

Miroljub Nikolić*

Caritas Šabac

Miroslav Brkić

*Univerzitet u Beogradu
Fakultet političkih nauka*

Andrijana Nešković

Caritas Šabac

Komparativni prikaz sistema zaštite mentalnog zdravlja u zajednici u Italiji i Srbiji

Apstrakt

Proces transformacije sa institucionalnog zbrinjavanja ka zaštiti mentalnog zdravlja u zajednici neminovno podrazumeva konstantne promene i postavlja nove zahteve u smislu pristupa korisnicima, organizacije rada i razvoja kompetencija za rad u zajednici. Iako je jedan od ciljeva reforme sistema socijalne zaštite u Srbiji smanjenje institucionalizacije i zalaganje za zaštitu korisnika u najmanje restriktivnom okruženju, izostali su značajniji rezultati. Nedostaju jasna strateška opredeljenja, prisutan je raskorak između normativnog i praktičnog, usluge u zajednici nedovoljno su razvijene. Italija je po mnogim karakteristikama zemlja u kojoj je najrazvijeniji model zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Počeci procesa vezuju se za doktora Franka Bazalju (Franco Basaglia) i njegov rad u velikoj duševnoj bolnici Sveti Jovan (San Giovanni), koja je prva bila deinstitucionalizovana i čiji primer danas služi kao osnova za razvoj savremene zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.

* m.nikolic@caritas-sabac.rs

U radu se prikazuju karakteristike zaštite mentalnog zdravlja u Italiji i Srbiji. Kroz istorijsku perspektivu, analizu legislative i aktuelnog stepena razvoja usluga u zajednici, utvrđuje se da li i pod kojim uslovima je moguće primeniti osnovna obeležja italijanskog modela u kontekstu Srbije.

Ključne reči:

zaštita mentalnog zdravlja u zajednici, deinstitucionalizacija, usluge u zajednici, socijalno preduzetništvo

POJAM I KARAKTERISTIKE MENTALNOG ZDRAVLJA

Mentalne smetnje i mentalno zdravlje

Osobe sa mentalnim smetnjama pripadaju grupi osoba sa invaliditetom. Svaka epoha se suočavala sa moralnom i političkom dilemom kako definisati invalidnost i kako se ophoditi prema osobama sa invaliditetom. Pristup se menjao od individualne i medicinske ka strukturalnoj i društvenoj perspektivi. Razlika je što su prvi koncepti bazirani na zdravstvenom stanju pojedinca i hendikepu, a drugi naglašavaju ograničenja sredinskih faktora u funkcionisanju osobe sa invaliditetom. Zato se invaliditet označava kao koncept koji se razvija i proizlazi iz interakcije lica sa oštećenjima i barijerama u ponašanju i okruženju kojima se onemogućava njihovo puno i delotvorno učešće u društvu ravnopravno sa drugima.¹ Ovo shvatanje ukazuje da invalidnost nije samo atribut osobe koja živi sa njim, već i proizvod prepreka u okruženju koje otežavaju svakodnevno funkcionisanje individue.

Izraz mentalno zdravlje, prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO), odnosi se na stanje emotivnog i psihološkog blagostanja u kojem je pojedinac u stanju da iskoristi svoje kognitivne i emocionalne sposobnosti, da obavlja svoje funkcije u okviru društva, da odgovori na svakodnevne životne potrebe, da uspostavi zadovoljavajuće i zrele odnose sa drugima, da na konstruktivan način učestvuje u promenama okoline i da se prilagodi spoljašnjim uslovima i unutrašnjim konfliktima.²

Nedavno je SZO sprovedla studiju kako bi procenila rasprostranjenost bolesti u svetu i socijalno-ekonomske troškove koji iz toga proizlaze. Ustanovljeno je da teškoće vezane za mentalna oboljenja imaju sve veći značaj u svim

¹ „Međunarodna konvencija o pravima osoba sa invaliditetom”, *Generalna skupština UN*, 2006, str. 1.

² World Health Organization, *Piano d’Azione per la Salute Mentale 2013–2020*, Dipartimento di salute Mentale Triestina A A S n 1, Trieste, 2013, p. 7.

industrijalizovanim zemljama, kako po broju obolelih tako i po značajnim ekonomskim i socijalnim troškovima koji pogađaju pojedince i članove njihovih porodica.³

Depresija predstavlja jedan od vodećih uzroka invalidnosti na globalnom nivou. Prema procenama, oko 450.000.000 ljudi u svetu pati od neuroloških i mentalnih, kao i poremećaja ponašanja.⁴

Svetska zdravstvena organizacija je 2013. godine donela Akcioni plan za mentalno zdravlje (Mental Health Action Plan 2013–2020). Opšti cilj je promovisanje mentalnog blagostanja, prevencija mentalnih poremećaja, pružanje nege, povećanje mogućnosti oporavka, promocije ljudskih prava i smanjenje smrtnosti, morbiditeta i hendikepa kod osoba sa mentalnim poremećajem.⁵

