studi effettuati nel 2010, il 38 % degli europei soffre di una malattia psichica ⁽³⁾; nel 2005 erano il 27 % ⁽⁴⁾. Ogni anno si suicidano 58 000 persone. Entro il 2020, le depressioni nei paesi industrializzati rappresenteranno il secondo tipo più diffuso di patologie ⁽⁵⁾. Il tasso di inattività per malattia mentale tra gli affiliati di una grossa cassa malattia tedesca ⁽⁶⁾ nel periodo 2006-2009, ad esempio, è aumentato del 38 % fra i lavoratori attivi e del 44 % fra i disoccupati. Il numero dei medicinali per il trattamento del sistema nervoso, fra cui gli antidepressivi, prescritti nel periodo indicato è aumentato del 33 % ⁽⁷⁾. Anche in Gran Bretagna, il 44 % dei datori di lavoro segnala un aumento dei problemi di salute psichica, e il 40 % un aumento dell'assenteismo da stress ⁽⁸⁾.

2.2 Alla salute e al benessere mentale non è mai stato dedicato un Anno europeo. Tuttavia, i pregiudizi riguardo ai problemi di salute mentale e alle disabilità psicosociali e la stigmatizzazione di chi ne è affetto, da parte della società o sul lavoro, sono ancor oggi all'ordine del giorno. Anche **la strategia Europa 2020** chiede, nell'ottica di una crescita inclusiva e sostenibile, una maggiore inclusione sociale di questa categoria e programmi sanitari specifici a livello dell'UE. Inoltre, la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità - il primo atto internazionale sui diritti umani firmato dall'UE - è

molto chiara nel riconoscere alle persone con disabilità psicosociali tutta una serie di diritti, che devono essere rispettati e attuati dall'UE con tutte le politiche e le azioni pertinenti. Dedicare un Anno europeo alla salute e al benessere mentale sarebbe pertanto un modo di richiamare la dovuta attenzione su questi impegni.

2.3 Dalla metà degli anni Novanta, la salute mentale è oggetto di alcuni progetti specifici nel settore della **politica europea della salute**, nei quali è presentata come un valore centrale ⁽⁹⁾. Nel 2005, la Commissione ha lanciato una consultazione sulla base del Libro verde *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea* ⁽¹⁰⁾.

2.4 Il **Comitato economico e sociale europeo (CESE) ribadisce quanto espresso nel parere** ⁽¹¹⁾ formulato in merito al Libro verde e sottolinea l'importanza, per la società e per il singolo, della salute mentale in quanto elemento fondamentale del concetto di salute. Per l'Unione europea, che si definisce come una comunità di valori, la salute mentale è un'importante fonte di coesione sociale e di partecipazione di tutti i cittadini. La stessa istanza viene dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità che, per il suo contenuto improntato ai diritti umani, vuole realizzare la partecipazione e una visione olistica dell'uomo.

2.5 **La Commissione** si occupa dei temi in esame anche in connessione con l'economia, la politica occupazionale e quella sanitaria (sotto l'aspetto della sanità pubblica). In quest'ambito, garantire un elevato livello di protezione della salute rientra nei compiti trasversali dell'UE, come sancito dall'articolo 168 TFUE. Grazie a un Anno europeo della salute mentale, inoltre, l'UE onorerebbe il compito sancito dall'articolo 6 TFUE di «svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri» in settori quali la «tutela e miglioramento della salute umana», azioni che devono avere «finalità europea».

2.6 La **strategia dell'UE per la salute mentale** ha promosso fra l'altro il Patto europeo per la salute e il benessere mentale, concluso nel 2008 ⁽¹²⁾, cui fanno riferimento peraltro anche le conclusioni del Consiglio del giugno 2011 ⁽¹³⁾.

⁽²⁾ COM(2005) 484 final.

⁽³⁾ *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010* («Incidenza dei disturbi mentali e delle altre patologie a carico del cervello in Europa 2010»), H.U. Wittchen et al., *European Neuropsychopharmacology* (2011) 21, pagg. 655-679.

