

Sezione 8. Guida alle domande specifiche

Questa sezione spiega in dettaglio il rapporto fra diritti umani specifici contenuti nella CRPD e il tipo di situazioni di vita reale che ci si può aspettare nel corso di una visita di monitoraggio in istituzioni psichiatriche e socio-assistenziali. La struttura segue le stesse categorie tematiche indicate nelle domande specifiche per la visita nella Sezione 9, qui di seguito. Anche se le informazioni devono essere raccolte per ciascuna parte, se tale parte è applicabile al luogo monitorato, non è necessario porre tutte le domande; esse sono fornite per dare istruzioni per quanto riguarda i tipi di problemi che gli ispettori potrebbero voler esplorare.

Parti 1 e 2: Descrizione del monitoraggio e dettagli dell'istituzione

La prima sezione del Toolkit raccoglie dettagli sull'istituzione ed è pensata per raccogliere informazioni di base, dati statistici e un quadro generale sul funzionamento dell'istituzione. La sua posizione, l'accessibilità e la distanza dalla comunità sono indicatori della capacità dell'istituzione di favorire l'integrazione nella comunità. Alcuni istituti hanno cancelli e assomigliano a prigioni, mentre alcuni sono aperti. Queste informazioni diventano significative quando unite a quelle sulla sede dell'istituzione, sulle regole imposte ai residenti per le uscite, sulle normative per l'accoglienza dei visitatori.

Parte 3: Standard e condizioni di vita

La sezione sullo standard e le condizioni di vita comprende una serie di elementi che hanno un impatto sui diritti umani delle persone all'interno di istituzioni psichiatriche e socio-assistenziali. Questa sezione mira a individuare, ad esempio, se l'ente ha elettricità sufficiente. Il riscaldamento è una questione importante in alcuni paesi e senza un adeguato riscaldamento le condizioni possono essere tali che il freddo costituisce un trattamento inumano e degradante. L'argomento finale di questa sezione è l'igiene, che è legata al diritto alla salute, al diritto al rispetto per la casa e al diritto all'integrità. Esso implica una valutazione delle condizioni sanitarie generali: pulizia delle camere e della cucina, servizi igienici, strutture adeguate e pulite in cui le persone possano lavarsi... Si raccomanda di leggere gli Articoli 15, 17, 19, 25, 28 della CRPD.

Parte 4: Ricovero involontario e procedure di revisione

Le persone negli istituti possono essere legalmente trattenute in base al diritto nazionale. Il ricovero involontario è una grave violazione dei diritti umani e, nel periodo successivo alla Seconda Guerra Mondiale, i redattori dei trattati sui diritti dell'uomo erano preoccupati di evitare le atrocità che si verificano in ricovero involontario. Le persone potrebbero essere trattenute negli istituti per legge, come ad esempio una legge sulla salute mentale. Oppure potrebbero essere trattenute dalla cosiddetta detenzione de facto. Ciò significa semplicemente che essi sono giuridicamente liberi di andare via, ma le porte sono chiuse in modo che non possano andarsene, oppure l'istituzione è così lontana dalla loro casa o da una città che risulta materialmente e fisicamente impossibile per loro andare altrove. Il Toolkit adotta un approccio descrittivo al ricovero involontario, perché sappiamo che esso è una caratteristica della maggior parte dei paesi. Il Toolkit pone una serie di domande riguardo alla procedura di ricovero involontario e alla possibilità di tenere un'udienza per verificarne la legittimità. Tale procedura dovrebbe includere la notifica al ricoverato, la consegna di informazioni ai ricoverati (compreso l'accesso alle cartelle cliniche) per dare al ricoverato le informazioni su cui costruire un caso, l'accesso ad un rappresentante legale pagato dallo Stato e la possibilità di fare ricorso in appello. Si consiglia di leggere l'Articolo 14 della CRPD.

