



ORDINE  
DEGLI PSICOLOGI  
DELLA LOMBARDIA



# VERSO UN MONDO PIÙ GIUSTO

PSICOLOGIA DEI DIRITTI

VOL.1



ORDINE  
DEGLI PSICOLOGI  
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: [www.opl.it](http://www.opl.it)

**La Presidente**

Laura Parolin

**A cura di:**

Damiano Rizzi

Coordinatore Osservatorio Diritti Umani

Componenti Osservatorio Diritti Umani

**Progetto grafico**

Alessandra Riva

Opera curata da: Ordine degli Psicologi della Lombardia - 2024

Tutti i diritti riservati. Riproduzione in qualsiasi forma, memorizzazione o trascrizione con qualunque mezzo (elettronico, meccanico, in fotocopia, su disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione) sono vietate senza autorizzazione scritta dell'editore.

*La Repubblica tutela la salute come  
fondamentale diritto dell'individuo e interesse  
della collettività, e garantisce cure gratuite agli  
indigenti. Nessuno può essere obbligato a un  
determinato trattamento sanitario se non per  
disposizione di legge*

*(art. 32 della Costituzione).*

# INDICE

## **INTRODUZIONE VOLUME I**

**7**

*Laura Parolin e Damiano Rizzi*

## **VOLUME I:**

### **IL CONTRIBUTO DELL'OSSERVATORIO DIRITTI**

#### **CAPITOLO 1:**

#### **IL DIRITTO ALLA SALUTE MENTALE:**

#### **UN EXCURSUS TRA CONVENZIONI E NORMATIVE**

**10**

*Alessandra Borsato*

|  |    |
|--|----|
| 1. Introduzione  | 10 |
| 2. Diritto alla salute, anche mentale                          | 11 |
| 2.1 La tutela del diritto alla salute in Italia                | 11 |
| 2.2 La tutela del diritto alla salute a livello internazionale | 15 |
| 2.3 La tutela del diritto alla salute a livello regionale      | 18 |
| 2.4 La tutela del diritto alla salute nell'Unione Europea      | 20 |
| 3. Alcune considerazioni e casi di studio                      | 21 |
| <br>   |    |
| Conclusioni  | 24 |

#### **CAPITOLO 2:**

#### **IL DIRITTO ALLA SALUTE MENTALE:**

#### **L PUNTO DI VISTA DELLA PROFESSIONE PSICOLOGICA NEI DIRITTI**

**26**

*Anna Barracco, Simonetta Bonfiglio, Davide Carnevali, Mauro Di Lorenzo,  
Valentino Ferro e Gabriella Scaduto*

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 1. Principi cardine     | 28 |
| 2. Ambiti professionali | 28 |
| <br>                    |    |
| Conclusioni             | 33 |

# INTRODUZIONE

L'Ordine degli psicologi della Lombardia (Opl) opera da anni per promuovere e diffondere la Cultura dei diritti umani tra psicologhe e psicologi, e più in generale nella società. Consapevoli del cruciale contributo che la psicologia può fornire nel contrastare ogni forma di discriminazione, nella prevenzione delle violazioni dei diritti e nella cura dei traumi psicologici ad esse correlati, abbiamo avviato un percorso significativo sin dal 2016, con un'attenzione particolare ai diritti dei bambini e delle donne.

Dal 2019 abbiamo ampliato il focus sui diritti costituendo numerosi gruppi di lavoro composti dai massimi esperti del settore. Dal 2023 abbiamo costituito l'Osservatorio Diritti che ha posto al centro il diritto alla salute psicologica, riconosciuto come elemento imprescindibile e intrinsecamente legato alla difesa dei diritti umani. Garantire l'accesso alla cura psicologica è essenziale per proteggere la dignità e il benessere di tutti gli individui, specialmente quelli appartenenti a gruppi vulnerabili. Bambine e bambini, adolescenti, disabili, migranti, persone in fine vita, pazienti con fragilità psichiche affrontano spesso ostacoli significativi nell'accesso ai servizi di salute mentale, a causa di discriminazione, stigmatizzazione e mancanza di risorse adeguate. Il Diritto alla Salute costituisce l'asse portante di tutti i nostri Diritti Umani. Li struttura, rendendo possibile l'idea stessa di una vita dignitosa.

In questo contesto, nel 1946, con l'istituzione dell'Oms, il diritto universale alla salute è stato riconosciuto per la prima volta, grazie all'impegno di Eleanor Roosevelt. La salute è stata definita come benessere fisico, mentale e sociale, non solo assenza di malattia, promuovendo così la prevenzione come cura. In Italia, nel 1948, la Carta costituzionale ha inserito il Diritto alla salute definendolo come "fondamentale" per l'individuo e interesse della collettività, indicando la necessità di garantire cure gratuite agli indigenti. Da allora, il concetto di salute si è evoluto, includendo aspetti sociali, affettivi e relazionali.

Purtroppo, l'affermazione dei diritti sulla carta non ne garantisce il rispetto: la salute psicologica come diritto è realizzata grazie alla partecipazione di tutti. Abbiamo constatato una persistente discrepanza tra le normative esistenti e le difficoltà concrete nel garantire il diritto alla cura psicologica. Pertanto, ci siamo concentrati sul superamento delle barriere ancora presenti e sull'identificazione di soluzioni potenziali. In particolare, abbiamo ritenuto fondamentale promuovere una cultura inclusiva e non stigmatizzante, una necessità ineludibile che abbiamo concretizzato attraverso numerose iniziative nel corso degli anni, mirate a informare e formare la nostra comunità professionale.

Riconoscere il valore di questi obiettivi non solo ha promosso un senso di identità comune tra di noi, ma ha anche rafforzato il legame sociale e garantito una dimensione di appartenenza condivisa. Inoltre, abbiamo continuato a sensibilizzare costantemente attraverso eventi, materiali accessibili sul nostro sito e la partecipazione attiva in diverse sedi istituzionali e non. Questo impegno è stato mirato a essere al fianco nella difesa dei diritti delle cittadine e dei cittadini, assicurando un impegno continuo e tangibile nella promozione della giustizia sociale e del benessere psicologico per tutti.

Ci siamo dedicati con impegno al contrasto degli stereotipi e dei pregiudizi che frequentemente

limitano la consapevolezza dei propri diritti, ostacolano l'accesso alle cure psicologiche e impediscono la creazione di un sistema di supporto che apprezzi e riconosca la diversità delle esperienze individuali. Riteniamo che solo attraverso un cambiamento culturale profondo si possa realmente garantire un diritto universale alla cura psicologica e costruire una società più giusta e sicura per tutti i suoi membri. Tale cambiamento non solo migliora l'accesso alle cure, ma diventa anche un fattore unificante per la comunità delle psicologhe e degli psicologi.

La nostra linea guida è basata su un ampio corpus di ricerche psicologiche che dimostrano come il pregiudizio e lo stigma verso la fragilità e le minoranze generino malessere e varie patologie. Ad esempio, studi recenti<sup>1</sup> hanno evidenziato come lo stigma legato alla salute mentale possa portare a una diminuzione dell'autostima e dell'auto-efficacia, peggiorando le condizioni di chi già soffre.

Gli studi sui migranti hanno dimostrato come il pregiudizio e la discriminazione possano contribuire significativamente al malessere psicologico: un'indagine<sup>2</sup> ha rilevato che i migranti sono più vulnerabili a problemi di salute mentale a causa del trauma, dello stress acculturativo e della discriminazione sistematica. Parallelamente, ricerche nel campo della disabilità<sup>3</sup> mostrano che le persone con disabilità spesso affrontano livelli elevati di stress psicologico e depressione a causa della stigmatizzazione e delle barriere sociali.

Per quanto riguarda i minori, studi<sup>4</sup> hanno dimostrato che lo stigma può avere effetti profondamente negativi sullo sviluppo emotivo e psicologico dei bambini, portando a problemi come l'ansia, la depressione e il rendimento scolastico compromesso. Infine, ricerche condotte<sup>5</sup> sul fine vita evidenziano come il pregiudizio e lo stigma possano influenzare negativamente il benessere psicologico delle persone in fase terminale, causando un aumento della sofferenza emotiva e una riduzione della qualità della vita. Questi fenomeni non solo aggravano le condizioni di chi già soffre, ma ostacolano anche l'accesso alle cure, creando un circolo vizioso di esclusione e sofferenza.

### **Gruppo di Psicologia per i Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza:**

Gloriana Rangone, referente in collaborazione con Luca Milani e Daniela Invernizzi, Human Right Advisor.

### **Gruppo di Psicologia per i Diritti dei Migranti:**

Maria Luisa Gennari, referente in collaborazione con Wanda Ielasi, Michela Mineo e Lapo Frangini.

### **Gruppo di Psicologia per i Diritti delle Persone con disabilità:**

Jacopo Casiraghi, referente in collaborazione con Riccardo Biella e Isabella Cadirola.

---

1 J.D. Livingston, The impact of mental illness stigma on self-esteem and self-efficacy, in «Psychiatric Rehabilitation Journal», 43(3), 2020, pp. 255-263.

2 S. Missinne, p. Bracke, Migrants' mental health: An acculturation perspective, in «Journal of Immigrant and Minority Health», 14(6), 2012, pp. 1065-1071.

3 B. Hughes, Stigma, stress and mental health: The experience of people with disabilities, in «Journal of Disability Studies», 45(3), 2020, pp. 345-361.

4 R.m. Puhl et al., Stigma, obesity, and the health of the nation's children, in «Psychological Bulletin», 142(5), 2016, pp. 531-554.

5 G. Rodin et al., Psychological well-being at the end of life: The impact of stigma and discrimination, in «Palliative Care Journal», 35(1), 2020, pp. 11-21.

### **Gruppo di Psicologia per i Diritti nel fine vita:**

Cristina Vacchini, referente in collaborazione con Jacopo Casiraghi, Ines Testoni e Primo Gelati.

Tutti questi colleghi lavorano dal 2019 per aiutare l'Ordine nella sua missione di promozione e sensibilizzazione rendendo vivo e significativo il principio di responsabilità sociale della nostra Professione. Nell'ultimo anno, si sono uniti a loro i membri di un nuovo gruppo:

### **Gruppo di Psicologia per i Diritti delle Persone con fragilità psichiche:**

Giuseppe Cersosimo, Violetta Gatti, Giovanni Marinoni, Simona Silvestro, e Monica Teruzzi

Sempre nel 2023, si è costituito l'Osservatorio diritti i cui componenti – insieme al coordinatore Damiano Rizzi – hanno contribuito alla costruzione del filo conduttore di questo volume, offrendo uno spazio di riflessione storico, legale, clinico e sociale che ha facilitato l'integrazione delle diverse idee e progettualità messe in campo in questi anni: Anna Barraco, Simonetta Bonfiglio, Davide Carnevali, Mauro Di Lorenzo e Alessandra Borsato. Abbiamo dato vita ad un Osservatorio sui Diritti umani per creare un contenitore capace di una prospettiva più ampia e poiché dare il proprio contributo al processo di evoluzione ed espansione dei Diritti umani è uno dei principali indicatori del progresso storico dell'umanità.

Ringraziamo anche i due infaticabili collaboratori di progetto Ivan Giacomel e Chiara Vegis che hanno pazientemente raccolto materiali e aiutato tutti nella realizzazione del volume. Una menzione speciale a parte va ai Consiglieri Gabriella Scaduto e Valentino Ferro per il loro impegno profuso e la volontà di portare a compimento un progetto di tale portata.

Di seguito troverete l'indice che suddivide il lavoro in due parti. In questo volume è presentata la prima parte, mentre la seconda parte sarà pubblicata in un volume successivo.

**Laura Parolin**

La Presidente dell'Ordine degli Psicologi

**Damiano Rizzi**

Il Coordinatore dell'Osservatorio Diritti Umani

# IL DIRITTO ALLA SALUTE MENTALE: UN EXCURSUS TRA CONVENZIONI E NORMATIVE

Alessandra Borsato

## 1. INTRODUZIONE

La salute ha iniziato a essere giuridicamente tutelata solo a partire dal secolo scorso. Considerata come un bene giuridico dell'individuo inalienabile e personalissimo, in alcuni ordinamenti giuridici essa è un bene da conservare e da promuovere anche per il benessere degli altri consociati. Grazie alla definizione di "salute", così come intesa nel 1946 dall'Organizzazione mondiale della sanità (di seguito, Oms) e qui accolta, oggi è possibile superare in ambito medico, antropologico e sociale il preconcetto che "non essere sani nella mente" equivalga, in senso stretto, a essere diversamente abili mentalmente o ad avere necessariamente un disturbo psichiatrico patologico in modo stabilizzato e progressivo. In ambito giuridico, invece, tale definizione ha permesso di porre sullo stesso piano il diritto di poter godere del miglior stato possibile di salute fisica, mentale e sociale. Significa che in Italia tutti gli individui possono esercitare ovunque il proprio diritto di godere anche di una salute mentale e pretendere che essa sia tutelata sempre e ovunque? La risposta è: no, ma in alcuni casi sì. Pensiamo, per esempio, a un immigrato non europeo presente nel territorio italiano. Può chiedere che la sua salute mentale sia tutelata e preservata tanto quanto quella di un cittadino italiano? Dipende: dalla sua situazione giuridica e dalle norme applicabili.

L'obiettivo di questo libro è offrire strumenti che aiutino a rispondere compiutamente a tutte le possibili domande inerenti alla tutela del diritto alla salute mentale e, principalmente, con riguardo a cinque categorie di persone: le persone minori degli anni diciotto<sup>2</sup>, le persone disabili, le persone migranti, le persone nel fine vita e le persone con fragilità psichiche.

---

<sup>1</sup> Come stabilito nel Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (di seguito, OMS), adottata tra il 19 giugno e il 22 luglio 1946, la salute deve essere intesa non quale semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale. Si v. <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>.

<sup>2</sup> In questo contributo, il termine 'bambino' o 'bambini' comprenderà verrà usato per comprendere anche le bambine e gli adolescenti.