⁽⁴⁾ <http://www.psychiatrie-psychotherapie.de/archives/14> (ultima consultazione: 15 agosto 2012).

⁽⁵⁾ Cfr. nota 1.

⁽⁶⁾ *Gesundheitsreport 2010* («Relazione sulla salute 2010»), Techniker Krankenkasse, Germania.

⁽⁷⁾ Cfr. nota 6.

⁽⁸⁾ Catherine Kilfedder, British Telecom, audizione del CESE, 30.10.2012.

⁽⁹⁾ *Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004* («Azioni per la salute mentale. Le attività cofinanziate a titolo dei programmi di sanità pubblica della Comunità europea nel periodo 1997-2004»).

⁽¹⁰⁾ Cfr. nota 1.

⁽¹¹⁾ COM(2005) 484 final.

⁽¹²⁾ Patto europeo per la salute e il benessere mentale, Bruxelles, 12 e 13 giugno 2008.

⁽¹³⁾ 309a seduta del Consiglio, EPSCO, 6 giugno 2011.

2.7 I convegni tematici tenutisi nel quadro della suddetta strategia non sono stati sufficienti a sensibilizzare un **pubblico più vasto** e a portare i temi della salute mentale nella quotidianità dei cittadini europei. Questi obiettivi potrebbero essere realizzati grazie a un Anno europeo dedicato a tale tematica: in questo modo, gli enti pubblici di tutti i livelli di governo si occuperebbero dell'argomento, e lo stesso farebbero i soggetti della società civile nel loro molteplice ruolo di esperti, moltiplicatori e imprese sociali. Un Anno europeo della salute mentale dovrebbe anzitutto essere organizzato in modo coerente con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Le persone affette da una malattia o da una disabilità psichica devono essere riconosciute in quanto soggetti giuridici con pari diritti e devono poter esercitare appieno e in tutti gli ambiti della vita i propri diritti e la propria libertà d'azione (cfr. articolo 12 della Convenzione).

2.8 Molte persone affette da disturbi mentali spesso non ricevono il tipo di **trattamento, riabilitazione o aiuto alla partecipazione sociale** necessari dal punto di vista tecnico ed etico, nonostante la medicina e i servizi sociali abbiano compiuto grandi passi avanti in questo settore. La salute mentale è spesso esclusa dalla lista delle priorità in materia di politica della salute. Spesso, e soprattutto **in tempi di crisi e di difficoltà finanziarie**, anziché a un potenziamento delle strutture assistenziali si assiste a un loro smantellamento, o a un aumento dei costi dei servizi indispensabili e delle possibilità di trattamento. Invece, proprio in tempi di crisi sarebbero necessari investimenti a favore della partecipazione e della formazione, nonché dell'economia sociale: è proprio in simili congiunture che lo Stato non può ritirarsi dal settore dei servizi sociali.

Le liste d'attesa e le grandi distanze sono particolarmente controproducenti nelle situazioni problematiche acute. I ricoveri e le limitazioni della libertà dovrebbero essere ridotti al minimo indispensabile, a favore di servizi itineranti, punti d'incontro, consultori e possibilità di trattamento medico in prossimità del domicilio degli interessati. **L'autonomia degli interessati** va rafforzata tramite diritti alle prestazioni sanciti dalla legge e mediante sistemi che non sostituiscono le decisioni individuali, ma che sostengono le persone al momento di prendere delle decisioni, anche per quanto riguarda il bisogno di assistenza e la terapia, in modo da non doversi trovare a limitarne la capacità giuridica d'azione. La classificazione secondo categorie patologiche, l'inserimento unilaterale nei meccanismi della psichiatria, la somministrazione di psicofarmaci e l'utilizzo della forza devono essere sottoposti in modo sistematico a un esame critico e al rispetto dei principi dello Stato di diritto e dei diritti umani. In tutti i tipi di istituzioni e forme abitative deve essere prevista la partecipazione alla società, un'occupazione adeguata e un'organizzazione strutturata della giornata. L'influenza degli psicofarmaci sulla capacità di partecipazione e sulla morbilità deve essere considerata con più sensibilità. Non si deve lasciare che l'accessibilità all'assistenza sia limitata da una frammentazione delle strutture e da procedure di domanda lunghe e burocratiche. Gli interventi di emergenza e la prevenzione dei suicidi

richiedono servizi facilmente accessibili e dotati della necessaria competenza specialistica. Occorre inoltre introdurre in tutta Europa numeri d'emergenza nazionali e altre possibilità d'intervento adeguate.