MENTALNO ZDRAVLJE I USLUGE U ZAJEDNICI

Pojam i koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici nastao je kao odgovor na nedostatke bolničkog lečenja i zloupotrebu prava obolelih. Ovaj pojam se istorijski tumačio na različite načine kao: zaštita van velikih institucija, profesionalne usluge izvan bolnica, zaštita od strane zajednice i normalizacija svakodnevnog života. Umesto isključivanja mentalno obolelih iz društva (porodice, zajednice) kroz dugotrajne i ponavljane hospitalizacije, pomoć, lečenje i rehabilitaciju treba pružati u mestu boravka, u stalnoj saradnji sa zajednicom. Ovaj koncept je tesno povezan sa pravima mentalno obolelih i procesima deinstitucionalizacije i počiva na razvoju usluga u zajednici koje treba da obezbede što adekvatniju podršku obolelima u prirodnom okruženju. Sveobuhvatnost ovog pristupa ogleda se u obezbeđivanju širokog spektra usluga koje će zadovoljiti raznovrsne potrebe osoba sa mentalnim teškoćama. Osnovnu organizacionu jedinicu sistema predstavlja centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici ("community mental health center"). Baziran je na preventivnim aktivnostima i razvoju različitih programa u zajednici (službe mobilnih timova, pomoći i lečenje u kući, radno-rehabilitacionih aktivnosti, stanovanja uz podršku, zapošljavanja i pravne podrške, kratkotrajnog stacionarnog lečenja). Koncept mentalnog zdravlja u zajednici ne završava se osnivanjem centra za mentalno zdravlje, već podrazumeva umrežavanje sa svim relevantnim institucijama i uslugama u zajednici (npr. centri za socijalni

³ World Health Organization, *Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013–2020*, Dipartimento di salute Mentale Triestina A A S n 1, Trieste, 2013, p. 8.

⁴ „Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja”, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 8, Beograd, 2007, str. 2–3.

⁵ World health organization, *Mental health action plan 2013–2020*, Geneva, 2013, p. 9.

rad, škole, policijske stanice i sl.) Važno je istaći i da model zaštite mentalnog zdravlja u zajednici ne podrazumeva negaciju bolničkog lečenja koje je i dalje neophodno, ali se insistira na njegovom redukovanju po sadržaju i vremenskom trajanju. „Savremena služba za mentalno zdravlje treba da predstavlja ravnotežu između zaštite u zajednici i bolničke zaštite, nasuprot tradicionalnom starateljskom sistemu u kome dominiraju velike psihijatrijske bolnice i ambulante koje pacijentima pružaju zaštitu i praćenje, pri čemu se tretman obično svodi na davanje lekova”.⁶

Potreba za razvojem usluga u zajednici i deinstitutionalizacijom proističe iz činjenice da su domovi, kao i psihijatrijske bolnice u kojima se pacijenti zadržavaju na duži rok, neki i doživotno, poprimile azilarni karakter. Decentralizacija socijalne zaštite na lokalni nivo doprinosi razvoju raznovrsnih i ekonomičnijih usluga u neposrednom okruženju korisnika, što treba da omogućiti zadovoljavanje potreba većeg broja korisnika.

AKTUELNI POLOŽAJ MENTALNO OBOLELIH OSOBA U SRBIJI

Uprkos ustavnim garancijama kojima je obezbeđena zaštita osoba sa invaliditetom, novim i izmenjenim i dopunjenim zakonima koji su u najvećem delu usklađeni sa međunarodnim standardima o ljudskim pravima, osobe sa mentalnim smetnjama su i dalje izolovane od ostatka društva.

Ustavom Republike Srbije propisano je da je ljudsko dostojanstvo neprikosnovo i da su svi dužni da ga poštuju i štite, kao i da svako ima pravo na slobodan razvoj ličnosti, ako time ne krši prava drugih zajamčena Ustavom.⁷ Takođe je različitim zakonima i podzakonskim aktima utvrđeno:

- da je fizički i psihički integritet nepovrediv, kao i da niko ne može biti izložen mučenju, nečovečnom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju, niti podvrgnut medicinskim ili naučnim ogledima bez svog slobodno datog pristanka;
- da svako ima pravo na ličnu slobodu i bezbednost i da je lišenje slobode dopušteno samo iz razloga i u postupku koji su predviđeni zakonom;

⁶ Vladimir Jović, Ljiljana Palibrk i Jelena Mirkov, *Priručnik za uspostavljanje i razvoj centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici*, Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji, Beograd, 2016, str. 15.

⁷ „Ustav Republike Srbije”, Član 23, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 98, Beograd, 2016.

- da prema licu lišenom slobode mora da se postupa čovečno i s uvažavanjem dostojanstva njegove ličnosti, kao i da je zabranjeno svako nasilje prema licu lišenom slobode;
- da svako ima pravo na zaštitu svog fizičkog i psihičkog zdravlja;
- da građani i porodice kojima je neophodna društvena pomoć radi savladavanja socijalnih i životnih teškoća i stvaranja uslova za zadovoljavanje osnovnih životnih potreba imaju pravo na socijalnu zaštitu, čije se pružanje zasniva na načelima socijalne pravde, humanizma i poštovanja ljudskog dostojanstva, kao i da se u tom pogledu invalidima pruža posebna zaštita.⁸

Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama bliže uređuje osnovna načela, organizovanje i sprovođenje zaštite mentalnog zdravlja, način i postupak, organizaciju i uslove lečenja, kao i smeštaj bez pristanka lica sa mentalnim smetnjama u stacionarne i druge zdravstvene ustanove.⁹ Ove osobe imaju pravo na zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja kroz prevenciju, negu, lečenje i psihosocijalnu rehabilitaciju u odgovarajućim zdravstvenim i drugim ustanovama, oporavak i uključenje u porodičnu, radnu i društvenu sredinu, uz uvažavanje njihovog izbora.¹⁰

Za sada su doneta dva propisa neophodna za sprovođenje Zakona. Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama¹¹ i Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici¹². Iako je ovaj Pravilnik donet u novembru 2013. godine, centri za mentalno zdravlje još uvek nisu sistemski uspostavljeni. Aktuelno u Srbiji postoje samo tri organizacione jedinice. Centar za mentalno zdravlje u Nišu koji je, uz podršku Caritasa Italije, formiran 2005. godine, dakle pre donošenja Pravilnika i centri za

⁸ Miloš Janković, „Slobode i prava lica sa mentalnim smetnjama – nedostaci Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama”, *Crimen – časopis za krivične nauke*, Vol. 7, br. 1/2015, str. 64–65.

⁹ „Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama”, Član 1, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 45, Beograd, 2013.

¹⁰ Isto, Član 7.

¹¹ „Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama”, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 94, Beograd, 2013.

¹² „Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici”, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 106, Beograd, 2013.

mentalno zdravlje u Kikindi i Vršcu, koji su razvijani kroz IPA fondove. Zajedničko im je da su projektno finansirani, te da iako postoje zakonski uslovi još uvek nisu utvrđeni stabilni izvori za njihovo finansiranje.

U sklopu regionalne izjave o viziji mentalnog zdravlja, dogovorena od strane predstavnika osam zemalja Jugoistočne Evrope (Bugarska, Rumunija, Moldavija, Albanija, Hrvatska, Bosna i Hercegovina, Srbija i Crna Gora, Bivša Jugoslovenska Republika Makedonija) u Sinaji, septembra 2003. godine i dopunjena u Ljubljani novembra 2003, Vlada Republike Srbije donela je 2007. Strategiju razvoja zaštite mentalnog zdravlja.¹³ U dokumentu je navedeno da „službe mentalnog zdravlja treba da pruže savremeno, sveobuhvatno lečenje koje podrazumeva bio-psiho-socijalni pristup, i koje treba da se odvija u zajednici, što je moguće bliže porodici obolele osobe”.¹⁴ Osnovni cilj je da se osobama sa mentalnim smetnjama omogući „da povećaju kontrolu nad sopstvenim životom i da poboljšaju mentalno zdravlje razvojem ličnih veština i otpornosti stvaranjem podržavajuće okoline i osnaživanjem ljudi u zajednici”.¹⁵ Konstitutivni deo Strategije čini akcioni plan u kome su navedena područja delovanja, pojedinačni ciljevi, nosioci i vremenski rokovi. Nažalost, ovaj dokument je u najvećoj meri ostao „mrtvo slovo na papiru”. Izostale su konkretne aktivnosti za njegovu primenu, regulatorni mehanizmi, odgovornosti nosioca. Sve zajedno doprinelo je da rezultati i efekti Strategije nikada nisu evaluirani.

Vlada Republike Srbije je u decembru 2006. godine donela Strategiju za unapređenje položaja osoba sa invaliditetom.¹⁶ Osnovni strateški cilj je unapređenje položaja osoba sa invaliditetom do pozicije ravnopravnih građana koji uživaju sva prava i odgovornosti. Ova, kao i prethodna strategija nikada nije bila evaluirana, niti su utvrđeni mehanizmi za njeno praćenje. U njoj se po prvi put kao cilj pominje deinstitucionalizacija, ali ne i načini kako će se sprovesti.

Strategija razvoja socijalne zaštite¹⁷ identifikuje sistemske nedostatke, a posebno one koji se tiču osoba sa invaliditetom. Osnovni cilj reforme je razvijanje integralne socijalne zaštite u kojoj socijalni akteri na najefikasniji način

¹³ „Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja”, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 8, Beograd, 2007.

¹⁴ Isto, deo Vrednosti i principi.

¹⁵ Isto, deo Prevencija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja i unapređenje mentalnog zdravlja.

¹⁶ „Strategija za unapređenje položaja osoba sa invaliditetom”, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 71, Beograd, 2005.

¹⁷ „Strategija razvoja socijalne zaštite”, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 71, Beograd, 2005.

koriste postojeće i razvijaju nove resurse putem dostupnih, kvalitetnih i raznovrsnih usluga, radi očuvanja i poboljšanja kvaliteta života ranjivih i marginalizovanih pojedinaca i grupa, osposobljavanja za produktivan život u zajednici i predupređenja zavisnosti od socijalnih službi. Iako efekti ove, kao i većine drugih strategija nisu evaluirani, utisak je da je značajan broj ciljeva uglavnom ispunjen, što je rezultiralo donošenjem Zakona o socijalnoj zaštiti.