## 2. DIRITTO ALLA SALUTE, ANCHE MENTALE

Una persona è titolare di un determinato diritto solo se esso è previsto all'interno di un ordinamento giuridico e la persona rientra tra le categorie dei soggetti destinatari di quel diritto. Nel nostro ordinamento, il "diritto alla salute mentale" è espressamente tutelato, ma da una legge<sup>3</sup> del 1978 che non prevede una disciplina specifica per determinate situazioni o categorie di persone che oggi necessitano di una tutela ad hoc. In supporto a tale lacuna, l'Italia è giuridicamente vincolata a rispettare, e far rispettare, il diritto alla salute mentale così come previsto e disciplinato nelle convenzioni internazionali di cui è Stato parte, inclusa quindi anche la normativa dell'Unione europea (di seguito, Ue). Sarà pertanto fondamentale analizzare tutta la normativa sul diritto alla salute mentale oggi in vigore a livello nazionale, internazionale ed europeo, rispetto alle cinque categorie su elencate.

### 2.1 LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE IN ITALIA

Da un punto di vista sia gerarchico sia cronologico, la Costituzione della Repubblica italiana (di seguito, Costituzione) è il primo strumento giuridico a garantire in Italia il diritto alla salute. I lavori per un progetto di costituzione iniziarono, infatti, nella seduta dell'Assemblea costituente del 15 luglio 1946, con l'approvazione del testo finale e la sua successiva promulgazione dal Capo provvisorio dello Stato, il 27 dicembre 1947<sup>4</sup>. Un vanto per l'Italia, tra i primi Stati europei ad attribuire al diritto alla salute un valore costituzionale, quindi inderogabile da qualsiasi altra norma di rango inferiore<sup>5</sup>, e ritenendolo un diritto 'fondamentale' un anno prima che ciò fosse enunciato nel testo finale della Dichiarazione universale dei diritti umani<sup>6</sup> (di seguito, Dichiarazione universale).

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» (art. 32 della Costituzione).

Non prevedendo l'art. 32 un'espressa differenza tra salute mentale e salute fisica, se ne deduce che esso tuteli parimenti entrambe. Ciò è confermato anche dalla legislazione italiana emanata successivamente. In ordine cronologico e speciale, la Legge n. 180, del 13 maggio 1978, (cosiddetta "Legge Basaglia")<sup>7</sup> ha il merito di aver ridefinito la concezione di malattia mentale – quindi, non di salute mentale – mettendo la persona al centro della cura. È la prima e unica legge quadro che impose la chiusura dei manicomi, regolamentando al contempo il trattamento sanitario obbligatorio e istituendo i servizi di igiene mentale pubblici. Grazie a essa, l'Italia è stata, fino al 2019, il primo Paese al mondo ad abolire gli ospedali psichiatrici. La Legge Basaglia restò però in vigore solo alcuni mesi, poiché fu quasi interamente incorporata, con alcune importanti modifiche, nella Legge n. 833 del 23 dicembre 1978<sup>8</sup>. Quest'ultima, istituisce il sistema sanitario nazionale

3 Infra, p.

4 L'iter parlamentare iniziò invece il 4 marzo 1947 e si concluse il 22 dicembre 1947.

5 Sulla base della gerarchia delle norme, segue quello internazionale, europeo, ordinario, regionale, comunale e così via.

6 Infra, p.

7 Alla legge è associato comunemente il nome di Franco Basaglia, psichiatra e promotore della riforma psichiatrica in Italia, ma l'estensore materiale della legge fu lo psichiatra e politico Bruno Orsini. Legge n. 180, del 13 maggio 1978, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

8 Legge n. 833, del 23 dicembre 1978, Istituzione del servizio sanitario nazionale.

(di seguito SSN), rafforzando il principio sancito nell'art. 32 della Costituzione. Infatti, all'art. 1 è espressamente prescritto che nel nostro ordinamento per 'salute' deve intendersi sia quella fisica sia quella psichica e che deve essere fatto ogni sforzo possibile per (i) prevenire, (ii) assistere, (iii) riabilitare e (iv) curare la popolazione, anche a livello locale, in presenza di qualsiasi malattia, fisica o psichica (art. 14 e art. 26). All'art. 34 della legge, invece, vengono disciplinati gli accertamenti e i trattamenti sanitari, volontari e obbligatori, in caso di malattia mentale, disponendo che essi siano regolati a livello regionale attraverso l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale con funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. A riguardo, è stato recentemente adottato dal Ministero della salute il Decreto ministeriale n. 77, del 23 maggio 2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"<sup>9</sup>. Tale regolamento persegue la creazione di un nuovo modello organizzativo del Ssn al fine di raggiungere migliori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale<sup>10</sup> e che, in virtù dell'art. 3 della Costituzione, dovrà essere dedicata, in modo indiscriminato, alla tutela della salute sia fisica sia mentale. Considerati gli sviluppi a livello europeo e internazionale di cui si parlerà infra, è di fondamentale importanza – anche se di 25 anni fa – anche il Decreto del Presidente della Repubblica del 10 novembre 1999 sull' "Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", che secondo la premessa avrebbe dovuto essere considerato un "adempimento prioritario". La Legge n. 328, dell'8 novembre 2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"<sup>11</sup>, avrebbe dovuto coadiuvare tale adempimento, con la cessione alle Regioni della titolarità a legiferare in materia di servizi sociali, al fine di promuovere un servizio di pronto intervento sociale, assistenza domiciliare e strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili. Una tutela che a livello di fonti normative ha tuttavia natura amministrativa.

La domanda che ora ci si può porre è: a livello di assistenza sanitaria e sociale, preventiva e di cura, viene rispettato quanto previsto dalla nostra normativa interna? Di più: viene «fatto ogni sforzo possibile per (i) prevenire, (ii) assistere, (iii) riabilitare e (iv) curare la popolazione, anche a livello locale, per tutelarne la salute mentale tanto quanto la salute fisica», come è previsto dalla legge italiana? Inoltre, chi verifica se, come, dove, chi, a chi e per chi è fatto rispettare in Italia tale obbligo? Qualora poi esso non sia rispettato, quali strumenti abbiamo per pretendere che lo sia? Senza dubbio, essendo un diritto soggettivo, è possibile rivolgersi agli organi giudiziari italiani a ciò preposti, che dovranno al contempo verificare se sia stata applicata – laddove applicabile – anche la normativa internazionale o dell'UE di riferimento. Ciò vale sia per quanto concerne la tutela della salute mentale in generale sia la tutela della salute mentale in riferimento alle cinque categorie (persone minori degli anni diciotto, persone disabili, persone migranti, persone nel fine vita e persone con fragilità psichiche). Con la differenza che, laddove dal nostro ordinamento sia prevista una normativa specifica, specifica – e a volte maggiore o rafforzata – sarà la tutela che

---

9 Decreto ministeriale n. 77, del 23 maggio 2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

10 Le principali tematiche interessate dalla riforma sono: le case della comunità, l'infermiere di famiglia o di comunità, l'unità di continuità assistenziale, la centrale operativa territoriale, l'assistenza domiciliare, l'ospedale di comunità, la rete delle cure palliative, il consultorio familiare e servizi rivolti ai minori, il dipartimento di prevenzione e la telemedicina.

11 Legge n. 328, dell'8 novembre 2000, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

dovrà essere garantita alla loro salute mentale. Nei capitoli che seguiranno, il diritto alla salute mentale delle cinque categorie di persone verrà dettagliatamente analizzata, ma si propongono qui di seguito brevi considerazioni sulla normativa vigente, ricordando che alla tutela offerta dal nostro ordinamento, si aggiunge quella prevista a livello internazionale ed europeo di cui si parlerà nei paragrafi successivi.

### **Persone nel fine vita**

Grazie alla Legge n. 219, del 22 dicembre 2017, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"<sup>12</sup>, anche in Italia è prevista l'autodeterminazione delle cure delle persone nel fine vita. Emanata successivamente al noto caso di "Eluana Englaro"<sup>13</sup>, consente di depositare proprie disposizioni anticipate di trattamento (di seguito, Dat), riconoscendo al contempo il diritto alla desistenza terapeutica, ovvero alla libertà di autodeterminazione terapeutica nelle fasi patologiche e terminali della vita di una persona. Il tema verrà trattato più nello specifico più avanti nel testo, ma possono anticiparsi alcuni dubbi su alcune lacune di questa legge, come quando si è in presenza di persone con temporaneo disagio psichico o in presenza di situazioni che potrebbero potenzialmente essere qualificabili come eutanasiche (eutanasia attiva o suicidio assistito), considerato che nel nostro ordinamento sono penalmente illegittime. Avendo il diritto alla salute mentale rilevanza costituzionale, è poi lecito chiedersi se qualora la consapevolezza di ritrovarsi in uno stato di fine vita sia talmente intollerabile da pregiudicare gravemente la salute mentale di una persona, ciò possa far superare le eventuali implicazioni penali e qualsiasi altro limite posto dalle norme di rango inferiore che impedissero alla persona di godere del migliore stato di salute mentale possibile. In altre parole: oggi in Italia una persona può scegliere l'autodeterminazione terapeutica nel suo fine vita solo in virtù del suo diritto costituzionale e umano fondamentale di poter godere del miglior stato di salute mentale possibile? In caso di risposta affermativa, quali conseguenze, anche giuridiche, si avrebbero rispetto alle persone direttamente coinvolte in quella scelta? Si pensi, per esempio, ai familiari e, in particolare, ai diritti correlati di possibili figli minorenni, incluso il loro diritto alla salute mentale che, per certi aspetti, forse potrebbe addirittura prevalere qualora la sopravvivenza a ogni costo del genitore nel fine vita venisse considerato come migliore interesse del minore.

### **Persone con fragilità psichiche**

Nel nostro ordinamento non è prevista una disciplina specifica per la tutela della salute mentale delle persone con fragilità psichiche, tranne nel caso in cui la loro fragilità venga fatta rientrare in una delle disabilità mentali riconosciute a livello nazionale o internazionale. La tutela della loro salute mentale rientra, pertanto, nella disciplina generale o, se ritenute disabili, in quella speciale.

### **Persone mentalmente disabili o inferme di mente**

Ai sensi dell'art. 3 della Costituzione, anche alle persone disabili si applica nel nostro ordinamento la disciplina generale che tutela il loro diritto alla salute, alla quale, in ragione della loro parti-

---

<sup>12</sup> Legge n. 219, del 22 dicembre 2017, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

<sup>13</sup> Il 3 giugno 2024, la Corte dei Conti è nuovamente tornata a pronunciarsi sul caso di "Eluana Englaro", richiamando il principio emanato dalla Corte Costituzionale, ovvero che "anche i malati in stato vegetativo permanente godono del diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari e possono far sentire la loro voce tramite i loro rappresentanti legali" consentendo l'interruzione delle cure soltanto "quando la condizione di stato vegetativo sia irreversibile [...] e che tale istanza sia realmente espressiva della voce del rappresentato". Tale sentenza è stata fondamentale nello sviluppo della normativa in materia, si v. Corte di Cassazione - sez. I civ., sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007.

colare vulnerabilità, è però stata aggiunta una disciplina specifica che la tutela indirettamente. Così, per esempio, in ambito penalistico sarebbe sicuramente inutile e pregiudizievole alla salute mentale di una persona mentalmente disabile sottoporla a misura carceraria se incapace di comprendere la gravità del reato eventualmente commesso o le conseguenze del suo gesto. Lo stesso vale in ambito civilistico, dove le situazioni a rischio sono spesso maggiori. Chi ha una disabilità mentale può, infatti, essere facilmente manipolata, cadere in errore o essere giudicata responsabile di atti o di scelte che la sua disabilità non le consente di comprendere pienamente. Così, il nostro codice civile (di seguito, c.c.), prevede la possibilità di tutelare le persone che si trovino in una condizione di abituale infermità mentale, tale da renderle incapaci di provvedere a se stesse e ai propri interessi, richiedendo un provvedimento di interdizione, attraverso la nomina di un tutore (art. 414 c.c.)<sup>14</sup>. Una tutela simile è offerta anche dall'art. 428 c.c., che per la medesima ragione consente di annullare atti compiuti da una persona che, sebbene non interdetta, si provi sia stata per qualsiasi motivo, anche transitorio, incapace d'intendere o di volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti. In ambito penalistico, l'art. 88 del codice penale (di seguito, c.p.) considera non imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto criminoso, era – a causa della sua infermità – in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere. Con due precisazioni, in merito alla salute mentale e a chi l'ha compromessa, temporaneamente o cronicamente:

1. Per poter parlare di non imputabilità, l'alterazione della mente deve dipendere da un'infermità psichica, sussistente al momento del fatto e rilevante in ordine al fatto commesso, nonché tale da incidere concretamente sulla capacità d'intendere o volere del soggetto. Ogni altra anomalia, non dipendente da infermità, riguarda soltanto la sfera della personalità e del carattere del soggetto ed è, pertanto, inidonea a determinare infermità mentale, come nel caso della cosiddetta pazzia morale, ovvero l'assoluta mancanza di moralità dovuta a ragioni costituzionali del soggetto, non patologiche;
2. Quando l'infermità è transitoria o riguarda soltanto una parte della personalità, l'imputabilità è esclusa, se si tratta di infermità transitoria (come nel caso dell'epilessia) e la malattia si manifesta al momento della commissione del fatto. Se invece il reato è realizzato nei cosiddetti intervalli di lucidità, occorre accertare caso per caso se sia un effettivo stato di lucidità o sia stato influenzato dalla malattia;
3. In caso di accertamento del fatto criminoso, ma la persona sia prosciolta per infermità mentale, l'art. 222 c.p. ne prescrive il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario, salvo che si tratti di una contravvenzione, di delitti colposi o per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni.

Questa la normativa codicistica. Si rimanda per un maggiore approfondimento sul tema della disabilità, al capitolo dedicato.

## **Persone di minore età<sup>15</sup>**

Basandosi sul medesimo principio, di persone da tutelare maggiormente in quanto ritenute inca-

---

<sup>14</sup> La Legge n. 6, del 9 gennaio 2004, ha in parte modificato la disciplina dell'interdizione e dell'inabilitazione, introducendo nuove disposizioni al Titolo XII del Libro I del codice civile, denominato: «Delle misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia», regolamentando la figura dell'amministratore di sostegno, con particolare riguardo alla tutela del soggetto in quanto tale e non solo dei suoi beni materiali.