2.9 Allo stesso tempo, vanno sempre considerate le reciproche interazioni fra **situazione socioeconomica**, disoccupazione e difficoltà causate dalla malattia. Vi sono anche persone che hanno bisogno di risorse e di sostegno per poter convivere bene con una malattia psichica. Ciò significa che la promozione delle possibilità di partecipazione e il rafforzamento della posizione giuridica delle persone affette da una malattia psichica cronica e delle persone con disabilità mentale dovrebbero rientrare fra le tematiche dell'Anno europeo.

2.10 L'assistenza data alle persone affette da disturbi mentali deve tenerne in considerazione le esigenze e gli orientamenti **filosofici**, religiosi e spirituali.

2.11 I fattori sociali sono tutt'altro che trascurabili per il mantenimento della salute mentale, e un buon lavoro, in quanto compito che fornisce senso e identità, svolge un ruolo fondamentale al riguardo. In gran parte, le nostre condizioni quotidiane di vita e di lavoro non sono però più definite da elementi affidabili come tradizioni culturali e decisioni comunitarie e democratiche, bensì da leve e strutture economiche centralizzate. La politica economica e strutturale dovrebbe pertanto tener conto anche della salute mentale degli individui e degli obiettivi in termini di alloggi e condizioni di lavoro dignitosi ed inclusivi.

2.12 L'uomo moderno, in questa società delle molteplici opzioni, dei media e del consumo, si trova di fronte possibilità nuove, ma è anche esposto a **nuovi fattori di stress**. Ad es. i sistemi educativi spesso non sono in grado di rispondere all'urgente bisogno di una formazione etica, cognitiva e sociale di elevato valore, nonostante quest'ultima possa promuovere la necessaria autonomia e l'equilibrio psichico. La dissoluzione dei rapporti sociali aumenta, portando alla perdita di risorse esterne come amici, familiari, colleghi. Infatti, il frequente cambiamento del posto di lavoro e quindi anche del luogo di residenza, la disoccupazione e l'impegno ridotto nei confronti dei rapporti umani non contribuiscono alla creazione di reti interpersonali nelle vicinanze immediate del domicilio. Per questo, la partecipazione vincolante degli interessati e delle loro associazioni all'organizzazione delle strutture di assistenza e di rete diventa ancor più importante.

2.13 Quando si altera l'**equilibrio fra responsabilità personale e sicurezza sociale**, il pericolo di una malattia mentale aumenta. Ciò riguarda ad esempio i cosiddetti incentivi al lavoro per l'attivazione, che non possono risultare efficaci a causa della mancanza di posti di lavoro e di un'assenza strutturale di possibilità per i fondatori di nuove imprese. Inoltre, la mancanza di alloggio e i disturbi mentali sono spesso strettamente connessi, per cui l'aiuto deve affrontare entrambe le problematiche. I genitori in situazioni occupazionali precarie e i loro figli sono esposti alla pressione combinata di insicurezza, povertà, necessità educative, mancanza di tempo e stress familiare. L'assistenza deve essere altrettanto diversificata e prevedere anche, ad esempio, un sostegno pedagogico e un'offerta ricreativa per le famiglie finanziati dalla mano pubblica. L'elevato indebitamento statale e le difficoltà finanziarie, come anche lo smantellamento della sicurezza sociale e l'alta disoccupazione rafforzano il rischio di depressioni, stati d'ansia e disturbi ossessivo-compulsivi. In 11 Stati membri il tasso di suicidi nella prima metà del 2011 è aumentato di oltre il 10 %, una tendenza che potrebbe essere significativamente ridotta mediante investimenti adeguati per la sicurezza sociale e i servizi sociali (¹⁴).