Narodna skupština Republike Srbije donela je 2011. godine Zakon o socijalnoj zaštiti koji počiva na pružanju usluga koje se neće realizovati u restriktivnom okruženju. Zakon formuliše grupe usluga u zajednici i po prvi put prepoznaje stanovanje uz podršku i personalnu asistenciju, kao usluge koje su od izuzetne važnosti za zadovoljavanje potreba u lokalnoj zajednici i sprečavanje institucionalizacije. Većina usluga u zajednici u nadležnosti je jedinica lokalne samouprave, dok Republika utvrđuje standarde za njihovu primenu. Zbog nerazumevanja značaja socijalne zaštite i ograničenosti lokalnih budžeta u mnogim opštinama usluge nisu razvijene, što se naročito odnosi na uslugu stanovanja uz podršku.

Socijalno preduzetništvo se svuda pokazalo kao vrlo važan i koristan instrument za zapošljavanje osoba iz društveno ranjivih grupa. Iako se socijalna preduzeća pominju još u Zakonu o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom¹⁸ iz 2009. godine, i pored više pokušaja nije donet zakon koji reguliše ovu oblast. Kritike na Nacrt zakona bile su pre svega sadržinske prirode, jer su predložene norme više bile u funkciji smanjivanja nezaposlenosti, a ne radnog angažovanja vulnerabilnih društvenih grupa, što je koncept socijalnog preduzetništva. U suštini, nije neophodno ni da se zakon donese. Nemaju ga ni mnoge zemlje Evropske unije u kojima je ovaj koncept razvijen. Bitno je da se ideja prepozna i stvore uslovi za njenu implementaciju. Prema procenama, u Srbiji ima oko 1.196 firmi koje funkcionišu po principima socijalnog preduzetništva.¹⁹ U bruto društvenom proizvodu učestvuju sa 0,2%²⁰ a u zaposlenosti 0,6%²¹. U zemljama EU, socijalno preduzetništvo prosečno učestvuje sa 11% u bruto društvenom proizvodu, a u zaposlenosti sa 6,5%²². Socijalnim preduzetništvom u Srbiji se uglavnom bave udruženja i zadruge, sporadično i privredna društva. Socijalna preduzeća se od standardnih profitnih preduzeća razlikuju po socijalnoj ulozi, poput podrške u zapo-

¹⁸ „Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom”, Član 26, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 36, Beograd, 2009.

¹⁹ Dragan Vukmirović, *Ekonomski uticaj socijalnih preduzeća u Republici Srbiji*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 2014, str. 28.

²⁰ Isto, str. 31.

²¹ Isto, str. 35.

²² Isto, str. 7.

šljavanju osetljivih kategorija, ali pre svega činjenici da profit, za razliku od tradicionalnih preduzeća, reinvestiraju u delatnost. U ustanovama socijalne zaštite za smeštaj odraslih i starijih uglavnom se organizuju radne terapije. U realnosti, i ustanove za smeštaj osoba sa mentalnim smetnjama i intelektualnim poteškoćama se na neki način bave socijalnim preduzetništvom, jer angažuju korisnike za rad na poljoprivrednim imanjima, te se pojedini proizvodi plasiraju na tržište. Zbog izostanka odgovarajućeg normativnog okvira za svoj radni angažman mogu dobiti „džeparac” koji suštinski pripada svim korisnicima, ali ne i realnu naknadu za posao koji obavljaju. Upravo su slične okolnosti uticale da se radna terapija u Italiji transformiše u socijalno preduzetništvo i socijalne kooperative.

Osim nepostojanja Zakona o socijalnom preduzetništvu, izostaje i praktičan koncept zapošljavanja osoba sa invaliditetom. Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom²³ u osnovi je kvalitetan i uvodi niz odredbi i modula koji obavezuju poslodavce da zapošljavaju ili doprinose zapošljavanju osoba sa invaliditetom. Međutim, kao i mnogim drugim zakonima, izostaju adekvatni regulatorni mehanizmi i kaznene mere, te se mnoge odredbe ne poštuju ili se nedovoljno primenjuju u praksi. Preduzeća za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba sa invaliditetom, koja po Zakonu imaju povlašćen status pri javnim nabavkama, u osnovi nisu tržišno orijentisana i bez direktne pomoći države ne bi mogla da opstanu.

Zaštitnik građana je u svom izveštaju iz 2015. godine naveo da je samo u jednoj psihijatrijskoj bolnici zatekao preko 800 pacijenata, od kojih se skoro 500 lečilo duže od jedne godine, a preko 100 više od deset godina.²⁴ U pet specijalizovanih psihijatrijskih bolnica smešten je 2.981 pacijent, pri čemu nisu iskazana lica smeštena u psihijatrijskim klinikama, psihijatrijskim institutima, psihijatrijskim klinikama za decu i adolescente, i odeljenjima za psihijatriju u opštim bolnicama.²⁵ U 15 ustanova za odrasle i starije sa telesnim, intelektualnim ili mentalnim teškoćama na smeštaju je u 2013. bilo 4.552 korisnika. Ovaj broj sa manjim oscilacijama prisutan je i u aktuelnom trenutku. Ono što mnogo više zabrinjava od samog broja jeste činjenica da većina korisnika dugi niz godina boravi u domu. Između 11 i 19 godina na smeštaju je 27,15% korisnika, 24,01% je od 6 do 10 godina, a 20 i više godina čak 20.5%

²³ „Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom”, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 36, Beograd, 2009.