<sup>15</sup> In questo contributo, il termine 'bambino' o 'bambini' è riferito o utilizzato anche per le bambine e gli adolescenti.

pacì di provvedere a se stesse (ma fino al raggiungimento della maggiore età)<sup>16</sup>, il nostro legislatore ha introdotto numerose disposizioni nei codici e nelle leggi, adottando in alcuni casi anche leggi ad hoc, che più che prevedere uno specifico diritto alla loro salute mentale, prevedono un trattamento privilegiato o il riconoscimento di specifici diritti proprio al fine di evitare loro, nelle varie fasi di crescita e sviluppo, un danno alla loro salute mentale, diretto o indiretto. L'elenco delle singole disposizioni previste all'interno del nostro ordinamento è assai ampio e sulla tutela delle persone di minore età verrà dedicato un capitolo. Si citano pertanto solo alcuni esempi, come, il diritto a essere ascoltato, il diritto a cure e trattamenti sanitari gratuiti, il diritto (e obbligo fino a una certa età) di frequentare gratuitamente la scuola, il divieto di lavorare, il diritto ad avere e a vivere in famiglia, il divieto di imputabilità prima dei quattordici anni e, quando imputabile, il divieto di essere sottoposto a misure carcerarie se non in casi particolari e solo se strettamente necessario, il diritto, in caso di privazione della libertà, di essere separato dagli adulti e così via.

### **Persone migranti o immigrate**

La disciplina della tutela del diritto alla salute mentale all'intero del nostro ordinamento è senz'altro tutta applicabile anche alle persone migranti, ma a una sola condizione: che in virtù del loro status (di migrante minorenni, migrante con permesso di soggiorno o migrante richiedente asilo o protezione internazionale) esse posseggano il diritto di esercitarlo e di richiederne la tutela. In questo caso, qualsiasi persona migrante o immigrata ha pieno diritto all'iscrizione al servizio sanitario nazionale, indipendentemente dalla cittadinanza, e di chiedere tutti i trattamenti sanitari previsti in Italia.

## **2.2 LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE A LIVELLO INTERNAZIONALE**

Il diritto a poter godere in Italia di una salute mentale, tanto quanto di una salute fisica, e di poter ricevere cure e assistenza pronte e adeguate, è confermato anche dal principio di interpretazione disciplinato dall'art. 12 delle Preleggi, combinato disposto con l'art. 10 e 117 della Costituzione e con tutte le disposizioni internazionali ed europee che la tutelano. Ciò significa che, in ossequio al principio di gerarchia delle norme, qualsiasi disposizione contenuta in una convenzione ratificata dall'Italia, che tutela o disciplina il diritto alla salute, mentale potrà rafforzare, specificare, migliorare – o approfondire da un punto di vista specialistico – e colmare eventuali lacune di tutta la normativa italiana relativa al diritto alla salute mentale e alla sua tutela.

Procedendo in ordine cronologico, è poco noto che la salute mentale ha avuto un importante riconoscimento a livello internazionale già nel 1948, immediatamente dopo che l'Oms ne ha forgiato una definizione, e in una convenzione, non in una dichiarazione. Il che ne denota un valore profondamente diverso: da un punto di vista giuridico e antropologico. Le atrocità, le torture e gli esperimenti compiuti contro uomini, donne e soprattutto bambini durante la Seconda guerra mondiale indussero gli Stati membri della neo nata Organizzazione delle nazioni unite (qui di seguito, Onu) a considerare la salute come un bene giuridico da tutelare a livello internazionale, fin dalla prima sessione dell'Assemblea generale. Il loro desiderio era quello di adottare strumenti internazionali volti da un lato a prevenire quelle atrocità e dall'altro lato a garantire a livello universale la titolarità di diritti e di libertà fondamentali inviolabili. È quindi alquanto significativo

che la prima convenzione a essere adottata in seno all'Onu<sup>17</sup>, la Convenzione per la prevenzione e la repressione del crimine di genocidio, tuteli specificamente la salute mentale. Considerandola talmente importante che, se gravemente danneggiata, può perfino portare alla configurazione di un crimine di genocidio<sup>18</sup>.

«In the present Convention, genocide means any of the following acts committed with intent to destroy, in whole or in part, a national, ethnical, racial or religious group, as such: [...]; b) Causing serious bodily or mental harm to members of the group [...]» (art. 1, par. 2).

Il successivo strumento adottato in seno all'ONU, da un punto di vista cronologico e tematico, è la Dichiarazione universale dei diritti umani (qui di seguito, Dichiarazione universale)<sup>19</sup>: adottata per raggiungere una tutela giuridica universale dell'esistenza e della dignità di ogni essere umano, attraverso una visione olistica di tutti i diritti ivi enunciati. Qualcosa che, purtroppo, non avvenne immediatamente con la sua adozione. Come è noto, infatti, la Dichiarazione universale non è vincolante in nessuna sua parte: è, ed è rimasta, una mera enunciazione di principi. È però altrettanto noto che, sebbene essa abbia ancora oggi a livello formale un mero valore esortativo, è stata uno strumento indispensabile per il processo di sensibilizzazione verso tutti i diritti fondamentali dell'uomo previsti in tutte le convenzioni adottate nel corso del XX secolo. Tra di essi, è compreso anche il diritto alla salute:

1. «Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure

mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze

indipendenti dalla sua volontà».

2. «La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale» (art. 25 della Dichiarazione universale).

Non poteva essere altrimenti, considerato che la tutela del diritto alla salute, fisica e mentale è molto spesso presupposto per il raggiungimento di un'effettiva tutela del fondamentale diritto alla vita. Infatti, il diritto alla salute comprende in sé non solo funzioni biologiche in senso stretto, ma anche capacità logiche, affettive e relazionali. Può sorprendere, quindi, che il diritto alla salute non sia stato successivamente previsto in tutte le convenzioni internazionali che tutelano i diritti umani fondamentali tanto quanto lo è il diritto alla vita, oggi diritto umano fondamentale per eccellenza. I Patti del 1966<sup>20</sup>, per esempio, sono l'evoluzione giuridica della Dichiarazione universale, ma il diritto alla salute è tutelato solo nel Patto internazionale sui diritti economici,

---

17 Dopo la Carta della Nazioni Unite.

18 UN Doc. A/RES/3/260, del 9 dicembre 1948. Il crimine di genocidio è tra i più difficili da configurare. Oltre al danno cagionato, occorre dimostrare che ci sia stata l'intenzione (dolo intenzionale) di distruggere, in tutto o in parte, un gruppo umano nazionale, etnico, razziale o religioso.

19 UN Doc. A/RES/3/217 A (III), del 10 dicembre 1948. I lavori preparatori per la redazione, adozione e successiva entrata in vigore della Dichiarazione universale durarono tredici mesi, tra maggio 1947 e giugno 1948.

20 Patto internazionale sui diritti civili e politici e patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, New York, 16 dicembre 1966 (UN Doc. A/RES/21/2200 A (XXI)).

sociali e culturali (di seguito, Icescr)<sup>21</sup> e non nel Patto internazionale sui diritti civili e politici<sup>22</sup>. Possiamo quindi dedurre che oggi il diritto alla salute è un diritto umano a livello universale, ma non così fondamentale, tale da essere principalmente correlato solo all'ambito economico-lavorativo e sociale? No, perché, se così fosse, esso non sarebbe garantito anche nella maggior parte delle convenzioni a carattere regionale che tutelano i diritti umani o nelle convenzioni internazionali ad hoc: adottate, cioè, per disciplinare specifici settori o per tutelare determinati soggetti, come i lavoratori, le donne, i bambini e le persone disabili, spesso vulnerabili e, in quanto tali, meritevoli di una disciplina particolare. In ordine cronologico<sup>23</sup>, gli strumenti di tutela per i soggetti vulnerabili che tutelano il diritto alla salute, e in alcuni casi specificamente quella mentale, sono la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro la donna<sup>24</sup> del 1979, la Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989 (di seguito, Crc e che verrà analizzata nei capitoli successivi)<sup>25</sup>, la Carta africana sui diritti e il benessere del minore<sup>26</sup> del 1990 e la Convenzione per la tutela delle persone disabili (di seguito, Crpd e che verrà analizzata nei capitoli successivi)<sup>27</sup>. Per quanto concerne materie o settori specifici, è quello lavorativo dove il diritto alla salute è maggiormente tutelato, ma anche dove quello mentale lo è stato per la prima volta in assoluto a livello internazionale. Così, la Convenzione n. 3 dell'Organizzazione internazionale del lavoro (di seguito, Ilo) prevedeva già nel 1919 una tutela della salute della donna lavoratrice gravida e del futuro nascituro (prima e dopo la nascita), tutelando indirettamente la salute mentale nella formulazione della norma<sup>28</sup>. Nello stesso anno, vengono poi approvate le Convenzioni n. 5 e 6, rispettivamente sull'età minima all'impiego (industria) e sul lavoro notturno dei bambini. Oggi interamente sostituite dalla Convenzione Ilo n. 138 del 1973<sup>29</sup>, esse riconoscevano ai bambini sfruttati come lavoratori specifici diritti, inclusa una tutela indiretta della loro salute, sia fisica sia mentale, già vent'anni prima della Dichiarazione universale e settant'anni prima dell'adozione della Crc. Sono numerose le testimonianze dell'epoca<sup>30</sup> sul gravissimo e frequente pregiudizio della salute anche mentale di quei bambini: «Triste e penosissima è l'opera affidata» ai bambini

---

21 Un Doc. A/RES/21/2200 A (XXI), del 16 dicembre 1966.

22 Ibidem.

23 In ordine cronologico andrebbe citata la Dichiarazione finale alla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, tenutasi ad Alma Ata nel settembre del 1978, che al punto 3 del VII principio contempla un diritto alla salute della famiglia in generale e poi della madre e dei suoi figli. Tuttavia, essendo una dichiarazione non viene compresa nell'elenco della normativa vigente vincolante per gli Stati.

24 L'art. 10.1 della Convenzione contro l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (di seguito, CEDAW), adottata in seno all'Assemblea Generale dell'ONU il 18 dicembre 1979 (UN Doc., A/RES/34/180), così dispone: «States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in order to ensure to them equal rights with men in the field of education and in particular to ensure, on a basis of equality of men and women: h) access to specific educational information to help to ensure the health and well-being of families, including information and advice on family planning». Si v. anche l'art. 11.1: «States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of employment in order to ensure, on a basis of equality of men and women, the same rights, in particular: f) the right to protection of health and to safety in working conditions, including the safeguarding of the function of reproduction».

25 UN Doc. A/RES/44/25, adottata in seno all'Assemblea Generale dell'ONU il 20 novembre 1989. Considerata la lunghezza dell'art. 24 della CRC, si rimanda alla lettura sua nel testo ufficiale (<https://treaties.un.org/>). Nella CRC la salute mentale è esplicitamente tutelata dall'art. 17, 19, 23, 25, 27, 29 e 32. Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, New York, 20 novembre 1989 (UN Doc. A/RES/44/25).

26 L'art. 14 della Carta africana sui diritti e il benessere del minore, adottata ad Addis Ababa il 11 luglio 1990 è forse il più completo, ma manca di citare direttamente il diritto alla salute mentale. Considerata la lunghezza dell'articolo, si rimanda alla sua lettura nel testo ufficiale ([https://au.int/sites/default/files/treaties/36804-treaty-african\\_charter\\_on\\_rights\\_welfare\\_of\\_the\\_child.pdf](https://au.int/sites/default/files/treaties/36804-treaty-african_charter_on_rights_welfare_of_the_child.pdf)). La salute mentale è tuttavia tutelata da altri articoli e, precisamente, dagli artt. 11, 13, 15 e 16.

27 UN Doc. A/RES/61/106, adottata in seno all'Assemblea Generale dell'ONU il 12 dicembre 2006. La salute mentale, meglio, la tutela del rispetto all'integrità mentale, è disciplinata dall'art. 17: «Every person with disabilities has a right to respect for his or her physical and mental integrity on an equal basis with others». È esplicitamente tutelato il diritto alla salute mentale nell'art. 24 (inerentemente al diritto all'istruzione) e nell'art. 26 (inerentemente al diritto all'abilità e alla riabilitazione) Il diritto alla salute, invece, è tutelato dall'art. 25, dove non è espressamente menzionata la salute mentale. Considerata la sua lunghezza, si rimanda alla lettura dell'art. 25 sul testo ufficiale (<https://treaties.un.org/>).

28 Convenzione n. 3 dell'organizzazione internazionale del lavoro, Ginevra, 29 novembre 1919.

29 Convenzione n. 138 dell'organizzazione internazionale del lavoro, Ginevra, 26 giugno 1973.

30 Tra le molte testimonianze, si v. VILLERME, Discours sur la durée trop longue du travail des enfants dans beaucoup de manufacturés, lu dans la séance publique annuelle des cinq Académies de l'Institut de France, 1837, II, p. 87; SANSEVERINO, Poche considerazioni sull'industria, Napoli, 1845, pp. 12-13.

di nemmeno sei anni (trapper) costretti a stare, sia di giorno sia di notte, da soli in gallerie buie ad attendere a lume di candela il passaggio di carri spinti da altri giovani poco più grandi (putter o drivers), per aprirgli la porta. Bambini non più in grado di lavorare perché mentalmente debilitati, terrorizzati e piangenti nelle miniere o perché restavano incastrati nei macchinari a causa della stanchezza per le dodici ore consecutive di lavoro, interrompevano quello degli adulti e le catene di montaggio, facendo così perdere tempo e danaro. Una tutela, quindi, che poteva sì celare l'obiettivo di una maggior produttività, ma si vuole pensare che sia stata più la consapevolezza di arrecare gravi danni fisici e mentali a bambini, bambine e adolescenti a spingere gli Stati ad adottare tali convenzioni. In questo, l'impegno dell'ILO nella tutela dei diritti umani è ammirevole, essendo stata sempre in prima linea nell'incentivare la redazione di "nuovi diritti" umani, diritto alla salute mentale incluso<sup>31</sup>.

Sempre a livello internazionale, sono poi numerosi gli strumenti di *soft law* adottati negli ultimi decenni dall'Onu, a dimostrazione di quanto oggi il diritto alla salute mentale sia senz'altro un valore da garantire, promuovere e accrescere per la realizzazione del pieno sviluppo della personalità umana. Anzi tutto, dall'Oms<sup>32</sup>, dal Relatore speciale sul diritto alla salute (tant'è che oggi è ufficialmente denominato "Relatore speciale sul diritto di ogni individuo al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale")<sup>33</sup> e dall'Ufficio dell'Alto Commissariato per i diritti umani (di seguito, Ohchr)<sup>34</sup>. In particolare, recentemente l'Oms e l'Ohchr hanno sviluppato congiuntamente un'importante e completa pubblicazione sulla tutela della salute mentale: "*Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice*"<sup>35</sup>.