3. La salute mentale in ambienti specifici

3.1 Mondo del lavoro

3.1.1 La discontinuità dei rapporti di lavoro, le frequenti ristrutturazioni, la reperibilità costante, la pressione delle scadenze, lo stress eccessivo e le crescenti **esigenze in materia di flessibilità e mobilità** hanno spesso conseguenze sulla salute psichica (¹⁵). Secondo le statistiche sulla disabilità nei Paesi Bassi, nel 2010 i problemi di salute psichica sono stati il motivo principale di congedo di malattia di lunga durata (circa 55 giorni). In Gran Bretagna, secondo le stime dell'HSE (¹⁶), si sono persi circa 9,8 milioni di giorni lavorativi per lo stress dovuto al lavoro (2009-2010), e in media ogni persona che soffre di stress da lavoro si assenta 22,6 giorni per malattia. Nel periodo 2010-2011, ciò ha significato 10,8 milioni di giorni lavorativi persi (¹⁷). Altri rischi possono insorgere quando la famiglia, la cura dei familiari e i momenti di evasione culturale, sportiva e spirituale non possono essere conciliati con la vita professionale. Alcuni paesi hanno introdotto dei congedi per assistenza e il diritto a permessi per accudire un familiare. Spesso le imprese devono anche confrontarsi con situazioni problematiche sorte al di fuori dell'ambito di lavoro. I modelli imprenditoriali esemplari in materia di prevenzione sanitaria, inclusione, soluzioni adeguate di lavoro a tempo parziale, assistenza sul luogo di lavoro e formazione specifica dei dirigenti e dei lavoratori dovrebbero essere sostenuti maggiormente dalla mano pubblica. Le culture aziendali innovative possono rafforzare anche la qualità del lavoro e dei prodotti. Una gestione proattiva del rischio di stress, fondata sulla ricerca, l'eliminazione e la riduzione del fattore di stress dovrebbe far parte di una strategia coerente in materia di prevenzione, in applicazione delle disposizioni del Trattato, della direttiva quadro

89/391/CEE concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro, e dell'accordo quadro sullo stress lavoro-correlato stipulato tra le parti sociali europee nel 2004.

L'insicurezza nelle questioni professionali ed esistenziali e i fortissimi vincoli strutturali del mercato del lavoro rappresentano altrettanti pericoli aggiuntivi. Occorre mettere limiti chiari alla corsa al continuo rialzo delle prestazioni professionali e al costante peggioramento delle condizioni di lavoro. Spesso quanti risultano perdenti sul mercato del lavoro si vedono attribuire delle colpe personali anche quando non ne hanno. La richiesta di una flessibilità necessaria e legittima che i datori di lavoro rivolgono ai lavoratori ha la stessa validità della richiesta di flessibilità per motivi di famiglia, assistenza e problemi personali che i lavoratori rivolgono ai datori di lavoro (sollecitudine da parte del datore di lavoro e «centratura sulle persone»). Le persone affette da una malattia mentale corrono un **rischio maggiore di perdere l'impiego** o di diventare inabili al lavoro a causa della loro patologia. In tutto questo svolgono un ruolo decisivo anche i pregiudizi sociali, e in tal modo si perdono manodopera, creazione di valore e risorse in generale.

3.1.1.1 Le quote finora introdotte in alcuni paesi a favore delle persone con disabilità, ad esempio, si sono rivelate strumenti tutt'altro che sufficienti. Piuttosto, serve una politica attiva di inclusione lavorativa a favore delle tante persone finora rimate escluse e per il bene della società nel suo insieme.