Parte 5: Vita indipendente ed inclusione nella comunità dopo la dimissione

Vivere in comunità è uno dei diritti più importanti definiti dalla CRPD. L'articolo 19 della Convenzione afferma che ogni persona con disabilità ha il diritto di vivere in comunità "su base di uguaglianza con gli altri" e che gli Stati sono tenuti ad adottare "misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento [...] di tale diritto". Il diritto di vivere nella comunità - almeno sulla carta - mette la parola fine a lungo attesa al ricovero in

istituzione e alla segregazione per tutta la vita. Un elemento fondamentale del diritto a vivere nella comunità è il diritto per le persone con disabilità “di scegliere, su base di eguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione” (articolo 19 (a)). Il Toolkit è stato realizzato perché la realtà è che le persone continuano ad essere detenute in istituti, e fino a quando questa situazione non cambierà abbiamo bisogno di compiere sforzi per porre fine alle violazioni da loro subite e per promuovere i loro diritti.

Parte 6: Partecipazione alla vita culturale, ricreativa, agli svaghi e allo sport

Parte della vita in istituzione può implicare che un ricoverato non è in grado di accedere ad attività culturali e ricreative a cui la comunità ha accesso. L'articolo 30 della CRPD afferma che le persone con disabilità hanno il diritto “di prendere parte su base di uguaglianza con gli altri alla vita culturale”, e pone l'obbligo per gli Stati di prendere tutte le misure adeguate per garantire che le persone possano godere dell'accesso a luoghi come teatri, cinema e biblioteche.

Parte 7: Partecipazione alla vita politica e pubblica

Questa sezione nel Toolkit analizza la possibilità all'interno di un'istituzione che i residenti partecipino alla vita politica e pubblica. Secondo i termini della CRPD, ciò significa se i residenti hanno accesso o meno a esercitare il loro diritto di voto. L'articolo 29 della CRPD afferma chiaramente che le persone con disabilità hanno il “diritto e la possibilità di votare ed essere elette” (articolo 29 (a)). Questo Toolkit propone pertanto di chiedere se le persone hanno accesso ai seggi elettorali e tenta di individuare se qualcuno viene escluso dal voto. La partecipazione alla vita pubblica implica anche che gli Stati hanno l'obbligo di incoraggiare le persone con disabilità a unirsi, formare e partecipare alle organizzazioni non governative e a quelle interessate alla vita pubblica e politica del paese e alle attività dei partiti politici (articolo 29(b)).

Tali disposizioni si collegano con le nuove politiche sulla disabilità introdotte dalla Convenzione, in particolare all'articolo 4(3): “nell'elaborazione e nell'attuazione della legislazione e delle politiche da adottare per attuare la presente Convenzione, così come negli altri processi decisionali relativi a questioni concernenti persone con disabilità, gli Stati Parti operano in stretta consultazione e coinvolgono attivamente le persone con disabilità, compresi i minori con disabilità, attraverso le loro organizzazioni rappresentative”. Si collega inoltre alla disposizione di cui all'articolo 33(3), in base alla quale le persone con disabilità devono essere incluse nei meccanismi interni che controllano l'applicazione della Convenzione.

Parte 8: Istruzione, formazione, lavoro e occupazione

La CRPD conferma che parte del nostro essere inclusi nella comunità in termini di accesso all'istruzione e ad avere pari opportunità implica che le persone con disabilità hanno il “diritto al lavoro, su base di uguaglianza con gli altri” (articolo 27(1)). La CRPD rende illegale ogni forma di discriminazione in ogni aspetto del lavoro: dalle condizioni di assunzione, al mantenimento del posto di lavoro, alle promozioni e alle condizioni di lavoro. La CRPD afferma inoltre, aspetto fondamentale, che devono essere fornite “accomodamenti ragionevoli” per consentire alle persone con disabilità di godere del diritto al lavoro (articolo 27(i)). La CRPD definisce accomodamento ragionevole come “le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di eguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali”(articolo 2). Il Toolkit si chiede pertanto se i residenti hanno la possibilità di accedere all'istruzione e di essere impiegati presso l'istituzione e al di fuori di essa.