### 2.3 LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE A LIVELLO REGIONALE

A livello regionale<sup>36</sup>, il diritto alla salute è tutelato in tutte le convenzioni che hanno come oggetto e scopo la tutela dei diritti umani; eccezion fatta per la Convenzione europea dei diritti dell'uomo (di seguito, Cedu), adottata a Roma il 4 novembre 1950, e la Convenzione interamericana sui diritti dell'uomo, adottata a san José de Costa Rica il 22 novembre 1969. È invece tutelato, seppur a determinate condizioni, nella Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli<sup>37</sup>, adottata a Nairobi

31 L'ILO è l'unica organizzazione internazionale, diventata poi agenzia specializzata dell'ONU, a essere stata presente in tutti i lavori preparatori di tutte le convenzioni internazionali che tutelano i diritti umani, partecipando attivamente ai gruppi di lavoro e proponendo spesso l'adozione di neo diritti oggi considerati fondamentali. Sito web: [www.ilo.org](http://www.ilo.org)

32 Oltre alle diverse iniziative e rapporti, l'OMS ha previsto anche un importante Piano d'azione globale per la salute mentale per il periodo 2013-2030. Si v. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad\\_source=1&gclid=EAlalQobChMI3cC56cOehgMVq5WDBx0MGC-mEAYASAAAEgIVvD\\_BwE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=EAlalQobChMI3cC56cOehgMVq5WDBx0MGC-mEAYASAAAEgIVvD_BwE).

33 Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Sito web ufficiale: <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health>.

34 Oltre ai commenti generali ad hoc citati qui di seguito, si segnala il rapporto dell'OHCHR "Mental health and human rights" (UN Doc. A/HRC/34/32), contenente raccomandazioni agli Stati per migliorare la qualità dei servizi di salute mentale, garantire la parità di stima tra salute mentale e fisica e proteggere i diritti delle persone con problemi di salute mentale. Si v. anche il commento generale n. 14 del Comitato per i diritti economici, sociali e culturali (UN Doc. E/C.12/2000/4e, dell'11 agosto del 2000, <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/ec1220004-general-comment-no-14-highest-attainable>), il commento generale n. 22 (UN Doc. E/C.12/GC/22, del 1° maggio 2016, <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and>) e il commento generale n. 15 del Comitato per i diritti del bambino (UN Doc. CRC/C/GC/15, del 17 aprile 2013, <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/crcgc15-general-comment-no-15-right-child-highest>). Per ulteriori approfondimenti, si v. UN Doc. OHCHR/WHO (2008), Human Rights-Based Approach to Health, e UN Doc. OHCHR/WHO (2008), The Right to Health, Fact Sheet No. 31.

35 UN Doc. HR/PUB/23/3 (OHCHR), "Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice", del 9 ottobre 2023. Si v. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1>

36 A livello regionale il diritto della salute è previsto anche nell'art. 6, lett. b) e d) della Dichiarazione sui diritti umani nell'Islam, adottata al Cairo il 5 agosto 1990 ed emendata il 28 novembre 2020, per quanto concerne il diritto delle donne ad avere accesso ai servizi sanitari di base e a cure pre-natali e post-natali: "[...] The State shall take all necessary legislative, and administrative measures to eliminate difficulties that impede the empowerment of women, their access to quality education, basic healthcare [...] The State shall provide adequate pre-natal and maternal healthcare services". L'art. 18, par. 1, lett. b), invece, prevede specificamente una tutela anche del diritto alla salute mentale "Everyone shall have the right to the highest attainable standards of physical and mental health, and to all public amenities, provided by the State, within the limits of available resources". Tuttavia, essendo una dichiarazione non viene compresa nell'elenco della normativa vigente vincolante per gli Stati.

37 L'art. 16.1 della Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli, adottata a Nairobi il 27 giugno 1981, così dispone: "Every individual shall have the right to enjoy the best attainable state of physical and mental health". Si v. anche l'art. 16.2: "States parties to the present Charter shall take the necessary measures to protect the health of their people and to ensure that they receive medical attention when they are sick".

il 27 giugno 1981, nella Carta sociale europea (di seguito, Carta sociale)<sup>38</sup>, riveduta a Strasburgo il 3 maggio 1996<sup>39</sup>, nella Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina<sup>40</sup>, adottata a Oviedo il 4 aprile 1997, nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea<sup>41</sup>, adottata a Nizza il 7 dicembre 2000 e nella Carta araba dei diritti dell'uomo<sup>42</sup>, adottata a Tunisi il 23 maggio 2004.

Analizzando nello specifico il nostro contesto regionale normativo, nell'ambito del Consiglio d'Europa è degno di nota segnalare che la Carta sociale è l'unica a non specificare espressamente che la tutela del diritto alla salute include sia quella fisica sia quella mentale. Tuttavia, è importante ricordare che, nel perseguire l'obiettivo di includere e rafforzare il diritto alla salute all'interno del "sistema europeo di diritti umani"<sup>43</sup>, la Carta sociale è direttamente collegata anche al sistema dei trattati sui diritti umani delle Nazioni Unite<sup>44</sup>. Si può quindi affermare<sup>45</sup> che all'art. 11 della Carta sociale è tutelato anche il diritto alla salute mentale, richiamando il contenuto dell'art. 12 dell'Icescr<sup>46</sup>. La Carta sociale è spesso messa in ombra da altre convenzioni, forse più conosciute, ma non più importanti e vincolanti da un punto di vista giuridico. Soprattutto considerando, per quanto qui interessa, che essa offre una tutela specifica alle persone vulnerabili come gli anziani, i bambini, le persone con disabilità e i migranti, per i quali prescrive agli Stati di garantirgli tutti i diritti umani, senza alcuna discriminazione, incluso quello di poter godere del miglior stato di salute possibile. È anche questo lo scopo dell'avvio, nel 2018, dei lavori preparatori per un Protocollo addizionale sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali per quanto riguarda il loro collocamento e trattamento involontario<sup>47</sup>. Esso è il risultato dell'impegno preso nel 2000, con la redazione del "Libro bianco" sulla tutela dei diritti umani e

38 La Carta sociale europea (STE n. 35) è stata adottata il 18 ottobre 1961. L'art. 11 così dispone: "With a view to ensuring the effective exercise of the right to protection of health, the Parties undertake, either directly or in cooperation with public or private organisations, to take appropriate measures designed inter alia: 1) to remove as far as possible the causes of ill-health; 2) to provide advisory and educational facilities for the promotion of health and the encouragement of individual responsibility in matters of health; 3) to prevent as far as possible epidemic, endemic and other diseases, as well as accidents". <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=163>

39 Carta sociale europea, Strasburgo, 3 maggio 1996 (STE 35).

40 L'art. 3 della Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (STE n. 164) dispone: "Parties, taking into account health needs and available resources, shall take appropriate measures with a view to providing, within their jurisdiction, equitable access to health care of appropriate quality". Si v. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=164>

41 L'art. 32 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea tutela la salute dei bambini nell'ambito del divieto di sfruttamento economico, salvaguardando la loro salute e il loro sviluppo mentale, anche attraverso la tutela del loro diritto all'istruzione: "I giovani ammessi al lavoro devono beneficiare di condizioni di lavoro appropriate alla loro età ed essere protetti contro lo sfruttamento economico o contro ogni lavoro che possa minarne la sicurezza, la salute, lo sviluppo fisico, mentale, morale o sociale o che possa mettere a rischio la loro istruzione". In generale, all'art. 35 la Carta garantisce un'elevata tutela della salute, disponendo che: "Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana" (2000/C 364/01 IT - [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_it.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf))

42 L'art. 34, par. 1, lett. c) della Carta araba dei diritti umani tutela la salute dei bambini in ambito lavorativo, vietando ogni tipo di sfruttamento nei loro confronti che possa comprometterne la salute o lo sviluppo fisico, mentale, sociale, spirituale o morale: "The States parties recognize the right of the child to be protected from economic exploitation and from being forced to perform any work that is likely to be hazardous or to interfere with the child's education or to be harmful to the child's health or physical, mental, spiritual, moral or social development. To this end, and having regard to the relevant provisions of other international instruments, States parties shall in particular". L'art. 39, par. 1 prevede invece un'ampia tutela del diritto alla salute, specificando che ogni riferimento è rispetto sia a quella fisica sia a quella mentale: "The States parties recognize the right of every member of society to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health and the right of the citizen to free basic health-care services and to have access to medical facilities without discrimination of any kind". Per la versione inglese pubblicata sul sito delle Nazioni Unite: <https://digitallibrary.un.org/record/551368?v=pdf>

43 Ovvero, quell'insieme formato dalle convenzioni internazionali ratificate dagli Stati europei, dalle convenzioni del Consiglio d'Europa e dal diritto dell'Unione Europea con oggetto e scopo la tutela dei diritti umani in Europa.

44 Lo è per due motivi: 1) si basa sul principio dell'universalità, dell'indivisibilità, dell'interdipendenza e dell'interrelazione dei diritti umani, sancito dalla dichiarazione di Vienna delle Nazioni Unite del 1993 e 2) mira ad applicare la Dichiarazione universale.

45 Esulando dal formalismo giuridico, è lo stesso Consiglio d'Europa ad affermare che l'assistenza sanitaria mentale non dovrebbe essere trattata in modo diverso da quella fisica, si v. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/mental-health-care>.

46 Committee on economic, social and cultural rights, General Comment No. 22 on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/22, 2016.

47 I lavori stanno ormai giungendo al termine, essendo già stata elaborata la bozza finale. È importante segnalare che il progetto di Protocollo non promuove il ricorso a misure involontarie. Al contrario, esso mira a prevenire gli abusi e a ridurre al minimo il ricorso a tali misure in tre modi: 1) promuovendo l'uso di misure alternative a quelle involontarie, 2) fornendo garanzie affinché le misure involontarie siano utilizzate solo come ultima risorsa, 3) garantendo che, se tali misure vengono utilizzate, la persona interessata riceva un supporto adeguato e garanzie procedurali che consentano di esercitare efficacemente i propri diritti. A tal fine, nel 2020 il Consiglio d'Europa ha elaborato uno speciale Rapporto "Compendium report: Good practices in the Council of Europe to promote Voluntary Measures in Mental Health Services" al fine di fornire un compendio di buone prassi per promuovere misure volontarie nell'assistenza e nel sostegno alla salute mentale. Si v. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/compendium-report-good-practices-in-the-council-of-europe-to-promote-voluntary-measures-in-mental-health>.

della dignità delle persone affette da disturbi mentali, in particolare di quelle collocate come pazienti involontari in un istituto psichiatrico<sup>48</sup>, e poi nel 2004 con la relativa Raccomandazione del Comitato dei Ministri<sup>49</sup>. Sono infatti numerose, e in crescendo dal 2013, le sentenze di condanna da parte della Corte Europea dei diritti umani per il trattamento sanitario o il collocamento involontario di persone fragili, equiparato in alcuni casi a detenzione illegittima ai sensi dell'art. 5 della Cedu. Uno dei motivi che ha spinto nel 2020 il Consiglio d'Europa a elaborare un compendio di buone pratiche per gli Stati membri<sup>50</sup>.

## 2.4 LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE NELL'UNIONE EUROPEA

All'interno dell'Unione Europea, oltre che nella Carta dei diritti fondamentali, il diritto alla salute mentale è tutelato anche in vari regolamenti, direttive e decisioni, ma soprattutto nell'ottica di tutela dei lavoratori e controllo nella libera circolazione di beni<sup>51</sup> e di persone, al fine di prevenire danni alla salute in generale e la diffusione di epidemie o pandemie tra e dalle frontiere<sup>52</sup>. Il 18 novembre 1999, è il Consiglio dell'UE a dare una spinta decisiva per una maggior tutela, con l'adozione della prima risoluzione specificamente dedicata alla promozione del diritto alla salute mentale<sup>53</sup>, che da quel momento ha ricevuto sempre più attenzione. Soprattutto dalla Commissione europea, che da oltre 25 anni sostiene azioni e progetti volti a migliorarne la tutela all'interno dell'Ue. In questo senso, degno di nota è il Libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea"<sup>54</sup> del 14 ottobre 2005. Più recentemente, il 7 giugno 2023, essa ha adottato la "Comunicazione su un approccio globale alla salute mentale", per agevolare gli Stati membri ad agire prontamente e affrontare le sfide legate alla salute mentale mediante un approccio globale e multilaterale, orientato alla prevenzione<sup>55</sup>. Nello stesso anno, si segnala poi l'edizione 2023 del rapporto elaborato nel contesto dello stato di salute nell'Ue dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) e dall'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie, che ha ben delineato la situazione della salute mentale in tutti gli Stati membri dell'Ue<sup>56</sup>. L'indagine ha mostrato che il 46% degli europei ha sperimentato un problema emotivo o psicosociale, come sentirsi depressi o ansiosi, negli ultimi dodici mesi. Tuttavia, una persona su due che ritiene di aver avuto problemi di salute mentale, non ha cercato l'assistenza di un professionista. Inoltre, la relazione Health at a Glance,

48 DIR/JUR (2000)2, adottato a Strasburgo il 3 gennaio 2000: <https://rm.coe.int/psy-white-paper-2000-en/16804553af>.

49 Recommendation No. Rec(2004)10, adottata il 22 settembre 2004: <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-e/168066c7e1>

50 Citato supra, nota n. 28.

51 In questo senso, sono stati istituiti il RAPEX (un sistema di allerta rapido per i prodotti non alimentari di consumo pericolosi), il RASSF (un sistema di allerta rapido per condividere informazioni relative a gravi rischi per la salute derivanti da alimenti e mangimi) e l'EFSA (l'Autorità europea per la sicurezza alimentare).

52 Si può agevolmente visionare tutta la normativa europea usando il seguente motore di ricerca: <https://eur-lex.europa.eu/>

53 Risoluzione del Consiglio dell'UE sulla promozione della salute mentale, adottata il 18 novembre 1999 (GU C 086, del 24 marzo 2000, p. 1). Precedentemente, il Consiglio aveva adottato la Risoluzione del 2 giugno 1994, relativa all'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica (GU C 165 del 17 giugno 1994, p. 1, CELEX: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:31994Y0617\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:31994Y0617(01))).