3.1.2 Organismi di consulenza e conciliazione paritari e finanziati dalla mano pubblica possono portare a confrontarsi in modo più aperto con questa tematica. Servirebbero organi aziendali o esterni che rappresentassero gli interessi delle persone con disabilità e con disturbi mentali nel quadro della vita lavorativa. Inoltre, è possibile ridurre i pericoli mediante un'adeguata tutela contro i licenziamenti, la protezione giuridica dei lavoratori, il sostegno ai disoccupati, una gestione della salute sul luogo di lavoro promossa dalla mano pubblica, piani di reintegro nel mondo del lavoro e una politica attiva del mercato del lavoro e della famiglia. A favore dei datori di lavoro, in particolare delle piccole e medie imprese, occorre garantire che la loro competitività rimanga intatta, che si eviti il burocratismo e che le strutture pubbliche di sostegno siano affidabili. I servizi di utilità generale, le associazioni di solidarietà sociale e le altre forze della società civile possono svolgere un ruolo importante di sostegno politico e pratico agli interessati, alle imprese e ai servizi per l'occupazione (¹⁸).

(¹⁴) Comunicato stampa, *Debiti e salute mentale: le vittime della crisi*, servizio stampa del PE, 25 giugno 2012.

(¹⁵) *Gesundheitsreport 2011* («Relazione sulla salute 2011»), Casse malattia aziendali (BKK), Germania.

(¹⁶) *Health and Safety Executive*, <http://www.hse.gov.uk/>

(¹⁷) Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, Bilbao (Spagna).

(¹⁸) GU C 351 del 15.11.2012, pagg. 45-51.

3.2 I bambini e i giovani

3.2.1 Le malattie psichiche in età infantile e giovanile sono molto difficili da indagare esattamente da un punto di vista statistico, anche per il fatto che è spesso arduo distinguere tra situazioni patologiche e anomalie comportamentali, nonché fra necessità di consulenza, pedagogiche o di trattamento. Ciò significa che in genere è quasi impossibile distinguere fra i diversi bisogni, e che i confini fra l'uno e l'altro sono assai fluidi. Ad esempio, l'ordine degli psicoterapeuti tedeschi registra una prevalenza annua compresa fra il 9,7 % (malattia psichica) e il 21,9 % (anomalia psichica)⁽¹⁹⁾. Per quanto riguarda la depressione, si osservano sia un aumento del rischio di comparsa della malattia sia un calo dell'età delle persone colpite da un primo episodio di depressione. Gli esperti rilevano fra i bambini e i giovani un **numero crescente di disturbi d'ansia e del comportamento**, nonché un netto aumento del consumo di psicofarmaci.

3.2.2 Allo stesso tempo, gli asili nido e le scuole segnalano un aumento dei bambini e dei giovani che abbandonano l'istituto (14,4 % a livello UE), anomalie comportamentali, disturbi della concentrazione e fenomeni di violenza. Spesso i problemi sono interconnessi, e vanno di pari passo con disturbi psichici, scarse capacità di resistenza contro l'offerta di consumo⁽²⁰⁾ e dipendenza da media, computer o di altro tipo, nonché in generale deficit dello sviluppo. È allarmante il crescente consumo di antidepressivi, metilfenidati e farmaci analoghi già in età infantile o giovanile, un fenomeno su cui è urgente raccogliere dati statistici a livello europeo e mettere a punto delle soluzioni alternative.

3.2.3 La crescente insicurezza dei bambini e dei giovani, e anche dei loro genitori, è un problema che la psichiatria dell'età infantile e giovanile non può risolvere, soprattutto non da sola. L'assistenza alla prima infanzia e il sostegno al ruolo centrale delle famiglie sono tanto importanti quanto la presenza di **competenze specifiche** presso gli asili nido, i pediatri e le scuole. Risulta invece di scarso aiuto quando ogni anomalia comportamentale viene considerata un'anomalia o una malattia psichica, e problemi individuali e sociali complessi vengono unicamente spiegati con un'interpretazione patologizzante⁽²¹⁾. Individualizzazione, accesso disuguale all'istruzione, disoccupazione, povertà, esclusione sociale, vergogna personale ed eccessiva pressione da parte dei genitori, nonché sistemi formativi basati su una sempre maggiore competizione fin dalla più giovane età e le limitate opportunità offerte a chi in questa corsa non è in grado di restare nel gruppo di testa, sono tra i possibili fattori che devono essere considerati da un approccio preventivo. Occorre mobilitare la responsabilità comune di tutte le forze sociali: una situazione abitativa ricca di rapporti personali, un'educazione