Parte 9: Libertà di religione

La libertà dall'ingerenza dello Stato nella scelta e nella pratica della propria fede è un diritto sancito in vari trattati sui diritti umani come l'articolo 18(1) del Patto internazionale sui diritti civili e politici, che prevede il “diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione. Tale diritto include la libertà di avere o di adottare una religione o un credo di propria scelta, nonché la libertà di manifestare, individualmente o in comune con

altri, e sia in pubblico sia in privato, la propria religione o il proprio credo nel culto e nell'osservanza dei riti, nelle pratiche e nell'insegnamento". Le persone con disabilità che subiscono molteplici forme di discriminazione (compresa la discriminazione religiosa) sono indicate nel paragrafo introduttivo (p) della CRPD.

Parte 10: Corrispondenza e visitatori

In un'istituzione il diritto di comunicare con il mondo esterno è talvolta ridotto. In termini di diritti umani, esso è chiamato il diritto alla corrispondenza. Ciò riguarda questioni come la censura delle lettere in uscita e in entrata e include telefonate ed e-mail. La legislazione sui diritti umani afferma abbastanza chiaramente che ci sono pochissime eccezioni al diritto di corrispondere liberamente con il mondo esterno. L'unica eccezione potrebbe essere quando un terzo è a rischio. Le lettere da e per gli avvocati e i tribunali (e altri meccanismi per reclami) godono di uno status particolare e non sono mai oggetto di censura. La CRPD analizza il diritto alla corrispondenza, precisando che "nessuna persona con disabilità, indipendentemente dal luogo di residenza o dalla propria sistemazione, può essere soggetta ad interferenze arbitrarie o illegali [...] nella sua corrispondenza o in altri tipi di comunicazione [...]" (articolo 22(1)). Il diritto di ricevere visite è importante, soprattutto se si considera che l'obiettivo terapeutico di qualsiasi servizio di salute mentale è permettere all'individuo di riunirsi alla comunità.

Parte 11: Famiglia e diritti alla privacy: matrimonio, contraccezione, gravidanza e genitorialità, aborto, sterilizzazione

Nel corso della storia, le persone con disabilità hanno subito invasioni della loro privacy, compresa la loro integrità fisica. Ciò è stato ampiamente documentato. È con vigore che la CRPD protegge quindi contro tali abusi. L'articolo 23 stabilisce una serie di importanti diritti relativi al diritto di famiglia. In primo luogo, gli Stati devono vietare la discriminazione delle persone con disabilità nei settori legati al matrimonio, alla famiglia, alla genitorialità e alle relazioni (articolo 23(1)), compresa la scelta del numero e del tempo trascorso tra la nascita di un figlio e il successivo (articolo 23(1)(b)) e il diritto di conservare la fertilità (articolo 23(1)(c)) e di educare i figli (articolo 23(4)). Il Toolkit comprende quindi i temi sensibili della contraccezione, della gravidanza e della genitorialità, dell'aborto e della sterilizzazione. In tal modo, si concentra sul consenso della persona con disabilità, e sulle informazioni e sul sostegno ad essa forniti affinché sia in grado di compiere scelte autonome. È da notare che la sterilizzazione non è mai una cura per problemi di salute mentale o per una disabilità intellettiva e avere una diagnosi non deve essere una ragione per praticare la sterilizzazione o l'aborto.

Parte 12: Libertà di espressione e opinione e accesso alle informazioni

L'articolo 21 della CRPD prevede il diritto di "ricevere e comunicare informazioni su base di uguaglianza con gli altri". Il Toolkit si concentra sul diritto alle informazioni in relazione ai vari aspetti della vita negli istituti e sottolinea l'importanza dell'accesso alle informazioni per i residenti.