²⁴ „Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja”, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 8, Beograd, 2007.

²⁵ Beogradski centar za ljudska prava; Dostupno preko: www.bgcentar.org.rs/ (Pristupljeno 09.09.2017)

korisnika.²⁶ Ovi podaci nesumnjivo pokazuju da institucionalno okruženje izaziva svojevrsnu izolaciju, a samim tim i posledice po fizički, psihički i socijalni razvoj osobe.

Iako Zakon o socijalnoj zaštiti sadrži niz usluga koje bi trebalo da podstaknu i omoguće život u zajednici, one još uvek nisu postale sastavni deo sistema i nisu u dovoljnoj meri dostupne korisnicima. To se naročito odnosi na usluge podrške za samostalni život. Tako je u 2015. godini samo 1% od ukupnog broja odraslih i starijih korisnika usluga u zajednici (749) koristilo stanovanje uz podršku. Sa druge strane, ova usluga smatra se ključnom za uspešnost procesa deinstitutionalizacije. U Republici Srbiji postoji samo jedan licencirani dnevni boravak za osobe sa mentalnim teškoćama²⁷, što ilustrativno govori o odnosu zajednice prema ovoj ciljnoj grupi. Većina lica smeštanih u rezidencijalne ustanove u potpunosti je lišena poslovne sposobnosti, što ih praktično onemogućava da se na bilo koji način angažuju na tržištu rada. Očigledno je da u Srbiji postoji raskorak između Ustavom i zakonima garantovanih prava i njihove praktične implementacije. Smeštaj u rezidencijalne ustanove još uvek je jedan od dominantnih oblika zaštite sa praktično nepromenjenim brojem korisnika. Usluge u zajednici za osobe sa mentalnim teškoćama rudimentalno su razvijene, većina je isključena iz radnog procesa, deinstitutionalizacija je pre svega formalno opredeljenje Vlade Republike Srbije.²⁸ Usled svega navedenog ne čudi što su formalno glavni razlozi za smeštaj odraslih sa invaliditetom u specijalizovane ustanove: odsustvo bliskih rođaka, nespremnost ili onemogućenost porodice da se brine o osobi, socio-ekonomski rizici i neodgovarajuća porodična briga.²⁹ U praksi, osnovni povod jeste nedostatak usluga u zajednici i odgovarajuće podrške porodici.

Italijanski model zaštite mentalnog zdravlja u zajednici jedan je od najrazvijenijih u svetu. Baziran je na postojanju široke i razgranate mreže dnevnih usluga u zajednici, programa stručnih obuka i zapošljavanje u socijalnim kooperativama i na otvorenom tržištu rada.

²⁶ Miroslav Brkić, „Usluge u zajednici – pretpostavka procesa deinstitutionalizacije”, *Socijalna politika*, god. 49, 2/2014, str. 31–44.

²⁷ Caritas Šabac je jedini licencirani pružalac usluge dnevnog boravka za osobe sa mentalnim teškoćama.

²⁸ Vlada Republike Srbije se akcionim planom u okviru predpristupnih pregovora za Poglavlje 19 obavezala da će usvojiti strategiju deinstitutionalizacije.

²⁹ Republički zavod za socijalnu zaštitu, Izveštaj o radu centara za socijalni rad za 2015. godinu.

ITALIJANSKO ISKUSTVO U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI

Istorijski osvrt

Italijanski model deinstitucionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici započeo je reformama koje je pokrenuo doktor Franko Bazalja. U avgustu 1971. godine postavljen je za direktora psihijatrijske bolnice Sveti Jovan u Trstu. Sa grupom mladih lekara koji nisu bili opterećeni tradicionalnom psihijatrijom, psiholozima, studentima i volonterima otpočinje intenzivan rad na teorijsko-praktičnom preispitivanju institucije za duševno obolele. Rad Bazaljinog tima bio je usmeren na menjanje logika i pravila koja upravljaju bolnicom, na preispitivanju hijerarhija, menjanju odnosa između zaposlenih i pacijenata, insistiranju na slobodama i pravima obolelih. Nadzor se postepeno zamenjuje podrškom, institucionalno zbrinjavanje zapošljavanjem, formalni planovi individualnim planovima usluga.

Ukinute su šok terapije i oblici fizičkog sputavanja, uklonjene su žice koje su okruživale bolnicu, otključane su kapije i vrata, prisilno zatvoreni pacijenti postaju dobrovoljno smešteni, pacijentima su vraćena građanska i politička prava.

Uvodi se kategorija „gosta“ za sve one koji, iako su otpušteni iz bolnice, ne pronalaze u gradu uslove za adekvatan život ili im je još uvek potrebna zaštita, makar u smislu smeštaja.

Velika pažnja posvećuje se individualizaciji ličnog prostora (ormana, komoda, ličnih predmeta), ali i zajedničkih prostora (dnevne sobe, barovi, mesta za druženja...), sve u smislu humanizacije i personalizacije. Vraćaju se u upotrebu predmeti iz svakodnevnog života: ogledala, escajg, pertle, češalj, lična garderoba.