54 Risultato della conferenza ministeriale europea dell'OMS sulla salute mentale, svoltasi nel gennaio 2005, dove la Commissione europea era partner della conferenza. CELEX: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52005DC0484&from=ET>

55 COM (2023) 298 final, "Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the of the Regions on a comprehensive approach to mental health", del 7 giugno 2023. Come risaputo, le comunicazioni sono atti senza portata giuridica che la Commissione trasmette alle altre istituzioni europee e in cui presenta nuovi programmi e nuove politiche, ma hanno molta rilevanza per le politiche portate avanti dagli Stati membri e dell'UE stessa. Per la comunicazione: [https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89\\_en?filename=com\\_2023\\_298\\_1\\_act\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf).

56 Si v. [https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles\\_en](https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en)

svolta nel 2022, ha mostrato che quasi un giovane europeo su due è insoddisfatto dell'assistenza per la salute mentale, ma il dato preoccupante è che la percentuale di giovani che nei diversi Stati Ue segnalano sintomi di depressione è più che raddoppiata durante e dopo la pandemia da Covid-19. Ciò che molto preoccupa l'Ue, relativamente ai giovani, sono la stretta correlazione tra salute mentale e dipendenze (non solo da alcool e droga, ma anche da smartphone e social network), discriminazioni, adescamento e sfruttamento sessuale dei bambini nei Paesi dell'Ue maggiormente "sviluppati", da un lato, e dall'altro lato la mancanza di servizi socio-assistenziali di prevenzione e cura della salute mentale in quelli meno sviluppati<sup>57</sup>. Ciò che emerge all'interno dell'Ue per quanto concerne la salute mentale è il forte desiderio di uniformare i servizi socio-assistenziali e di guidare gli Stati membri a una maggior consapevolezza di ciò che oggi può sempre più comprometterla, fornendo linee guida e buone prassi per meglio tutelare il diritto di poter godere anche del migliore stato di salute mentale, al fine di raggiungere un completo benessere, più che vincolare gli Stati al rispetto di norme europee ad hoc.

### 3. ALCUNE CONSIDERAZIONI E CASI DI STUDIO

Da un punto di vista sia giuridico sia attuativo, la tutela della salute mentale in Italia sembra essere abbastanza carente, specialmente rispetto all'adattamento del nostro ordinamento alla normativa internazionale ed europea di riferimento. Essa viene infatti presa direttamente in considerazione, in ambito civilistico, soprattutto in merito alla capacità giuridica della persona insana di mente<sup>58</sup>, in ambito penalistico, circa la possibile imputabilità o applicazione di attenuanti nella comminazione della pena e, per entrambi gli ambiti, la relativa ed eventuale presa in carico da parte del sistema sanitario nazionale. Pertanto, nel ricordare le diverse situazioni giuridiche proposte per la redazione di questo volume – infanzia e adolescenza, disabilità, migranti, fine vita e fragilità psichiche – non vi è alcun dubbio sul fatto che ci siano significative carenze e discriminazioni tra la tutela della salute fisica e la tutela della salute mentale all'interno del nostro ordinamento giuridico rispetto (i) alle cure, (ii) alle diagnosi, (iii) alle terapie e (iv) all'eventuale riabilitazione offerta, (v) all'approccio verso la persona e verso i suoi famigliari, (vi) all'assistenza sociale, (vii) sanitaria e (viii) assistenziale offerta, (ix) alle tempistiche e (x) alla discriminazione sociale, giuridica e stigmatizzazione che ne deriva qualora il pregiudizio alla salute mentale abbia comportato una diagnosi con relativa presa in carico da parte del sistema di assistenza sociale, psichiatrico o neuro-psichiatrico. Per meglio spiegare la differenza di cura, trattamento e presa in carico, si riportano qui di seguito due case study:

1) una persona vittima di incidente stradale riporta gravissime conseguenze fisiche, tali da indurla prima al coma per tre mesi e poi su una sedia a rotelle per altri sei mesi. Grazie a sei mesi intensi di fisioterapia, riprenderà tutte le sue funzionalità fisiche. Essendo genitore solo di una bambina di cinque anni, grazie all'intervento del Tribunale per i minorenni e dei servizi sociali, che l'avevano temporaneamente affidata a degli zii, recupererà prontamente anche il suo ruolo di genitore;

2) una donna apprende, a un anno dalla nascita del figlio avuto con il compagno, di essere affetta da disturbo della personalità di tipo borderline. Le viene suggerito il ricovero in psichiatria per una migliore valutazione e diagnosi. Le viene al contempo offerto dagli assistenti sociali un sup-

---

<sup>57</sup> COM (2023) 298 final, ibidem, p. 7 e ss.

<sup>58</sup> 0 in quanto lavoratore, ma tale categoria non è oggetto del presente studio.

porto domiciliare con educatore. La scelta è adeguata: tutto procede per il meglio. Dopo qualche anno, però, la donna si trasferisce in un diverso comune. Il nuovo servizio sociale giudica il suo disturbo della personalità di tipo borderline talmente grave da non essere in grado di poter crescere correttamente il figlio. Chiedono l'apertura di un procedimento di potestà al Tribunale dei minorenni, il quale colloca madre e figlio in una comunità per rafforzarne la diade. Il progetto fallisce. Alla notizia che il figlio sarebbe stato affidato a una famiglia estranea, in palese violazione della normativa italiana, europea e internazionale (il padre e gli zii si erano infatti resi disponibili ad accoglierlo) la donna ha un forte crollo psicologico in comunità: ribalta un tavolo, viene ritenuta persona violenta e immediatamente dimessa dalla comunità. Dalla dimissione, la sua salute migliorerà di molto sul piano psichico, ma anche sociale, lavorativo e relazionale nei successivi cinque anni, tanto che verrà "dimessa" dalla psichiatra e le verrà tolto ogni psico-farmaco. Ciò nonostante, non riavrà mai più la responsabilità genitoriale del figlio (che resterà in comunità) e verrà ininterrottamente ritenuta inidonea a crescerlo nelle relazioni dei servizi dei sociali e quindi dal Tribunale per i minorenni. Una disparità di trattamento, rispetto al primo caso, che causa molto spesso ulteriori danni alla salute mentale della persona che già ne era affetta, ma potenzialmente anche a tutti coloro che ne sono relazionalmente legati. Il figlio anzi tutto (che crescerà lontano dal suo ambiente familiare, scolastico e amicale di sempre, ma soprattutto senza l'affetto della madre e del padre, dei nonni, degli zii, dei cugini, dei migliori amici e dei compagni di scuola), il padre (che potrà vedere il figlio a orari, giorni e tempo determinato in modalità protetta) e a seguire tutti i membri della famiglia allargata e amici che gli erano affettivamente legati.

Poco o nulla è disciplinato giuridicamente sul come, se, quanto e quando debba essere tutelata la salute mentale del soggetto direttamente interessato e nulla rispetto a chi è coinvolto dalle conseguenze derivanti da una sua mancata o scorretta tutela. Eppure, è risaputo quanto accada frequentemente che ci sia un potenziale danno anche alla salute mentale di chi è coinvolto (soprattutto se è già un soggetto fragile), direttamente o indirettamente, nella mancanza temporanea o cronica di salute mentale di familiare. La medicina italiana e i medici italiani sono tra i migliori al mondo; la qualità e l'ampia tutela offerta alla salute fisica dovrebbe essere ugualmente e indiscriminatamente offerta a quella mentale. Invece, chi è debilitato o reso inabile, anche solo parzialmente o temporaneamente, a causa di un disagio mentale è quasi sempre "rinviato e relegato" al settore psichiatrico, da un punto di vista socio-assistenziale, giuridico e giudiziale. Chi viene colto da infarto miocardico, in pronto soccorso farà specifici esami clinici, un eventuale intervento chirurgico, seguito da ricovero e alla dimissione rinvio al proprio medico curante con assegnazione di farmaci, se necessario, e prognosi. Nei casi più gravi, verrà proposto il ricovero in un centro riabilitativo o la riabilitazione assistita domiciliare. Chi percepisce una fitta "crepa" al cuore per cause non fisiche, ma emotive o mentali (per esempio, per motivi sentimentali o di lutto), ma talmente dolorosa e profonda da far desiderare di togliersi la vita, nei casi meno gravi verrà proposta la somministrazione di antidepressivi, il consiglio di presa in carico dal centro psico sociale di zona (se esistente) o dallo psicologo, con rinvio al proprio medico curante. Nei casi più gravi, invece, il ricovero in psichiatria, con presa in carico da uno psichiatra e dai servizi sociali alla dimissione. Ciò che distingue questi due esempi dai precedenti è il differente approccio e trattamento sanitario a una temporanea carenza di salute, potenzialmente del tutto recuperabile. Per ovvie differenze fisiologiche, non si potrà offrire la medesima assistenza sanitaria prima-

ria e interventistica, ma senz'altro si dovrebbe offrire la medesima possibilità di riabilitazione e di recupero. Se non sufficientemente curata, assistita e recuperata, infatti, la temporanea mancanza di salute mentale può perfino condurre alla morte, o a uno stato di malessere cronico e debilitante, tanto quanto potrebbe arrecarla la non tempestiva assistenza medica e riabilitativa di chi viene colpito da infarto. Non solo. Se quella persona è anche genitore solo di un minore, porterà a casa con sé quel problema di salute mentale, facendolo necessariamente ricadere sul figlio, se non sufficientemente assistita, avviando l'iter socio-assistenziale e giudiziario descritto supra rispetto alla possibilità di limitazione o ablazione della responsabilità genitoriale. Una situazione, quella dei genitori con disagio mentale e figli minorenni che coinvolge e travolge tutti i familiari, spesso conducendo a una crisi profonda e rottura dei legami familiari, con ultroneo pregiudizio della salute mentale di tutti i suoi componenti, famiglia allargata inclusa. Ancor più grave, forse, quando ad avere un disagio mentale è un genitore solo con figlio, perché la malattia mentale resta più spesso sommersa, travolgendo il figlio<sup>59</sup>, o i figli, in modo ancora diverso: capovolgendone – soprattutto a partire da una certa età – i ruoli. Ecco che il figlio diventa il caregiver del genitore. Se ciò non emerge a scuola, nella comunità o nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria (se attivata), il disagio mentale del genitore provocherà, nella maggior parte dei casi, un altrettanto disagio mentale nel figlio. Una situazione, quella delineata, la cui gravità varia caso per caso, anche rispetto alla tutela giuridica offerta dalla normativa citata supra. In base al genere del genitore e del figlio, alla condizione del genitore o del figlio (se, per esempio, è in stato di gravidanza, disabile immigrato regolare o irregolare) e dall'età del figlio. La situazione maggiormente tutelata giuridicamente è quando si è in presenza di persona minorenni, di un disabile o di un minorenni disabile: oltre alla normativa italiana, si applicano tutte le convenzioni internazionali ed europee con l'aggiunta di quelle ad hoc (la Crc e la Crpd, tra l'altro, le convenzioni con il maggior numero di disposizioni sulla salute mentale) che rafforzano sia il tipo di tutela sia l'obbligo che lo Stato ha nei confronti della persona minorenni e anche del genitore. Rispetto all'ultima categoria presa in esame, quella di fine vita, oltre al disagio della persona che deve affrontarla, rileva il possibile disagio mentale dei familiari (quindi i genitori, il coniuge o partner e i figli), se esistenti. Esso potrà essere addirittura maggiore di quello presente in chi affronta personalmente il fine vita, ma è proprio la tutela e l'assistenza in Italia a essere minore in questo caso, a causa di lacune normative nel nostro ordinamento e che spesso variano col variare delle scelte normative e politiche a livello locale e regionale.

Più difficile, invece, è l'eventuale inquadramento giuridico della tutela della salute mentale di una persona maggiorenne straniera, non cittadina dell'Ue: essa dipenderà da se e come sia stata registrata al suo ingresso e soggiorno in Italia, se è residente in Italia e dal tipo di immigrazione (economica, per apolidia, richiedente protezione internazionale e così via). Più semplice, invece, la condizione del minore straniero, soprattutto se non accompagnato: la sua tutela da parte dello Stato italiano dovrà essere piena e non discriminante, in virtù dell'art. 2 della Crc, in combinato disposto con gli artt. 3, 19, 22, 23 (laddove applicabili), 24, 25, 27 e 29 della Crc. Immaginiamo un minore straniero non accompagnato di quattordici anni, che parte euforico e in perfetta salute, fisica e mentale, dal proprio Paese di origine devastato dalla guerra. Lo chiamiamo Anas. È alto, atletico e dimostra più anni della sua età. Il suo obiettivo è raggiungere l'Italia, che ama tanto e

---

59 Come per il termine 'bambino', per 'figlio' si intenderà qui di seguito il genere sia maschile sia femminile.

di cui conosce già abbastanza la lingua, per studiare fino al raggiungimento della maggiore età e lavorare in qualsiasi settore. Fortunatamente, non deve né attraversare né soggiornare in Libia. Riesce a imbarcarsi immediatamente. Il viaggio in mare dura due settimane, su una vecchia barca prossima al naufragio, stipato tra persone sconosciute che tentano in tutti i modi di farlo "sbadatamente" cadere in mare per avere più spazio. Finalmente raggiunge l'Italia. È esausto per il viaggio, ma estasiato e felice. Nonostante si dichiari minorenne allo sbarco, viene raggruppato con persone adulte e collocato in un centro di prima accoglienza per richiedenti asilo. Dopo tre mesi di detenzione e di inutili richieste di aiuto, riesce a scappare. Viene ripreso dopo qualche giorno e riportato nel medesimo centro. Disperato, insiste nel dichiararsi persona minorenne. Inizia a manifestare un forte disturbo post-traumatico da stress. Non viene applicato il principio del *favor minoris*, ma viene deciso di sottoporlo a esami clinici per il riconoscimento dell'età. Attestata la sua vera età, gli viene rilasciato un permesso di soggiorno per minore età (non gli viene quindi assegnato lo status di rifugiato), viene collocato in una comunità per minori e affidato all'unità di neuropsichiatria e psicologia per l'infanzia e l'adolescenza (di seguito, Uonpia) per valutare le sue condizioni mentali. Viene ricoverato in neuropsichiatria per diagnosticare meglio il suo disturbo mentale: è post-traumatico per lo stress subito dal suo ingresso in Italia. Verrà quindi seguito dall'Uonpia e inizierà ad assumere farmaci antidepressivi per agevolare il suo recupero. Resterà in comunità per minori fino al raggiungimento della maggiore età, dalla quale cercherà di scappare innumerevoli volte e, a ogni tentativo, gli verrà aumentata la dose di antidepressivi. Non otterrà mai il diploma. Raggiunta la maggiore età, verrà dimesso dalla comunità e terminerà la sua presa in carico all'Uonpia. Non avendo lo status di rifugiato, è maggiorenne senza permesso di soggiorno, immigrato irregolare. Fermato per un controllo, viene segnalato e portato in un centro per il rimpatrio nel suo Paese. L'esempio citato è un case study, accaduto in Italia migliaia di volte, in violazione della normativa nazionale e internazionale di riferimento.