Parte 13: Libertà da torture, maltrattamenti, abusi e trascuratezza

L'abuso e la negligenza possono verificarsi in qualsiasi istituzione, semplicemente a causa della natura del potere e il controllo di tali luoghi. I maltrattamenti possono verificarsi a causa delle culture di violenza degli istituti, tali che l'abbandono e l'abuso possano continuare impunemente. La CRPD tratta nell'articolo 15 il diritto di non essere sottoposto a torture, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti, e il diritto di non essere sottoposto a sfruttamento, violenza e maltrattamenti nell'articolo 16. Un sistema di querele efficace può contribuire a prevenire gli abusi. Tali sistemi devono essere accessibili a tutti coloro che desiderino fare una denuncia; tutte le denunce devono essere esaminate e sono forniti dei rimedi nel caso in cui esse siano fondate. L'articolo 16(3) della CRPD parla dell'importanza del monitoraggio dei servizi forniti alle persone con disabilità e si collega all'obbligo stabilito dal Protocollo facoltativo alla Convenzione dell'ONU contro la tortura (cfr. Sezione 2 precedente).

Parte 14: Contenzione e isolamento

La maggior parte delle istituzioni psichiatriche e socio-assistenziali ha procedure - scritte o meno - su come

affrontare i comportamenti difficili. A volte gli istituti usano la contenzione manuale (da persona a persona), a volte contenzioni fisiche (camicie di forza, asciugamani legati alle sedie, cinghie di cuoio, gabbie) e a volte rimedi chimici (in genere iniettati nel corpo per sedare la persona). In alcuni istituti ci sono camere di isolamento nel quale il soggetto viene posto per un periodo di tempo fino a quando, a discrezione del personale, il suo comportamento non cambia. È sempre difficile distinguere tra l'uso e l'abuso dei sistemi di contenzione e isolamento. Un insieme di norme regionali utili sono quelle sviluppate dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura (CPT Standards) e gli ispettori sono invitati a consultare questo documento.

Parte 15: Abilitazione e riabilitazione

La CRPD riconosce che gli Stati hanno l'obbligo di "permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali, ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita" (articolo 26(1)). A tal fine, gli Stati devono sviluppare servizi di riabilitazione nelle aree della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali. I membri del personale dovrebbero sottoporsi a una formazione sulla riabilitazione. Il Toolkit lavora sul presupposto che, al fine di far uscire le persone dagli istituti e portarle nella comunità, è necessario fornire una serie di servizi. Tali servizi includono, per esempio, terapia occupazionale e formazione delle competenze. Il Toolkit pone domande per sapere in che misura tutti i residenti hanno accesso e sono inclusi in attività di riabilitazione.

Parte 16: Consenso al trattamento

In molti paesi si ritiene che il consenso al trattamento sia composto di tre elementi principali: informazione, volontarietà e capacità funzionale. Per Informazione si intende che la persona, per decidere a quale trattamento sottoporsi, ha bisogno di ricevere informazioni accurate, veritiere, accessibili e complete, e questo include la scelta di rifiutare le cure. Con Volontarietà si indica che la decisione deve essere libera da minacce, pressioni o altre forme di coercizione da parte di medici, altri professionisti, familiari o altri. La Capacità funzionale, un concetto che è rivendicato dalla CRPD, implica che la persona debba essere in grado di comprendere le informazioni, soppesarle e comunicare - attraverso una rete di sostegno, se necessario - una decisione.

Questo diritto di consenso al trattamento medico è inerente al diritto alla salute, che può essere individuato nell'articolo 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966. Il diritto alla salute è contenuto nell'articolo 25 della CRPD e illustra una disposizione che stabilisce che "le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità". Disabilità qui include chiaramente problemi di salute mentale e disabilità intellettiva. L'articolo 25(1) individua i servizi sanitari nell'area sessuale e di salute riproduttiva ai quali prestare particolare attenzione, in collegamento con il diritto di famiglia dell'articolo 23. L'articolo 25(d) impone ai servizi di assistenza sanitaria di "prestare alle persone con disabilità cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri, in particolare ottenendo il consenso libero e informato della persona con disabilità". Ciò è di grande importanza ed è riflesso dal numero di domande nel Toolkit che sondano il consenso al trattamento.