Aktiviraju se skupštine pacijenata, participacija u donošenju odluka. Favorizuju se izlasci pacijenata u grad, oživljavaju se odnosi sa porodicama, podstiču se kućne posete otpuštenim pacijentima radi pružanja pomoći u zadovoljavanju svakodnevnih potreba i prevenciji institucionalizacije.

Organizuju se prve grupe za zajedničko življenje kao početak usluge stanovanja uz podršku. U početku u krugu bolnice, u nekadašnjim stanovima direktora, ekonoma, lekara, a kasnije i u gradu, uz pomoć negovatelja i bolničara, koji su nekada radili na psihijatrijskom odeljenju. U decembru 1972. godine Bazalja sa saradnicima formira prvu socijalnu kooperativu (Laboratori uniti). Kooperativa upošljava 60 osoba, koji, umesto nekadašnje neplaćene radne terapije, obavljaju poslove čišćenja odeljenja, spremanja hrane, pranja i peglanja veša. Svi imaju ugovore o radu, članovi su sindikata i, što je najvažnije, plaćeni su za poslove koje obavljaju.

Osnovne ideje doktora Bazalje implementirane su Zakonom br. 180/1978 (tzv. „Bazaljin zakon”)³⁰, koji je postavio temelje deinstitucionalizacije i razvoja koncepta zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.

Karakteristike aktuelnog sistema mentalnog zdravlja u zajednici u Italiji

Sistem mentalnog zdravlja u zajednici, započet donošenjem „Bazaljinog zakona”, počiva na nekoliko ključnih principa:

- jasnoj podeli nadležnosti između lokalnih samouprava, regija i države;
- stvaranju mreže usluga u zajednici kao alternativni institucionalnom zbrinjavanju;
- osoba, a ne bolest je centar delovanja, kako bi se stvorili terapijski, rehabilitacioni i emancipatorski preduslovi ka što potpunijoj integraciji osoba sa mentalnim smetnjama;
- uključivanju u radni proces obolelih kroz različite socijalne kooperative.

Lokalne samouprave su nosioci upravnih funkcija koje se odnose na delovanja u oblasti socijalne zaštite. One donose odluku o mreži usluga socijalne zaštite, obezbeđuju finansijska sredstva za pružanje usluga, vrše kontrolu nad pružaocima koji moraju da imaju odgovarajuću licencu. Lokalne samouprave izrađuju i odobravaju Plan socijalne zaštite na svojoj teritoriji.³¹

Regije obavljaju funkciju planiranja i koordinacije socijalnih mera usmeravajući ih ka integraciji sa zdravstvenim, obrazovnim i službama zaduženim za uključivanje u tržište rada. Država vrši funkciju usmeravanja, koordinacije i vođenja socijalnih politika, uz određivanje principa i ciljeva kroz nacionalni plan mera i usluga socijalne zaštite.

Po podacima Ministarstva zdravlja Italije, u okviru 183 odeljenja za mentalno zdravlje postoji široka mreža službi sačinjena od centara za mentalno zdravlje (dostupnih korisnicima 365 dana u godini, 24 časa), dnevnih boravaka i struktura za smeštaj korisnika, u ukupnom broju od 3.791. Od toga su 1.114 teritorijalne službe – službe za mentalno zdravlje.³² Aktivnosti u okviru ovih odeljenja bazirane su na terenskom radu u zajednici, dok je hospitalizacija retka i vremenski ograničena.

³⁰ Legge 13 maggio 1978, n. 180, „Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, pubblicata nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978, n. 133.

³¹ Legge 328/2000 – „Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, 2000, Parlamento Italiano.

³² Rapporto salute mentale 2015; Dostupno preko: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_442_intervisteRelatori_itemInterviste_2_fileAllegatoIntervista.pdf (Pristupljeno 15.03.2018)

Socijalne kooperative nastaju sa ciljem da zadovolje pre svega radne potrebe vulnerabilnih društvenih grupa, ali i zajednice u celini.³³ Razvoj socijalnih kooperativa u stalnom je porastu. Po podacima ISTAT-a, u 2005. godini bilo je 7.363 aktivne socijalne kooperative, u 2011. 11.264, dok je u 2013. godini taj broj iznosio 13.041. Socijalne kooperative su u 2003. godini angažovale 31.879 volontera i 189.134 zaposlenih; u 2005. 34.626 volontera i 244.223 zaposlenih, a u 2011. 42.368 volontera i 320.513 zaposlenih.³⁴ U Italiji postoje tri tipa socijalnih kooperativa. Kooperative tipa A su socijalna preduzeća koja pružaju usluge socijalne zaštite i edukacije ugroženim kategorijama stanovništva ili usluge od javnog interesa (npr. briga o deci, obuka i briga o osobama sa invaliditetom, dnevni boravci, pomoć u kući i sl.).³⁵ Socijalne kooperative tipa B su socijalna preduzeća koja se bave radnom integracijom i aktivacijom pripadnika teško zapošljivih i marginalizovanih društvenih grupa (work integration social enterprises). Socijalna preduzeća ovog tipa nude proizvode i usluge na tržištu, a profit usmeravaju na dodatnu obuku svojih članova i poboljšanje njihovog položaja u društvu.³⁶ Osim dve osnovne, postoje i kooperative koje su „mešovitog karaktera” (A/B) koje se bave kako pružanjem socijalno-zdravstvenih i edukativnih usluga tako i aktivnostima koje imaju za cilj radno uključivanje na tržište rada osoba iz društveno ugroženih grupa (kooperative C). Svima je zajedničko da podstiču radno angažovanje osoba iz vulnerabilnih društvenih grupa, kroz različite sadržaje i modalitete, koji se kreću od pružanja direktnih usluga socijalne zaštite do proizvodnje i prodaje robe na tržištu. Sve navedeno usmereno je ka realizaciji četvrtog, verovatno i ključnog principa, „osoba, a ne bolest u centru je pažnje”. Italijanski koncept mentalnog zdravlja jedan je od najrazvijenijih u svetu. Dokazano je da institucionalizovani sistem može da se transformiše, na korist građana, da bude efikasniji i jeftiniji, zasnovan na uslugama u zajednici.³⁷