Gli esempi citati, pur se diversi, sono tutti correlati: 1) dalla violazione di norme che, se correttamente applicate, avrebbero maggiormente tutelato la salute mentale della persona e 2) dalla mancanza di un'adeguata tutela della salute mentale che, se offerta, ne avrebbe forse evitato il pregiudizio. Rileva poi anche la mancata tutela della salute mentale di coloro che erano, direttamente o indirettamente, coinvolti (o travolti) in quel disagio mentale o nei danni che sono provocati dal disagio stesso o dalla mancata o insufficiente assistenza socio-sanitaria e assistenziale. Sul tipo, sul grado e sulla frequenza di assistenza che dovrebbe essere offerta a una persona con disagio mentale, e ai suoi familiari o caregiver, si rimanda alle parti successive elaborati da professionisti del settore.

## CONCLUSIONI

Preme concludere ricordando che la mera esistenza di norme giuridiche internazionali, europee o nazionali che prescrivono agli Stati di salvaguardare la salute mentale non risolve, di per sé, l'eventuale carenza di tutela all'interno di uno Stato né può evitare l'eventuale violazione del diritto alla salute mentale da parte di quello Stato o di suoi delegati. Occorre agire invece, laddove consentito<sup>60</sup>, a livello nazionale, europeo o internazionale per segnalare tale violazione, il man-

---

<sup>60</sup> Se non già previsto nello strumento giuridico di riferimento, oggi esistono Protocolli attuativi di Corti o di Comitati ai quali l'individuo, o gruppi di individui, può rivolgersi in caso di violazione da parte degli Stati parti per quasi tutte le convenzioni internazionali o regionali. Condizione necessaria è che lo Stato abbia ratificato il Protocollo o abbia accettato la competenza della Corte o del Comitato e che l'individuo abbia le caratteristiche richieste per poter fare ricorso.

cato rispetto della normativa, la presenza di lacune o la violazione di un proprio diritto giuridicamente tutelato nelle sedi opportune. Per spiegare meglio con una similitudine: non è di per sé sufficiente che sia meramente vietato nel codice della strada il passare con luce semaforica rossa per evitare che sia commessa l'infrazione ma - soprattutto in una prospettiva futura di rispetto della norma - è necessario al contempo (i) che sia individuato chi o cosa possa rilevare l'infrazione, (iii) intervenire prontamente e (ii) comminare la relativa sanzione, se prevista. Ciò vale per tutto ciò che oggi è disciplinato da una norma giuridica che tutela un diritto o che vieti un determinato comportamento. Ci sarà sempre, infatti, qualcuno che viola le norme, ma ciò non è certo colpa di chi ha creato la norma o del sistema giuridico e normativo, che non può essere in grado di fermare sempre nell'immediato tutti i possibili soggetti che violano una norma. Questa può, semmai, fungere da effetto deterrente. Deve quindi senz'altro essere rafforzato il sistema di prevenzione e di controllo, poiché passare con luce semaforica rossa genera senz'altro una situazione di pericolo, per sé e per gli altri e l'esistenza della norma di riferimento ne agevola la consapevolezza, creando al contempo un effetto deterrente. Allo stesso modo, sebbene dispiaccia che norme internazionali, europee e nazionali, oggi quasi perfettamente redatte, siano quotidianamente violate o solo parzialmente rispettate, ciò non toglie che sia di fondamentale importanza che esse esistano. Se violate, è nostro dovere pretendere che siano rispettate, denunciandolo attraverso tutti gli strumenti giuridici e giudiziari oggi a disposizione<sup>61</sup>. Lamentarsi tra noi non serve. I diritti umani non sono esposti in una "bella vetrina" solo per essere ammirati da noi individui o per essere sfoggiati per la loro importanza dagli Stati: occorre andare oltre quella "bella vetrina", conoscere e toccare con mano ciò può aiutare l'intero genere umano a far sì che i diritti umani continuino a essere tutelati, sempre e ovunque, e non violati. È nostro preciso dovere, nel rispetto di quell'inestimabile impegno di chi, dalla Seconda guerra mondiale in poi, ha progressivamente creato e sempre più migliorato per tutti noi la tutela di diritti umani fondamentali, una tutela che oggi<sup>62</sup> può essere fatta valere a livello internazionale, arrivando perfino a condannare gli Stati che li violano.

---

61 Il sistema giuridico internazionale ed europeo offre ai singoli individui, o gruppi di individui, diverse possibilità di denuncia e di richiesta di intervento presso Corti o Comitati per l'emissione di misure provvisorie urgenti e relativa richiesta di rispetto della normativa eventualmente violata, qualora ce ne siano i presupposti giuridici.

62 È purtroppo nota la crisi che sta attualmente coinvolgendo sempre di più il sistema di tutela internazionale dei diritti umani in seno all'ONU, ma anche a livello regionale.

## CAPITOLO 2

# IL DIRITTO ALLA SALUTE MENTALE: IL PUNTO DI VISTA DELLA PROFESSIONE PSICOLOGICA NEI DIRITTI

*Anna Barracco, Simonetta Bonfiglio, Davide Carnevali, Mauro Di Lorenzo, Valentino Ferro e Gabriella Scaduto*

Come si evince dall'exkursus storico delle Convenzioni e delle norme che sono state pensate a tutela del diritto della salute psicologica, il presidio non può essere mai abbandonato. Le psicologhe e gli psicologi che operano nei diversi settori che questo volume prenderà in considerazione, come l'età evolutiva, migranti, fine vita, disabilità e le fragilità psichiche, sanno bene quanto i concetti di diritto e di salute mentale siano mutevoli, condizionati dalle epoche e dalle società in cui si collocano, e varino nel tempo e nelle culture. Questi concetti assumono significato in base allo sviluppo culturale, sociale, economico e ideologico/politico delle strutture societarie, risultando quindi molto dipendenti da valutazioni soggettive, concetti etici e teorie sul funzionamento psichico. La definizione stessa di salute psicologica è stata oggetto di modificazioni e trasformazioni, sebbene sia possibile identificare alcuni elementi comuni. Come ben stabilisce l'Organizzazione mondiale della salute (Oms), la salute psicologica non è semplicemente l'assenza di psicopatologia, ma uno stato emotivo e psicologico che consente alla persona di utilizzare al meglio le proprie capacità emotive e cognitive, di creare e mantenere relazioni soddisfacenti con gli altri e di partecipare in modo attivo e costruttivo a quanto accade intorno a lei. Alcune delle caratteristiche riconducibili a una condizione di salute mentale includono:

- stabilire relazioni sociali soddisfacenti e mature con gli altri
- partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente sociale
- sviluppare la propria personalità investendo le proprie pulsioni istintuali nella relazione sociale
- risolvere i propri conflitti in modo equilibrato
- adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni
- avere una buona immagine di sé
- essere consapevoli delle proprie emozioni e modalità relazionali.

Queste caratteristiche sono essenziali non solo per il benessere individuale, ma anche per la coesione e il progresso della società nel suo complesso. Per questo motivo, è fondamentale continuare a promuovere una cultura della salute mentale che sia inclusiva e non stigmatizzante. Ciò richiede un impegno costante nel sensibilizzare il pubblico, formare i professionisti e sviluppare politiche che garantiscano l'accesso equo ai servizi di salute mentale.

### **Principi cardine**

Innanzitutto, desideriamo sottolineare che un principio cardine nella difesa dei diritti dei pazienti è diventare professionisti consapevoli delle reti e delle dinamiche in cui operiamo, insieme ai nostri pazienti. Questo significa essere in grado di accompagnare i pazienti e le loro famiglie in un percorso di consapevolezza e crescita. Ogni crisi, sintomo o rottura può essere interpretata

come un messaggio, contenente in sé la possibilità di un cambiamento positivo.

Un professionista consapevole deve comprendere che le difficoltà e i sintomi presentati dai pazienti non sono semplicemente problemi da risolvere, ma possono essere visti come opportunità per esplorare nuovi modi di essere e di relazionarsi. Questo richiede una visione di sistema che considera non solo l'individuo, ma anche il suo contesto familiare, sociale e culturale. È fondamentale riconoscere l'interconnessione tra il benessere psicologico e i vari sistemi di supporto che circondano il paziente. Inoltre, è importante sviluppare una comprensione profonda delle diverse reti di supporto disponibili, comprese le risorse comunitarie, i servizi di salute mentale, e le organizzazioni non governative. Questo permette di indirizzare i pazienti verso il supporto più appropriato e di lavorare in collaborazione con altri professionisti per creare un ambiente terapeutico integrato. La consapevolezza professionale implica anche l'abilità di adattarsi e rispondere alle mutevoli esigenze dei pazienti. Questo può significare riconoscere quando un approccio terapeutico non è efficace e avere la flessibilità per modificare il percorso terapeutico. Significa anche essere aperti a feedback e critiche, utilizzandoli come strumenti per migliorare continuamente le proprie competenze e strategie di intervento. Infine, un professionista consapevole deve essere un sostenitore attivo dei diritti dei pazienti. Questo comporta non solo la difesa dei diritti all'interno del contesto clinico, ma anche l'impegno nella sensibilizzazione e nella promozione di politiche che supportino il benessere mentale. La difesa dei diritti dei pazienti significa garantire che essi abbiano accesso a cure di qualità, che siano trattati con dignità e rispetto, e che abbiano voce nelle decisioni che riguardano la loro salute. In sintesi, la difesa dei diritti dei pazienti richiede un impegno continuo nella propria crescita professionale, una comprensione profonda delle reti di supporto e delle risorse disponibili, e un forte impegno nella promozione dei diritti umani. Solo attraverso questo approccio integrato e consapevole possiamo sperare di offrire un supporto veramente efficace e trasformativo per i nostri pazienti e le loro famiglie. Il secondo principio riguarda il diritto di un ogni essere umano che viene al mondo di essere accolto, accudito e amato incondizionatamente: nell'attuazione di questo "diritto" si fonda la base sicura per il successivo sviluppo e la garanzia di ciò che viene definito come diritto alla salute, fisica e psichica nella crescita. Sappiamo quanto questa affermazione sia da un lato condivisa, autenticamente, auspicata e anche nella maggior parte dei casi attuata, ma sappiamo, soprattutto attraverso la clinica e gli interventi nel campo della psicoterapia, quanto sia delicato e a rischio l'incontro del neonato, del bambino e dell'adolescente e dell'adulto con il suo ambiente e come dai fallimenti più o meno gravi di questo incontro derivino successive difficoltà, sofferenze, patologie che possono segnare il destino di quel soggetto.

Il terzo principio che riteniamo fondamentale nella discussione sulla salute psicologica è riconducibile al diritto di ogni essere umano di essere curato nella sua interezza. Questo è un punto centrale di riflessione, se si considera di quanto negli ultimi decenni siano esponenzialmente cresciuti e diffusi interventi parziali, settoriali, come il ricorso sempre più frequente a diagnosi nosografiche, che spesso risultano, a distanza, insufficienti e inadeguate a dare risposte ai problemi emotivi sottostanti, frutto di una circolare difficoltà nelle interazioni affettive tra bambino e ambiente. Una risposta parziale, non solo manca di efficacia, ma può divenire elemento di aggravamento e cronicizzazione del disturbo. Questa modalità di intervento rappresenta uno dei punti nodali più delicati su cui aprire un vero dibattito, una riflessione comune che promuova un cambiamento culturale e progettuale sul diritto alla salute mentale soprattutto nella sanità pubblica.

Infine, va segnalato che la diffusione di modalità di approccio concentrata sul soggetto come principale, se non unico, "portatore" del disturbo, può rappresentare un passo indietro, rispetto a quanto già acquisito, in particolare dopo la seconda metà del secolo scorso, dalle scienze psicologiche per la comprensione e la cura della sofferenza del dolore del soggetto umano, a partire dal suo venire al mondo. Passo indietro che spesso nasconde anche una forma di difesa relazionale (genitori) e professionale (educatori e operatori sanitari) al coinvolgimento, motivata dalla difficoltà intrinseca di un approccio multiplo e di un campo complesso e dalla carenza di valorizzazione e investimenti, anche economici, nel campo della salute mentale da parte degli organi politici. La letteratura scientifica, quella psicologica e psicoanalitica, e le neuroscienze offrono un vario e approfondito panorama, una testimonianza di un punto di arrivo di ricerche e sviluppi sul nostro tema, sviluppi di conoscenza, base del nostro intervento che sembra tuttavia tendano a scomparire, a farsi deboli, come base teorico/clinica nella operatività diffusa. Assistiamo ad un settore in affanno.

### **Ambiti professionali**

Vorremmo quindi concentrare l'attenzione su due ambiti fondamentali della professione psicologica: la prevenzione e l'intervento. La prevenzione è cruciale per promuovere il benessere psicologico prima che i problemi diventino gravi. Questo include l'educazione alla salute mentale nelle scuole, la sensibilizzazione della comunità sui segnali di disagio psicologico, e la promozione di stili di vita sani. Implementare programmi di prevenzione efficaci può ridurre significativamente l'incidenza di disturbi mentali e migliorare la qualità della vita delle persone. L'intervento, d'altra parte, riguarda l'offerta di supporto e trattamento a coloro che stanno già affrontando difficoltà psicologiche. Questo include una vasta gamma di approcci terapeutici, adattati alle esigenze individuali dei pazienti. L'obiettivo è aiutare le persone a superare i loro problemi, migliorare il loro funzionamento quotidiano e sostenere il loro benessere a lungo termine. Concentrandoci su prevenzione e intervento, possiamo affrontare in modo più completo le sfide della salute mentale, offrendo un supporto proattivo e reattivo che promuova il benessere per tutti. Di seguito proviamo a esplorare i due aspetti chiave della professione psicologica, prevenzione e intervento, con alcuni esempi concreti negli ambiti di interesse.