Parte 17: Accesso alle cure fisiche

Le persone in istituzioni psichiatriche e socio-assistenziali a volte non hanno lo stesso accesso ai servizi sanitari per la salute fisica di quelle che vivono all'esterno di tali istituzioni. L'articolo 25 della CRPD prevede che l'assistenza sanitaria per le persone con disabilità sia fornita, senza discriminazioni sulla base della disabilità, e questo significa (all'articolo 25(a)) "fornire alle persone con disabilità servizi sanitari gratuiti o a costi accessibili, che coprano la stessa varietà e che siano della stessa qualità dei servizi e programmi sanitari forniti alle altre persone".

Parte 18: Accesso ai servizi di salute mentale

Nonostante opzioni terapeutiche migliori e sviluppi positivi nella cura psichiatrica, le persone con problemi di salute mentale o disabilità, specialmente se in istituzione, spesso subiscono esclusione sociale, stigmatizzazioni,

discriminazioni o il mancato rispetto dei loro diritti fondamentali e della loro dignità, tra cui la mancanza di un accesso adeguato alle stesse cure psichiatriche. Quando una persona è considerata un paziente psichiatrico a lungo termine, ciò implica spesso una minore attenzione da parte del personale in termini di monitoraggio della condizione e un minore adeguamento del trattamento e degli obiettivi della riabilitazione. Quindi, questa parte cerca informazioni sulla qualità e sulla frequenza di accesso alla valutazione e al trattamento psichiatrico.

Parte 19: Accesso ai medici di medicina generale/medici di famiglia

L'assistenza sanitaria primaria è il primo livello di contatto con l'assistenza sanitaria e costituisce quindi il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria. Se prestata da un medico generico, l'assistenza sanitaria di base può fornire la continuità delle cure. La Parte 19 quindi valuta in quale misura tale assistenza sanitaria di base sia correttamente fornita ai residenti all'interno dell'istituzione.

Parte 20: Accesso agli infermieri e al personale di cura

In pratica, l'organico di base, composto dagli infermieri, può scarseggiare in alcuni istituti, a volte in quelli che ospitano un numero elevato di residenti. Gli infermieri e il personale di assistenza devono ricevere sufficiente istruzione e formazione, poiché l'Assemblea mondiale della sanità ha adottato la Risoluzione WHA59.23, chiedendo agli Stati Membri di affermare il loro impegno per un piano della durata di 10 anni per l'istruzione e la formazione di un numero maggiore di operatori sanitari in tutto il mondo. La Parte 20 quindi valuta l'accesso a tali cure infermieristiche professionali.

Parte 21: Accesso alle terapie

Le terapie sociali, professionali e psicologiche sono viste in molti paesi come una componente essenziale della gamma completa dei trattamenti per problemi di salute mentale. La Parte 21, pertanto, pone domande sull'accesso alle terapie psicologiche, sociali e professionali.

Parte 22: Documentazione sanitaria

È essenziale che la documentazione sanitaria sia recente e accurata e che descriva lo stato clinico della persona, la funzione sociale e la gamma completa delle esigenze. La documentazione dovrà generalmente includere una diagnosi specifica, se appropriata. L'Articolo 22(2) della CRPD garantisce la protezione del "carattere confidenziale delle informazioni personali, di quelle relative alla salute ed alla riabilitazione delle persone con disabilità, sulla base di eguaglianza con gli altri". Nella parte 22, agli ispettori viene quindi chiesto di valutare quanto siano recenti le informazioni e il livello di dettaglio contenuto nelle singole cartelle cliniche.