dei giovani basata su un'impostazione appropriata, scuole e asili nido ben organizzati, un'**offerta permanente non commerciale di attività del tempo libero**, gruppi giovanili, associazioni e attività culturali, nonché una fitta rete di servizi di assistenza professionale e interdisciplinare, in particolare in materia di consulenza educativa e offerte di istruzione non formale. L'abuso di droghe deve essere affrontato in modo sistematico con attività di diagnosi precoce, prevenzione, consulenza e terapia, nonché mettendo sotto controllo i canali di approvvigionamento. Investire in questo settore consente di evitare danni personali e sociali incalcolabili. L'inclusione degli adolescenti e dei giovani nell'istruzione, nel lavoro e in altre forme di occupazione costruttiva deve essere una garanzia sancita giuridicamente. In tutti questi settori, un particolare ruolo politico e pratico spetta ai servizi d'interesse generale, alle associazioni di solidarietà sociale e alle forze della società civile.

3.3 Gli anziani⁽²²⁾

3.3.1 Una delle principali spiegazioni dell'aumento generale dei casi di malattie psichiche è data dall'allungamento continuo dell'aspettativa di vita. Infatti, in età avanzata aumenta la comorbilità somatica, con conseguente maggiore rischio di depressione. Inoltre, alcune malattie dell'età avanzata, come il morbo di Alzheimer e il Parkinson, si accompagnano spesso a una depressione. Una situazione abitativa dinamica e favorevole alla partecipazione, servizi sociali raggiungibili e itineranti, possibilità di intraprendere attività di volontariato, eventualmente anche una partecipazione appropriata alla vita professionale ed economica, nonché un adeguato orientamento degli istituti di cura sono fattori essenziali per evitare l'isolamento e favorire la prevenzione sanitaria. Negli spazi sociali, presso i servizi di assistenza e nel personale medico dovrebbero essere create competenze sufficienti in materia di gerontopsichiatria. I modelli di buone pratiche, in particolare per quel che concerne i malati di demenza, meritano maggiore attenzione a livello europeo.

3.3.2 Gli anziani vengono in genere seguiti da medici di famiglia generici, che non procedono con la frequenza necessaria a indirizzare i pazienti verso gli specialisti in neuropsichiatria. Nel caso delle demenze e della depressione, tuttavia, è importante realizzare una diagnosi precoce, il che mette in luce la necessità di un'assistenza regolare a tutto campo: nella maggior parte delle case di riposo manca un'**assistenza psichiatrica specializzata** regolare. Ciò vale anche per gli altri istituti dedicati agli anziani, ad esempio i consultori. I progressi della medicina, e in particolare della gerontologia, nonché dell'assistenza con ausili tecnici, devono essere sfruttati adeguatamente a favore di tutte le persone che ne hanno bisogno.

3.3.3 Nel complesso, le particolarità della psichiatria dell'età infantile e giovanile e della terza età dovrebbero essere prese in maggiore considerazione sia nei piani di studio di medicina e psichiatria generali sia in quello di psicoterapia.

⁽¹⁹⁾ Cfr. i dati dell'ordine degli psicoterapeuti tedeschi, <http://www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html> (ultima consultazione: 15 agosto 2012).

⁽²⁰⁾ GU C 351 del 15.11.2012, pagg. 6-11.

⁽²¹⁾ Gruppo di lavoro sulla psichiatria della AOLG – Bericht für die Gesundheitsministerkonferenz der Länder in Deutschland 2012 («Relazione per la conferenza dei ministri della Salute tedeschi 2012»), 15 marzo 2012, pag. 20.

⁽²²⁾ GU C 51 del 17.2.2011, pagg. 55-58.