### **Prevenzione**

Questo concetto è stato messo in pratica in modo esemplare negli anni '70 con l'istituzione a Milano dei Servizi di igiene mentale per l'età evolutiva. Ogni zona amministrativa della città ospitava uno di questi servizi, con un gruppo multidisciplinare composto da professionisti come Neuropsichiatri infantili (Npi), psicologi psicoterapeuti, psicomotricisti, fisioterapisti e segretari, operanti secondo il modello integrato noto come "modello Balconi". Queste equipe non solo si dedicavano alla diagnosi e cura dei disturbi dell'età evolutiva, ma soprattutto implementavano strategie preventive attive. Gli operatori avevano una presenza costante nei nidi, nelle scuole materne ed elementari, dove osservavano i bambini e collaboravano strettamente con il personale educativo. Organizzavano inoltre regolari riunioni di supervisione di gruppo con genitori, educatori e personale sanitario, presenti nelle scuole, per sostenere e coinvolgere attivamente gli adulti responsabili del benessere dei bambini. Tale approccio integrato rappresentava non solo un modello di sviluppo mirato, ma anche un riconoscimento dei bisogni fondamentali dei

bambini e dell'importanza cruciale delle relazioni familiari e sociali nel plasmare il loro benessere psicofisico futuro. Questo esempio evidenzia l'ampia portata degli investimenti preventivi e del sostegno integrato agli adulti, dimostrando quanto sia fondamentale comprendere e influenzare positivamente l'ambiente familiare e sociale per garantire il benessere complessivo dei bambini e dei giovani. Quando si tratta della fragilità psichica, il passaggio alla prevenzione primaria come progetto politico non è mai stato pienamente realizzato. Questo vale non solo nel campo psichiatrico, dove il paradigma biomedico ha favorito teorie come quella del "Cervello rotto" (*Broken brain*), ma anche nel contesto sanitario generale. Qui, l'organizzazione verticistica e gerarchica dei saperi e del potere ha contribuito a una distorsione significativa dell'epistemologia, con la prevenzione primaria e la diagnosi precoce spesso mescolate nelle pratiche e nell'immaginario collettivo. Questa situazione ha portato a una rinuncia o un abbandono della concezione della salute pubblica come costruzione di contesti di cittadinanza attiva e promozione di stili di vita salutari in senso ampio. Interessante è vedere la questione dalla prospettiva della prevenzione in ambito di disabilità, che storicamente, vede i pazienti esposti a forme di vittimizzazione indicibili, caratterizzate da significative disparità e violazioni di diritti umani inalienabili, tra cui il diritto alla salute mentale. Per esempio, la mentalità prevalente per gran parte del XX secolo fu quella di considerare la persona con disabilità intellettiva alla stregua di un "problema" per molti versi irrisolvibile, portatore di deficit irreparabili, che occorreva contenere, arginare, nascondere, segregare e comunque allontanare dallo sguardo pubblico. Solo a partire dagli anni '70 del secolo scorso si è potuto assistere ad una profonda metamorfosi nella considerazione della disabilità, sostenuta dall'approvazione di leggi che hanno contribuito a mutare diametralmente la percezione sociale della disabilità stessa<sup>63</sup>. Un ultimo elemento di analisi, non meno importante, che fa da eco agli ostacoli strutturali, culturali e sociali appena citati, è il modello prestazionale dell'attuale società moderna e tecnocratica dominata dalla tirannia della produttività e della visibilità<sup>64</sup>. È infatti proprio all'interno di questa ambientazione dominante, che non è raro imbattersi in dibattiti e argomentazioni che evocano pericolose derive discriminatorie legate a concezioni eugenetiche apparentemente non ancora del tutto superate nella società contemporanea. Pensiamo ad esempio alle richieste di ampliamento e diffusione dell'utilizzo di screening genetici sempre più invasivi, mosse dall'obiettivo di perseguire un presunto ideale di "perfezione" umana e di sopravvivenza di coloro ritenuti più "adatti" in termini di risultati economici perseguibili. Un'ideologia distorta, preoccupante, pseudo-scientifica e condannabile, che riduce l'essere umano a mero strumento di produttività e che mina alle fondamenta i principi di equità, rispetto per la diversità e inclusione sociale sui quali dovrebbe poggiare qualsiasi società autenticamente civile ed evoluta. Analizzando il tema della prevenzione in ambito della difesa dei diritti dei migranti è interessante notare come a stessa si sia concentrata sull'implementazione di strategie che promuovano l'integrazione sociale, l'accesso equo ai servizi sanitari e la protezione contro la discriminazione. Uno degli approcci più efficaci è l'adozione di politiche di accoglienza che facilitino l'accesso all'istruzione, al lavoro e all'assistenza sanitaria, riducendo le barriere linguistiche e culturali. Studi<sup>65</sup> sottolineano l'importanza di un supporto psicologico adeguato per affrontare

---

63 L. Steele, p. Carnemolla, r. Spencer, j. Kelly, I. Naing, I. Dowse, Listening to people with intellectual disability about institutions, in «The International Journal of Disability and Social Justice», 3(3), 2023, pp. 49-71.

64 F. Chicchi, a. Simone, *La società della prestazione*, Ediesse, Roma 2017.

65 F. Chicchi, a. Simone, *La società della prestazione*, Ediesse, Roma 2017.

lo stress dell'acculturazione, migliorando così la salute mentale dei migranti. Inoltre, linee guida sviluppate da organizzazioni come l'American psychological association<sup>66</sup> propongono pratiche psicologiche specifiche per sostenere i migranti, affrontando le sfide uniche che incontrano e promuovendo un ambiente inclusivo che rispetti i loro diritti umani. Infine, la ricerca sugli interventi di prevenzione a favore della difesa dei diritti in ambito di fine vita si focalizza su garantire che i pazienti ricevano cure compassionevoli e rispettose della loro dignità, indipendentemente dalla loro condizione fisica o mentale. Studi come quelli condotti da Rodin e colleghi<sup>67</sup> evidenziano l'impatto negativo dello stigma e della discriminazione sulla qualità della vita delle persone in fase terminale. Interventi efficaci includono l'implementazione di politiche sanitarie che promuovano il supporto psicologico, l'assistenza palliativa e il coinvolgimento attivo dei pazienti nelle decisioni riguardanti le loro cure. Inoltre, la formazione dei professionisti sanitari su temi di sensibilità culturale e diritti umani è cruciale per garantire che le esigenze emotive e psicologiche dei pazienti siano affrontate adeguatamente, migliorando così il loro benessere complessivo.

**Intervento.** Gli interventi e i percorsi terapeutici devono essere progettati con l'obiettivo di generare autentici cambiamenti non solo nel soggetto affetto da segnali psicopatologici, ma anche nell'ambiente circostante, che include sia l'ambiente familiare che quello sociale. Questo approccio più ampio è cruciale per garantire la tutela dei diritti, poiché riconosce che la miglior strategia consiste nel pianificare interventi capaci di influenzare positivamente non solo il paziente, ma anche le dinamiche relazionali, i contesti di vita e le reti di supporto che interagiscono con il soggetto nel suo quotidiano. In tal modo, si mira non solo a migliorare la salute mentale individuale, ma anche a promuovere un ambiente favorevole e solidale che possa sostenere in modo efficace il benessere psicologico e emotivo delle persone coinvolte. Quando si parla di interventi psicologici nell'età evolutiva, è cruciale sottolineare che l'azione efficace non può prescindere dal coinvolgimento attivo dei genitori<sup>68</sup>. Questo principio è ampiamente riconosciuto e sostenuto dalla ricerca e dalla pratica clinica. I modelli teorici proposti in letteratura offrono varie prospettive su come affrontare le problematiche psicologiche dei bambini e degli adolescenti, ma convergono tutti su un aspetto fondamentale: comprendere la complessità delle dinamiche familiari e utilizzare questa conoscenza per orientare gli interventi. L'approccio terapeutico mira non solo a interpretare la patologia attraverso il contesto familiare, ma anche a trasformare questo contesto in una risorsa attiva e positiva. Questo significa non solo identificare i fattori di rischio o le dinamiche disfunzionali che possono influenzare il benessere del bambino, ma anche riconoscere e potenziare i punti di forza presenti all'interno della famiglia. Ad esempio, l'intervento può concentrarsi su come i genitori possono essere coinvolti nel supporto emotivo e comportamentale del loro figlio, promuovendo strategie di comunicazione efficaci, gestione dello stress familiare e risoluzione costruttiva dei conflitti. In questo modo, non solo si lavora per migliorare la salute mentale del bambino, ma si costruisce anche un ambiente familiare più coeso e di sostegno, capace di favorire uno sviluppo positivo e resiliente del bambino nel lungo termine. Questo approccio consente di inserire il problema del bambino o dell'adolescente all'interno di una rete di relazioni che deve essere compresa e sostenuta. L'obiettivo è attivare il gruppo familiare intorno

---

66 American psychological association (apa), Guidelines for psychological practice with immigrants and refugees, American Psychological Association, 2020.

67 G. Rodin et al., Psychological well-being at the end of life: The impact of stigma and discrimination, in «Palliative Care Journal», 35(1), 2020, pp. 11-21.

68 J. Grienberger, w. Denham, d. Reynolds, Reflective and mindful parenting: a new relational model of assessment, prevention and early intervention, in p. Luyten, l.c. mayes, p. Fonagy, m. Target, s.j. blatt (a cura di), Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology, Guilford Press, New York 2015.

al bambino e garantire la mobilitazione delle risorse necessarie. Inoltre, per garantire i diritti in età evolutiva, riteniamo fondamentale promuovere e implementare un presidio psicologico integrato all'interno del sistema scolastico. Questo presidio non si limita a essere una risorsa di supporto, ma rappresenta un vero e proprio punto di riferimento per affrontare in modo efficace le sfide psicologiche e emotive che possono emergere tra gli studenti. Il presidio psicologico scolastico dovrebbe operare attraverso una rete coordinata di interventi, coinvolgendo non solo gli psicologi, ma anche insegnanti, personale educativo e genitori. Questo approccio multidisciplinare permette di identificare precocemente segnali di disagio psicologico o comportamentale nei minori e di intervenire tempestivamente, prima che tali problemi possano compromettere il loro benessere e il loro rendimento scolastico. Un aspetto cruciale del presidio psicologico è il suo ruolo nel promuovere un welfare di prossimità. Questo concetto implica una presenza attiva e attenta agli studenti e alle loro esigenze, creando un ambiente scolastico in cui ogni giovane si senta non solo accettato, ma anche compreso e supportato. Ciò include non solo la gestione di crisi immediate, ma anche la promozione di pratiche educative e di intervento preventive, volte a creare una cultura di ascolto attivo e di rispetto dei diritti fondamentali dei minori. In sintesi, un presidio psicologico efficace all'interno delle scuole non solo protegge i diritti dei ragazzi di essere ascoltati e sostenuti, ma contribuisce anche a costruire un ambiente educativo positivo e inclusivo, fondato sulla fiducia reciproca e sulla collaborazione tra tutti gli attori coinvolti nella formazione e nel benessere dei giovani. Se ci spostiamo nel mondo delle fragilità psichiche è interessante sottolineare gli approcci in cui emerge un'idea di residenzialità fondata sulla cura e sulla democrazia, e non sulla custodia, in modo da favorire un'organizzazione non gerarchica, che implichi il ricorso a discipline dialogiche, olistiche e a mediazione corporea. Tale approccio si ritrova, ad esempio, nelle case Sotheria e nelle *"Balance home"*. Esiste un'organizzazione internazionale, con una associazione italiana che ne è capofila (Cipra, Coordinamento italiano professionisti della relazione d'aiuto), che ha promosso, grazie ad un finanziamento europeo, l'apertura sperimentale di una Balance home in ogni Paese membro del progetto (Italia, Germania, Belgio, Francia, Spagna), e che diventerà operativo in Italia nel 2025. Esiste inoltre la rete delle Comunità democratiche, che pure promuove scambi e ricerca con i contesti residenziali che promuovono le pratiche di cura incentrate sulla democrazia e sul coinvolgimento del territorio. Se ci concentriamo sul tema disabilità è bene ricordare quanto affermato dalla stessa Organizzazione mondiale della sanità, ricorda come "gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per fornire una migliore assistenza alle persone con disabilità intellettiva"<sup>69</sup>. Con l'avvento della legge 328 del 2000<sup>70</sup>, si è aperta la strada verso un nuovo approccio incentrato sul "progetto di vita" personalizzato, capace di restituire alla persona con disabilità "patologizzata" sul versante biomedico e "annullata" sul versante istituzionale una propria dignità e capacità decisionale nella consapevolezza che l'autonomia non implica necessariamente un'indipendenza assoluta, e che l'idea di una totale autosufficienza è spesso un'illusione per gli esseri umani, in quanto creature inscindibilmente legate da rapporti di reciproca dipendenza e interdipendenza<sup>71</sup>. Questo cambio di prospettiva dall'etichetta di "malati" da curare a individui "diversamente abili" da sostenere, proteggere e tutelare e in questo rinnovato scenario normativo e culturale, nel 2001 l'Oma in-

---

69 World health organization, *Improving access to health services for people with disabilities*, WHO Press, Ginevra 2022.

70 Legge n. 328, dell'8 novembre 2000, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

71 J. Herring, *Health as vulnerability; interdependence and relationality*, in «The New Bioethics», 22(1), 2016, pp. 18-32.

troduce la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf)<sup>72</sup>. Questo strumento rappresenta un significativo progresso nel campo della classificazione della salute, offrendo un approccio multidimensionale che mira a superare il tradizionale "modello bio-medico" della disabilità. In tale modello, l'invito è a rileggere la disabilità come esito di una complessa interazione tra l'organismo e gli ambienti circostanti, i quali possono contribuire ad ostacolare o, al contrario, favorire e incoraggiare il funzionamento e l'espressione di potenzialità individuali. Come affermato dal noto medico e genista americano Francis Collins : «Mentre i nostri geni e la biologia caricano metaforicamente la pistola, sono i nostri ambienti fisici e sociali che premono il grilletto». Molti operatori sanitari si trovano quotidianamente impegnati ad interagire con persone con disabilità intellettiva e desiderano lavorare apportando accomodamenti ragionevoli per soddisfare bisogni psicologici nucleari (bisogni di orientamento, competenza e autostima, coerenza e comprensione, appartenenza e identità, autodeterminazione e autorealizzazione) che ogni essere umano possiede per natura e che devono essere rispettati e garantiti alla pari dei diritti che ne rappresentano gli strumenti giuridici e di salvaguardia<sup>73</sup>.