Parte 23: Promozione della salute fisica e prevenzione delle malattie fisiche

Molte condizioni gravemente invalidanti, tra cui malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche, sono associate a fattori di rischio comuni e prevenibili. Ad esempio, uso di tabacco, un'alimentazione malsana, inattività fisica e l'uso eccessivo di alcol sono le principali cause di malattie fisiche. La diagnosi precoce di tali condizioni è quindi particolarmente importante per le persone in istituzione, in cui tali fattori di rischio sono comuni. Le prevenzioni delle malattie fisiche comprendono pertanto misure positive volte a prevenire il sopraggiungere di, ad esempio, ipertensione, sindrome metabolica o livelli elevati di colesterolo.

La Parte 23 chiede agli ispettori di valutare in che misura tali attività siano svolte su base regolare e sistematica. I controlli adeguati possono comprendere: esami di routine (esame obiettivo/indagine, esami di sangue e urine, elettrocardiogramma, radiografia del torace), eseguiti a intervalli regolari, con il consenso informato del caso, mammografie e/o esame medico al seno, pap-test, esami del sangue occulto fecale, colonscopia, sigmoidoscopia flessibile, esami urologici, esame della pelle (screening per il cancro della pelle), se la cavità orale è facilmente accessibile per la visita di routine e il personale non medico può facilmente individuare eventuali lesioni precursori del carcinoma, ispezione visiva della bocca, problemi gastrointestinali, diuresi e regolarità intestinale, tra cui incontinenza urinaria ed encopresi, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura o piaghe da decubito (in residenti costretti a letto).

Parte 24: Farmaci per le condizioni mentali e fisiche

Nelle istituzioni psichiatriche e socio-assistenziali ci deve essere un'adeguata disponibilità di tutti i farmaci necessari per le malattie mentali e fisiche. La disponibilità di tali farmaci non significa che essi debbano essere imposti: cfr. il diritto di acconsentire ad un trattamento nella parte 16 precedente. Gli aspetti da monitorare includono la fornitura di tali farmaci, fino a che punto ai residenti sono regolarmente fornite informazioni e sono coinvolti nella creazione dei piani di trattamento, compresi i dettagli relativi agli effetti collaterali; è inoltre necessario prestare molta attenzione alle opinioni personali dei residenti e alle loro preferenze per quanto riguarda i farmaci, a quanto tali preferenze siano rispettate e alle vie di somministrazione. Gli ispettori possono anche avere bisogno di valutare se la prescrizione dei farmaci è coerente con la prassi di sicurezza, comprese le prescrizioni individualizzate con la firma del medico responsabile, e se il dosaggio e la frequenza sono indicati chiaramente. Destano particolare preoccupazione gli istituti in cui vi sia una somministrazione eccessiva di farmaci, l'uso discrezionale dei farmaci per la sedazione o la contenzione consentito al personale in servizio (si veda anche la Parte 14 su contenzione e isolamento).

Parte 25: Valutazione della salute fisica al ricovero

La necessità di un esame medico approfondito al momento del ricovero nelle istituzioni psichiatriche e socio-assistenziali, sarà spesso una parte vitale del processo di ammissione. Una prima valutazione fisica insufficiente può avere conseguenze a lungo termine dannose per i residenti, in termini di eccesso di mortalità e disabilità/morbilità. La valutazione al momento del ricovero deve includere un'anamnesi accurata, esame obiettivo (pressione arteriosa, polso radiale, peso, altezza per il calcolo dell'indice di massa corporea, misurazione della vita), analisi del sangue e delle urine, ECG/EKG o radiografia del torace.

Parte 26: Diagnosi (fisica e mentale)

Per le condizioni fisiche, il sistema internazionale di classificazione e diagnosi principale è il Manuale internazionale per la classificazione delle malattie, Decima Revisione (ICD-10). Per problemi di salute mentale, questo sistema è di uso comune, mentre altri medici specialisti e altri paesi utilizzano il Manuale Diagnostico e Statistico (DSM). Una diagnosi chiara e scritta è solitamente una parte importante della valutazione che porterà ad un piano di cura individualizzato. La Parte 26 quindi chiede agli ispettori di valutare se la diagnosi sia indicata chiaramente nelle cartelle cliniche dei residenti. Questo è importante anche per i governi, per la raccolta di dati e statistiche, una disposizione contenuta nell'articolo 31 della CRPD.