4. Politica di destigmatizzazione

4.1 Nell'Anno europeo della salute mentale, l'**approccio improntato ai diritti umani** dovrebbe avere un'importanza fondamentale. I servizi medici e psicosociali devono sostenere i pazienti e rafforzarne il potenziale di auto-aiuto (*empowerment*). A tal fine, occorre mettere l'accento sulla dignità e sulla soggettività giuridica dell'individuo, cui si devono rifare le persone che accompagnano quest'ultimo nella sua crisi. Occorre inoltre sviluppare le capacità del personale addetto ai diversi servizi, affinché comprenda meglio le problematiche della salute mentale e le disabilità psicosociali.

4.2 Spesso le persone che si trovano in una situazione di crisi psichica non si confrontano con la propria patologia perché questa è **stigmatizzata socialmente**, in gran parte per responsabilità dei mezzi d'informazione: l'immagine della malattia mentale che viene trasmessa al grande pubblico ha spesso l'effetto di creare paure e comportamenti di rifiuto, nonché diffidenza nei confronti delle offerte di trattamento corrette. Sono urgentemente necessarie campagne europee di destigmatizzazione della malattia mentale, impostate sul lungo periodo e incentrate sulla prevenzione. Tali campagne devono anche coinvolgere gli operatori di tutti i settori pertinenti sul piano giuridico (giustizia, polizia, uffici pubblici, ecc.), per ottimizzarne le capacità specialistiche e professionali di trattare con le persone affette da una malattia psichica. Le stigmatizzazioni vanno evitate il più possibile anche per quanto riguarda l'organizzazione e il finanziamento dell'assistenza. In particolare, il rafforzamento della capacità di gestire la propria vita dovrebbe essere un'offerta rivolta a tutta la popolazione. La promozione dell'incontro e dello scambio fra gli interessati e le persone senza esperienza psichiatrica dovrebbe essere un elemento centrale di questa politica.

4.3 Anche in campo occupazionale bisognerebbe evitare di creare **mondi separati** in cui le persone vengono inserite senza il diritto di esprimere una preferenza o una scelta. Il singolo deve anzitutto poter decidere per conto proprio se preferisca l'occupazione assistita in un istituto specializzato oppure nel mondo del lavoro generale. Infatti, con strumenti di aiuto alla partecipazione sul posto di lavoro si possono aumentare in molti casi le possibilità di riprendere l'attività («occupazione assistita» o *supported employment*)⁽²³⁾. Per una prestazione lavorativa in genere va corrisposto un compenso prestabilito, che dovrebbe essere frutto delle trattative fra le parti sociali. Una somma che si limiti a garantire la sussistenza non è adeguata per le persone con malattie o disturbi psichici. Un esempio

⁽²³⁾ *Stellungnahme der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* («Parere delle associazioni del Kontaktgespräch Psychiatrie in merito alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità»), Friburgo/Berlino/Stoccarda, 15 maggio 2012.

relativamente riuscito di graduale reintegrazione è il cosiddetto «modello di Amburgo»⁽²⁴⁾.

4.4 Concretamente, nell'UE si registrano le seguenti violazioni dei diritti umani nei confronti delle persone con disturbi psichici: **limitazioni sproporzionate della libertà** e trattamenti forzati senza un consenso informato dell'interessato; spesso inoltre mancano le possibilità di ricorso giuridico. I programmi di deistituzionalizzazione, i servizi di assistenza itineranti vicino al domicilio degli interessati, un'accessibilità degli aiuti senza formalità burocratiche, la sottoscrizione di accordi di trattamento rispettosi dei diritti umani e una politica di destigmatizzazione, anche con il coinvolgimento delle persone interessate in quanto esperte della propria situazione, sono altrettanti elementi importanti al riguardo.