In questo contesto si inserisce per esempio a pieno titolo la legge 112 del 2016, che ponendo al centro del dibattito pubblico un'ulteriore questione cruciale troppo spesso soffocata dal muro del silenzio: il "dopo di noi" (ovvero il futuro delle persone con disabilità grave che rimangono prive del supporto familiare), ha rappresentato un passo decisivo verso l'affermazione di un nuovo modello di inclusione delle persone con disabilità intellettiva. Un ennesimo passo in avanti è stato infine compiuto con la legge 227 del 2021, che oltre ad aver potenziato le misure di sostegno per il "dopo di noi", ha riposizionato come fulcro delle politiche e dei servizi per le persone con disabilità il "Progetto di vita individuale" (già introdotto dalla legge 328 del 2000<sup>74</sup>) superando definitivamente una logica assistenzialistica, paternalistica, infantilizzante e regressiva. Ancora oggi, infatti, permangono evidenti criticità, principalmente legate alla carenza di risorse economiche dedicate e alla mancanza di procedure e provvedimenti operativi chiari, condivisi, sostenibili ed efficaci. Queste difficoltà e barriere strutturali sono riconducibili a fattori sistemici presenti nella società e nei servizi, che si estendono dalla formazione ancora troppo generica del personale, alle capacità di progettare nuovi modelli organizzativi in grado di farsi carico in modo convincente e credibile dei principi sanciti dalle nuove disposizioni legislative in materia di disabilità intellettiva.

---

72 Mt, j.b., jm, m.m., International classification of functioning, disability and health (ICF) 2001, in «Revista española de salud pública», 76(4), 2002, pp. 271-279

73 S.c. hayes, A liberated mind: How to pivot toward what matters, Penguin, 2020.

74 Legge n. 328, dell'8 novembre 2000, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

## CONCLUSIONI

Dall'analisi storica delle convenzioni e delle norme internazionali emerse a tutela del diritto alla salute psicologica, è evidente che la vigilanza su questo diritto non può mai essere allentata. Psicologi e psicologhe che operano in vari settori, inclusi quelli dell'età evolutiva, migranti, fine vita, disabilità e fragilità psichiche, riconoscono la natura mutevole dei concetti di diritto e salute mentale, influenzati dalle epoche e dalle società in cui si collocano. Questi concetti, variando nel tempo e nelle culture, sono profondamente legati al contesto culturale, sociale, economico e ideologico/politico.

L'OMS definisce la salute psicologica non solo come assenza di psicopatologia, ma come uno stato che consente alla persona di utilizzare al meglio le proprie capacità emotive e cognitive, di creare relazioni soddisfacenti e di partecipare attivamente alla società. Le caratteristiche di una buona salute mentale includono la capacità di stabilire relazioni mature, partecipare costruttivamente ai cambiamenti sociali, sviluppare una personalità equilibrata, risolvere conflitti in modo sano, adattarsi alle condizioni esterne e interne, avere una buona immagine di sé e essere consapevoli delle proprie emozioni e modalità relazionali. Queste caratteristiche sono essenziali non solo per il benessere individuale, ma anche per la coesione e il progresso della società nel suo complesso. Pertanto, è cruciale promuovere una cultura della salute mentale inclusiva e non stigmatizzante, sensibilizzando il pubblico, formando i professionisti e sviluppando politiche che garantiscano l'accesso equo ai servizi di salute mentale.

Questo primo volume ha delineato l'exkursus legislativo, i principi cardine e le principali aree di interesse, rimandando i contributi dei vari gruppi di lavoro a una seconda parte, nella quale approfondiremo le riflessioni specifiche sui diversi ambiti professionali.

La professione psicologica deve continuare a evolversi, promuovendo un approccio integrato alla salute mentale che riconosca l'importanza del contesto familiare e sociale. La prevenzione e l'intervento devono essere bilanciati e coordinati, con un'attenzione costante alla promozione dei diritti umani e alla sensibilizzazione culturale. Solo attraverso un impegno continuo e una visione olistica possiamo sperare di offrire un supporto efficace e trasformativo per i nostri pazienti e le loro famiglie, contribuendo al benessere psicologico e alla coesione sociale.

## Bibliografia

- American Psychological Association (apa), *Guidelines for psychological practice with immigrants and refugees*, American Psychological Association, 2020.
- Balconi M., *Modelli integrati in psicoterapia: L'approccio multidisciplinare ai disturbi dell'età evolutiva*, Edizioni Scientifiche, Milano 2020.
- Basaglia F., *L'istituzione negata: Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1980.
- Bowlby J., *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, Basic Books, New York 1988.
- Bronfenbrenner U., *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1979.
- Chicch F., a. Simone, *La società della prestazione*, Ediesse, Roma 2017.
- Chochinov H.M., Hack T., Hassard T., Kristjanson L.J., McClement S., Harlos M., *Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life*, in «Journal of Clinical Oncology», 23 (24), 2005, pp. 550-5525.
- Committee on economic, social and cultural rights, *General Comment No. 14 on the highest attainable standard of health*, E/C.12/2000/4, 2000.
- Committee on economic, social and cultural rights, *General Comment No. 22 on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, E/C.12/GC/22, 2016.
- Committee on the rights of the child, *General Comment No. 15 on the right of the child to the highest attainable standard of health*, CRC/C/GC/15, 2013.
- Council of Europe, *Recommendation No. Rec(2004)10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorders and its explanatory memorandum*, 2004.
- Council of Europe, *Compendium report: Good practices in the Council of Europe to promote Voluntary Measures in Mental Health Services*, 2020.
- Council of Europe, "white paper" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment (COM(2005) 484 final), 2020.
- Daniels N., *Just health: Meeting health needs fairly*, Cambridge University Press, New York 2000.
- European Commission, "green paper", *Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*, 2005.
- European Commission, "Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health", 2023.
- Fonagy P., Target M., *Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality*, in «International Journal of Psychoanalysis», 77, 1996, pp. 217-233.
- Grienenberger J., Denham W., Reynolds D., *Reflective and mindful parenting: a new relational model of assessment, prevention and early intervention*, in Luyten P., Mayes L.C., Fonagy P., Target M., Blatt S.J. (a cura di), *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology*, Guildford Press, New York 2015.
- Hayes S.C., *A liberated mind: How to pivot toward what matters*, Penguin, 2020.
- Herring J., *Health as vulnerability: interdependence and relationality*, in «The New Bioethics», 22(1), 2016, pp. 18-32.

Hughes B., *Stigma, stress and mental health: The experience of people with disabilities*, in «Journal of Disability Studies», 45(3), 2020, pp. 345-361.

Kübler-ross E., *On Death and Dying*, Routledge, 1969.

Leong F.T.L., Lau S.L.A., *Acculturation and psychological adaptation: A handbook for mental health practitioners*, Cambridge University Press, 2021.

Livingston J.D., *The impact of mental illness stigma on self-esteem and self-efficacy*, in «Psychiatric Rehabilitation Journal», 43(3), 2020, pp. 255-263.

Minuchin A., *Families and family therapy*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1974.

Missinne S., Bracke P., *Migrants' mental health: An acculturation perspective*, in «Journal of Immigrant and Minority Health», 14(6), 2012, pp. 1065-1071.

Mt, j.b., jm, m.m., *International classification of functioning, disability and health (ICF) 2001*, in «Revista española de salud pública», 76(4), 2002, pp. 271-279.

Nygren-krug H., *25 Questions & Answers on Health & Human Rights*, World Health Organization, 2002.

Office of the High Commissioner for Human Rights, *Mental health and human rights, A/HRC/34/32*, 2017.

Office of the High Commissioner for human rights, *Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice*, UN Doc. HR/PUB/23/3, 2023.

Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, *Human Rights-Based Approach to Health*, 2008.

Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, *The Right to Health, Fact Sheet No. 31*, 2008.

Organisation for economic co-operation and development and european observatory on health systems and policies, *The Country Health Profiles – The State of Health in the EU*, 2023.

Ordine degli Psicologi della Lombardia, *Documenti e pubblicazioni dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia sulla promozione dei diritti umani e della salute psicologica*, 2016-2023.

Petri S., *Community-based mental health care: A holistic approach*, in «Journal of Mental Health», 28(3), 2019, pp. 305-318.

Puhl R.M., *Stigma, obesity, and the health of the nation's children*, in «Psychological Bulletin», 142(5), 2016, pp. 531-554.

Rodin G., *Psychological well-being at the end of life: The impact of stigma and discrimination*, in «Palliative Care Journal», 35(1), 2020, pp. 11-21.

Sanseverino f., *Poche considerazioni sull'industria*, Napoli 1845.

Smith E.E., Mackie D.M., *Social psychology (4<sup>a</sup> ed.)*, Psychology Press, 2015.

Steele L., Carnemolla P., Spencer R., Kelly J., Naing L., Dowse L., *Listening to people with intellectual disability about institutions*, in «The International Journal of Disability and Social Justice», 3(3), 2023, pp. 49-71.

Trevarthen C., *Action and emotion in development of cultural intelligence: Why infants have feelings like ours*, in J. NADEL, D. MUIR (a cura di), *Emotional development*, Oxford University Press, Oxford 2005, pp. 61-91.

Villermé L.R., *Discours sur la durée trop longue du travail des enfants dans beaucoup de manufacturés, lu dans la séance publique annuelle des cinq Académies de l'Institut de France*, Union générale d'Éditions, Parigi 1837.

Vygotsky L.S., *Mind in society: The development of higher psychological processes*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1978.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*, Norton, New York 1967.

Winnicott D.W., *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*, International Universities Press, New York 1965.

World health organization, *Mental health action plan 2013-2020*, WHO Press, Ginevra 2013.

World health organization, *Basic Documents*, WHO Press, Ginevra 2020.

World health organization, *Improving access to health services for people with disabilities*, WHO Press, Ginevra 2022.

World health organization, *Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice*, WHO Press, Ginevra 2023.

Zadro L., Williams K.D., Richardson R., *How low can you go? Ostracism by a computer is sufficient to lower self-reported levels of belonging, control, self-esteem, and meaningful existence*, in «Journal of Experimental Social Psychology», 40(4), 2004, pp. 560-567.

### **Normativa italiana**

Legge n. 180, del 13 maggio 1978, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

Legge n. 833, del 23 dicembre 1978, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*.

Decreto del presidente della repubblica, del 10 novembre 1999, *Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"*.

Legge n. 328, dell'8 novembre 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

Decreto ministeriale n. 77, del 23 maggio 2022, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

legge n. 6, del 9 gennaio 2004, *Istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione*.

Legge n. 219, del 22 dicembre 2017, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

Legge n. 112, del 22 giugno 2016, *Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*.

Legge n. 227, del 22 dicembre 2021, *Delega al Governo in materia di disabilità*.

Legge n. 328, dell'8 novembre 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

### **Normativa internazionale e regionale**

Convenzione n. 3 dell'organizzazione internazionale del lavoro, Ginevra, 29 novembre 1919.

Convenzione n. 5 dell'organizzazione internazionale del lavoro, Ginevra, 29 novembre 1919.

Convenzione n. 6 dell'organizzazione internazionale del lavoro, Ginevra, 29 novembre 1919.

Convenzione per la prevenzione e la repressione del crimine di genocidio, New York, 9 dicembre 1948 (UN Doc. A/RES/3/260).

Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, Roma, 4 novembre 1950.

convenzione interamericana sui diritti umani, San José de Costa Rica, 22 novembre 1969.  
Patto internazionale sui diritti civili e politici e patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, New York, 16 dicembre 1966 (UN Doc. A/RES/21/2200 A (XXI)).  
Convenzione n. 138 dell'organizzazione internazionale del lavoro, Ginevra, 26 giugno 1973.  
Convenzione contro l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne, New York, 18 dicembre 1979 (UN Doc. A/RES/34/180).  
Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli, Nairobi, 27 giugno 1981.  
Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, New York, 20 novembre 1989 (UN Doc. A/RES/44/25).  
Carta africana sui diritti e il benessere del minore, Addis Abeba, 11 luglio 1990.  
Carta sociale europea, Strasburgo, 3 maggio 1996 (STE 35).  
Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, Oviedo, 4 aprile 1997 (STE n. 134).  
Carta dei diritti fondamentali dell'unione europea, Nizza, 7 dicembre 2000 (2000/C 364/01 IT).  
Carta araba dei diritti dell'uomo, Tunisi, 23 maggio 2004.  
Convenzione per la tutela delle persone disabili, New York, 12 dicembre 2006 (UN Doc. A/RES/61/106).  
Risoluzione del consiglio dell'unione europea sull'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica, 17 giugno 1994 (GU C 165 del 24 marzo 2000).  
Risoluzione del consiglio dell'unione europea sulla promozione della salute mentale, 18 novembre 1999 (GU C 086 del 17 giugno 1994).

## **Giurisprudenza**

Corte di cassazione - sez. I civ., sentenza n. 21748, del 16 ottobre 2007.

## **Altri strumenti di rilevanza internazionale**

Costituzione dell'organizzazione mondiale della sanità, del 22 luglio 1946.  
Dichiarazione universale dei diritti umani, UN Doc. A/RES/3/217 A (III), del 10 dicembre 1948.  
Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, del 6-12 settembre 1978.  
Dichiarazione sui diritti umani nell'islam, Il Cairo, 5 agosto 1990 / 28 novembre 2020.  
Dichiarazione di Astana sull'assistenza sanitaria primaria, 25-26 ottobre 2018.

**www.opl.it**



ordinepsicologilombardia



ordine\_psicologi\_lombardia



Ordine degli Psicologi della Lombardia



tvOPL



PsicologiOPL



ORDINE  
DEGLI PSICOLOGI  
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it | PEC: segreteria@pec.opl.it