³³ Legge 381/1991, Disciplina delle cooperative sociali.

³⁴ Alberto Ianes, “Social Enterprise: Social Co-operation in the Italian Welfare System and its Reproduction in Europe (from the 1970s to the Present)”, *Euricse Working Papers*, No. 88/16, 2016, p. 16.

³⁵ Marija Parun Kolin, *Socijalna preduzeća i uloga alternativne ekonomije u procesima evropskih integracija*, EPUS, Beograd, 2008, str. 22.

³⁶ Isto, str. 22.

³⁷ Christien Muusse and Sonja van Rooijen, *Freedom First – A study of the experiences with community-based mental healthcare in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands*, Trimbos Institute, Utrecht, 2015, p. 38.

MOGUĆNOSTI PRIMENE ITALIJANSKOG MODELA ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI U REPUBLICI SRBIJI

Deklarativno, Srbija je opredeljena za koncept mentalnog zdravlja u zajednici, ali joj nedostaju pojedina normativna rešenja, a pre svega praktični mehanizmi.

Nadležnosti nad sistemom i uslugama u oblasti socijalne zaštite slične su u Srbiji i Italiji. Jedinice lokalne samouprave u obe države odgovorne su za obezbeđivanje usluga u zajednici, a centralni nivo za vođenje socijalne politike, donošenje zakona, utvrđivanja normativa i standarda za pružanje usluga socijalne zaštite. Suštinska razlika je što u Italiji postoji svest o značaju socijalne zaštite za zadovoljavanje potreba lokalnog stanovništva, ali i veći budžeti.

Zakonski okvir u Republici Srbiji relativno je dobro uspostavljen i u najvećoj meri usaglašen sa međunarodnim principima. Osnovni problem je što se mnoga normativna rešenja ne primenjuju u praksi, što zbog odsustva adekvatnih kontrolnih mehanizama, odnosno suštinske nezainteresovanosti i ambivalentnosti države za poboljšanje položaja osoba sa invaliditetom. Kao što je navedeno, Centri za mentalno zdravlje osnovni su nosioci koncepta zaštite mentalnog zdravlja u svim razvijenim zemljama. U Italiji postoji razgrnata mreža ovih organizacionih jedinica, koje su građanima dostupne 365 dana u godini. U Srbiji, iako postoji zakonski osnov, postoje samo tri centra za mentalno zdravlje, koji se mahom projektno, a ne i sistemski finansiraju. U tom smislu zaostajemo ne samo za Italijom, već i u odnosu na zemlje bivše Jugoslavije. Nerazvijenost mreže centara za mentalno zdravlje jedan je od osnovnih nedostataka za razvoj modela zaštite u zajednici.

Aktiviranje na tržištu rada osoba sa mentalnim teškoćama jedan je od preduslova integracije. U Italiji je razvijen koncept socijalnih kooperativa u kojima se zapošljavaju osobe iz vulnerabilnih društvenih grupa. U Srbiji je koncept socijalnog preduzetništva samo načelno prepoznat, izostaju adekvatna sistemska i normativna rešenja. Preduzeća koja funkcionišu po principima socijalnog preduzetništva uglavnom su nekonkurentna na tržištu rada i mahom zavise od direktne državne pomoći. Bez uspostavljanja sistemski podržanog koncepta socijalnog preduzetništva teško je zamisliti stvaranje povoljnih uslova za integraciju osoba sa invaliditetom u zajednicu.

Možda je jedan od najvećih nedostataka to što je koncept zaštite u Srbiji usmeren ka bolesti, a ne ka osobi. Medicinski model tumačenja invalidnosti još uvek je dominantan, korisnici se uglavnom posmatraju kao zavisni od tuđe nege i pomoći, pri čemu se smatra da je rezidencijalni smeštaj najbolja opcija za većinu. Iz tih razloga mnogi se u potpunosti lišavaju poslovne sposobnosti, što ih praktično onemogućava da participiraju u životu zajednice. Tek sa promenom ovih stavova, prihvatanjem socijalnog modela tumačenja invalidnosti, moguće je suštinski menjati položaj osoba sa invaliditetom, odnosno mentalnim smetnjama u društvu.