4.5 È necessario riesaminare la strategia dell'UE per la salute mentale. Il CESE ritiene anzitutto necessario verificare il grado di **esclusione delle persone affette da una malattia mentale** rispetto alla partecipazione alla società in generale e al mercato del lavoro in particolare. Occorre anche riflettere sul modo in cui la prevenzione o una buona assistenza possono evitare l'incapacità al lavoro o una riduzione della capacità lavorativa. Occorre inoltre chiedersi in che misura ad esempio il linguaggio utilizzato nel settore medico, nei mezzi d'informazione e nella società rende difficoltosa o impedisce l'inclusione.

4.6 L'iniziativa in esame aumenta le possibilità di raggiungere un pubblico più ampio in materia di salute mentale e può influenzare l'ordine delle priorità dell'agenda politica e creare un clima propizio alla promozione di idee innovative per il benessere di tutti.

4.7 Per promuovere l'Anno europeo della salute mentale, oltre al CESE occorre coinvolgere anzitutto i soggetti competenti della società civile, compresi i gruppi e le associazioni con esperienza in campo psichiatrico, e quelli del settore sanitario, nonché le direzioni generali interessate della Commissione e i membri del Parlamento europeo e il Comitato delle regioni. A livello nazionale vanno coinvolti i ministeri competenti e i membri dei parlamenti nazionali. Nel complesso, le politiche specifiche devono essere definite avvalendosi di una maggiore partecipazione degli interessati.

⁽²⁴⁾ Articolo 74 del codice della previdenza sociale V e articolo 28 del codice della previdenza sociale IX (per le persone con disabilità o a rischio concreto di disabilità). Il lavoratore stabilisce con un medico un piano di reintegro in conformità dei progressi della sua guarigione. La certificazione medica contiene il piano di reintegro e, se possibile, una prognosi relativa al probabile momento del recupero completo delle capacità lavorative. Prima che inizi la procedura è necessario il consenso del datore di lavoro e della cassa malattia. Il lavoratore continua a percepire le indennità di malattia dalla sua cassa malattia oppure un'indennità transitoria dell'assicurazione pensionistica.

4.8 Affinché **l'iniziativa ottenga risultati tangibili anche a livello degli Stati membri**, si dovrebbe in parallelo utilizzare il Quadro d'azione per la salute mentale ed elaborare un quadro comune di riferimento per le misure relative alla salute psichica nei sistemi sanitari e nel settore della politica sociale, nonché in contesti importanti della vita come la scuola e il luogo di lavoro. Come strumento di apprendimento reciproco si dovrebbero utilizzare esami fra pari simili a quelli del metodo di coordinamento aperto. Le misure devono tradursi in disposizioni giuridiche, normative finanziarie (come nel caso dell'FSE) e diritti per i malati e le imprese. Occorre esaminare se un osservatorio permanente possa consentire di trattare la tematica in modo continuativo. Le relazioni dell'UE sulla salute dovrebbero contenere una maggiore quantità di dati europei sui disturbi mentali e in particolare sul tipo di assistenza e l'incidenza dei ricoveri psichiatrici e del consumo di psicofarmaci. I partner potenziali dei settori più disparati della società dovrebbero trasformarsi, col tempo, in sostenitori duraturi. L'iniziativa e l'Anno europeo stesso non devono avere effetti limitati nel tempo, ma anzi sviluppare una sensibilità duratura e sostenibile per l'argomento e produrre effetti tangibili per le persone interessate.

Bruxelles, 13 dicembre 2012

Il presidente
del Comitato economico e sociale europeo
Staffan NILSSON

ALLEGATO

al Parere del Comitato economico e sociale europeo

Il seguente testo, che figurava nel parere della sezione, è stato respinto a favore di un emendamento adottato dall'assemblea, ma ha ottenuto almeno un quarto dei voti espressi:

Punto 3.1.1

Modificare come segue:

*[... congedi per assistenza e il diritto a permessi per accudire un familiare.] Questo tipo di misure dovrebbe tener conto della **competitività delle imprese** e mantenere al minimo gli oneri burocratici. Anche gli sgravi finanziari per le imprese inclusive, favorevoli alla famiglia e con sensibilità sociale possono migliorare la situazione.*

Esito della votazione:

Voti favorevoli: 35

Voti contrari: 26

Astensioni: 6