Parte 27: Terapia elettro-convulsiva (ECT)

La terapia elettro-convulsiva (ECT) rimane un trattamento controverso oggetto di numerose ricerche in termini di etica, modalità d'azione, indicazioni cliniche e controindicazioni, sicurezza, effetti ed effetti collaterali e modalità di azione. L'ECT ha sollevato gravi preoccupazioni cliniche per i suoi gravi effetti collaterali, tra cui fratture (prima dell'uso di agenti di blocco neuromuscolare) e disturbi cognitivi (memoria). Gli ispettori dovranno quindi stabilire se e come l'ECT è utilizzata nell'istituzione valutata, ad esempio ponendo domande sull'uso del consenso, di anestetici, apparecchiature per la rianimazione e se l'ECT viene condotta secondo i protocolli e le legislazioni nazionali applicabili.

Parte 28: Alcol, sigarette e droghe illegali

Le persone con problemi di salute mentale, in generale, hanno disturbi fisici più spesso rispetto alla popolazione generale. L'esposizione a fattori di rischio elevato, come pressione alta, colesterolo alto, obesità, dieta povera, mancanza di attività fisica, fumo e abuso di alcol sono più comuni tra le persone con problemi di salute mentale a lungo termine. Un altro aspetto importante da considerare è che i problemi del fumo e dell'obesità e i problemi medici conseguenti sono documentati tra le persone affette da gravi problemi di salute mentale. È stato inoltre notato che le lesioni fisiche sono prevalenti tra le persone con problemi mentali gravi e causano un eccesso di mortalità. Uno status socioeconomico basso di molte persone con problemi gravi di salute mentale può ridurre il loro accesso alle risorse e all'assistenza medica, come ad esempio quelle relative alla cura dei denti e della forma fisica. Per queste ragioni, è importante incoraggiare e promuovere la partecipazione delle

persone con disabilità ad attività sportive e per il tempo libero (cfr. Parte 6: Partecipazione alla vita culturale, ricreativa, agli svaghi e allo sport).

Parte 29: Partecipazione ai piani di cura

Il coinvolgimento degli utenti nella salute mentale è considerato un indicatore di buona pratica e si è sviluppato, in parte, come conseguenza del fatto che il sistema per la salute mentale veniva considerato insensibile alle esigenze dei singoli utenti, di gruppi di utenti e della popolazione in generale. Gli standard e la politica contemporanei identificano come priorità principale la partecipazione del familiare e dell'utente nella pianificazione, nell'implementazione e nella valutazione dei servizi per la salute mentale. La CRPD riprende questa filosofia, garantendo che le persone con disabilità siano in condizione di fare scelte riguardanti la loro vita, se necessario con l'aiuto di una rete di sostegno (articolo 12).

Parte 30: Consenso a partecipare alla ricerca

La CRPD chiarisce nell'articolo 15 - la disposizione relativa al diritto di non essere sottoposti a torture, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti - che "nessuno può essere sottoposto senza il proprio libero consenso a sperimentazioni mediche o scientifiche" (articolo 15). Quando si conducono ricerche in ambito sanitario con i residenti negli istituti, le leggi nazionali e locali e i comitati etici possono fissare requisiti relativi al consenso informato a partecipare. Tali requisiti possono riguardare la fornitura ai potenziali partecipanti di informazioni sufficienti per poter valutare i benefici e i rischi della partecipazione, la garanzia che il rifiuto a partecipare non altererà le loro cure di routine, l'aspettativa che le informazioni raccolte saranno trattate in modo confidenziale e che la loro privacy sarà rispettata, e il fatto che, nel caso in cui i residenti acconsentissero a partecipare a un progetto di ricerca, la loro dignità, i loro diritti, la sicurezza e il benessere saranno garantiti e salvaguardati. La Parte 30 quindi valuta se vi sono prove che tali garanzie siano o non siano state fornite ai residenti.