U aktuelnom trenutku Srbija je prilično daleko od primene osnovnih principa italijanskog modela zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Treba istaći da ovaj model u Italiji počinje da se razvija sedamdesetih godina prošlog veka i da još uvek nije u potpunosti prihvaćen na celokupnoj teritoriji države. Za razliku od severa Italije, na jugu još uvek postoje klasične psihijatrijske bolnice i restriktivni pristupi u lečenju obolelih. To dovoljno svedoči koliko je proces deinstitucionalizacije dugotrajan i koliko je teško menjati svest ne samo kod javnog mnjenja već i profesionalaca. U Srbiji, najmanji problem za razvoj koncepta zaštite mentalnog zdravlja u zajednici su normativna rešenja. Suštinski nedostaje volja, jasna strateška opredeljenja praćena akcionim planovima koji će se evaluirati i utvrđivati odgovornost za odsustvo primene. Ne manje značajan je i nedostatak donosioca odluka, osoba koje su u potpunosti posvećene ovim procesima, „srpskih Bazalja”, koji će slediti svoje vizije. Ipak, i kad bi se pojavile osobe poput Bazalje, bila bi im potrebna odgovarajuća sistemska podrška, jer bez nje bi malo toga mogli samostalno da učine.

BIBLIOGRAFIJA

- [1] Beogradski centar za ljudska prava; Dostupno preko: www.bgcentar.org.rs/ (Pristupljeno 09.09.2017)
- [2] Brkić, Miroslav, „Usluge u zajednici – pretpostavka procesa deinstitucionalizacije”, *Socijalna politika*, god. 49, 2/2014.
- [3] Ianes, Alberto, *Social Enterprise: Social Co-operation in the Italian Welfare System and its Reproduction in Europe (from the 1970s to the Present)*, Euricse Working Papers, No. 88/16, 2016.
- [4] Janković, Miloš, „Slobode i prava lica sa mentalnim smetnjama – nedostaci Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama”, *Crimen – časopis za krivične nauke*, Vol. 7, br. 1/2015.
- [5] Jović, Vladimir, Ljiljana Palibrk i Jelena Mirkov, *Priručnik za uspostavljanje i razvoj centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici*, Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji, Beograd, 2016.
- [6] Legge 13 maggio 1978, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, pubblicata nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978.
- [7] Legge 328/2000 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, 2000, Parlamento Italiano.
- [8] Legge 381/1991, Disciplina delle cooperative sociali.
- [9] Međunarodna konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, Generalna skupština UN, 2006.

- [10] Muusse, Christien and Sonja van Rooijen, *Freedom First – A study of the experiences with community-based mental healthcare in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands*, Trimbos Institute, Utrecht, 2015.
- [11] Parun, Kolin Marija, *Socijalna preduzeća i uloga alternativne ekonomije u procesima evropskih integracija*, EPUS, Beograd, 2008.
- [12] Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 94, Beograd, 2013.
- [13] Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 106, Beograd, 2013.
- [14] Rapporto salute mentale 2015; Dostupno preko: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_442_intervisteRelatori_itemInterviste_2_fileAllegatoIntervista.pdf (Pristupljeno 15.03.2018)
- [15] Republički zavod za socijalnu zaštitu, Izveštaj o radu centara za socijalni rad za 2015. godinu.
- [16] Strategija razvoja socijalne zaštite, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 71, Beograd, 2005.
- [17] Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 8, Beograd, 2007.
- [18] Strategija za unapređenje položaja osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 71, Beograd, 2005.
- [19] Ustav Republike Srbije, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 98, Beograd, 2016.
- [20] Vukmirović, Dragan, *Ekonomski uticaj socijalnih preduzeća u Republici Srbiji*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 2014.
- [21] World Health Organization, *Mental health action plan 2013–2020*, Geneva, 2013.
- [22] World Health Organization, *Piano d’Azione per la Salute Mentale 2013–2020*, Dipartimenta di salute Mentale Triestina A A S n 1, Trieste, 2013.
- [23] Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 36, Beograd, 2009.
- [24] Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, Član 1, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 45, Beograd, 2013.

Miroljub Nikolić
Miroslav Brkić
Andrijana Nešković

COMPARATIVE REVIEW OF THE MENTAL HEALTH SYSTEM IN COMMUNITY IN ITALY AND SERBIA

Abstract

The process of change from institutional care to the protection of mental health in the community inevitably implies constant changes and sets new requirements in terms of approach to beneficiaries, work organization and the development of a whole spectrum of new competences for community work. Although one of the goals of the reform of the social care system in Serbia was to reduce institutionalization and advocate for the protection of beneficiaries in the least restrictive environment, there were no significant results. There are no clear strategic commitments, there is a gap between the normative and the practical, the services in the community are not sufficiently developed. Italy is by many characteristics a country in which the model of mental health protection in the community is the most developed. The beginnings of the process are related to Dr Franco Basaglia and his work in the large mental hospital St John (San Giovanni), which was the first one to be deinstitutionalised and whose case today serves as a basis for the development of contemporary mental health care in the community.

The paper presents the characteristics of mental health protection in Italy and Serbia. Through a historical perspective, the analysis of legislation and the current level of development of the community based services, it determines whether and under what conditions it is possible to apply the basic features of the Italian model in the context of Serbia.

Key words:

protection of mental health in the community, deinstitutionalization, community based services, social entrepreneurship.