

# MATTI PER I DIRITTI UMANI

Carlo Scovino

Collana Gruppi,  
Organizzazioni, Comunità

# GOC



edizioni  
**ARCIPELAGO**



con il patrocinio di





## **GRUPPI, ORGANIZZAZIONI, COMUNITÀ'**

Collana promossa da ARIPS, diretta da Margherita Sberna

E' la naturale continuazione della Collana Gruppi & Comunità già edita da CittàStudi dal 1993 al 1998. Il desiderio di conservare questa tradizione affonda le sue radici innanzi tutto nel proposito di continuare ad offrire esperienze concrete ed orientamenti teorici attuali rispetto a quanto concerne l'area dell'immateriale e dei suoi servizi.

Non sono solo i professionisti ad essere i destinatari ideali di questa iniziativa. Anche tutti coloro che vivono nelle aggregazioni umane come semplici membri di esse, o come cittadini interessati ad influenzarne i destini attraverso l'impegno politico o civile o nel volontariato possono trovare argomenti interessanti nei volumi che saranno pubblicati.

Le aggregazioni umane, da quelle più piccole (come i piccoli gruppi e le famiglie) a quelle più estese (come le organizzazioni, le istituzioni, le città) sono da sempre oggetto dell'interesse dell'associazione. La quale fin dalla nascita ha concentrato i suoi studi sulla ricerca di strategie utili a mantenere vitali le aggregazioni ed a stimolarne il continuo sviluppo. L'immateriale, come oggi viene chiamato, si mostra come il settore più vivace e vitale nell'attuale società, a cavallo fra due millenni: qui si troverà lavoro nei prossimi anni, qui è concentrata l'attenzione dei legislatori che vogliono promuoverne l'evoluzione verso un maggiore benessere, qui vengono investiti patrimoni dalla neonata Unione Europea.

I gruppi, le organizzazioni, le comunità, i modi in cui gli individui vi abitano e le modalità per aumentarne le qualità, sono l'oggetto della ricerca, della sperimentazione e degli interventi di cui si parlerà nei contributi che verranno pubblicati in questa Collana.

Caratteristiche dei volumi saranno:

- la presentazione delle posizioni teoriche più avanzate ed evolute
- il collegamento fra principi e sperimentazione concreta sul campo
- la professionalità come procedura da applicare per raggiungere dei risultati.

ARIPS – Associazione Ricerche e Interventi Psicosociali e di Psicologia di Comunità – è un'aggregazione di ricerca, intervento e formazione, non profit e sostenuta dai soli soci. Fondata nel 1978, ha dato significativi contributi allo sviluppo delle scienze e delle pratiche psicosociali.

Autori ed esperienza saranno membri di ARIPS, ma – nella filosofia di scambio e di confronto tipica dell'associazione – saranno accolti contributi di professionisti, studiosi, ricercatori esterni, che si sentono affini alle nostre impostazioni e alle nostre esperienze e che condividono la passione per lo studio e il desiderio di rifondazione delle scienze e delle pratiche sociali.

Ulteriori informazioni: [www.arips.com](http://www.arips.com)

Collana: Gruppi, Organizzazioni, Comunità

C. Scovino  
MATTI PER I DIRITTI UMANI

© Copyright 2014 Edizioni Arcipelago  
[www.edarcipelago.com](http://www.edarcipelago.com)  
Via Brescia 6  
25080 Molinetto di Mazzano - BS

Prima edizione elettronica Novembre 2014  
a cura di Edizioni Arcipelago

In copertina: *luogo della gioia* (particolare)  
Daniela Barzaghi

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica,  
riproduzione e adattamento totale o parziale,  
con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm  
e le copie fotostatiche), sono riservati per tutti Paesi.

**CARLO SCOVINO**

**MATTI  
PER I DIRITTI UMANI**

## SUGGERIMENTI PER LA STAMPA

Per stampare il presente volume si consiglia di procedere come segue:

- attivare la finestra di stampa
- alla voce “Pagine per foglio” scegliere l'opzione “2 pagine”

In tal modo si otterrà un formato molto simile a quello dei volumi cartacei della collana “Gruppi, Organizzazioni, Comunità”; allo stesso tempo si ottimizzerà il consumo di carta e di inchiostro in rapporto alle impostazioni che le pagine hanno nella versione elettronica.

*Agli uomini e alle donne  
che ho incontrato  
lungo l'arco della mia vita professionale  
la cui umanità mi è stata d'ispirazione  
e di incoraggiamento.*

## INDICE

PREFAZIONE <i>ispirata da</i> ANDREA C.	pag.	09
INTRODUZIONE	pag.	11
<b>CAPITOLO 1 – SGUARDI DIVERSI</b>	pag.	16
1.1 Un po' di storia: tra custodia e cura	pag.	16
1.2 Lo sguardo pedagogico-educativo: tra fragilità e marginalità	pag.	32
1.3 Salute mentale e diritti umani	pag.	34
<b>CAPITOLO 2 – TRA CULTURA, EMPOWERMENT E RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI</b>	pag.	39
2.1 Pressioni e pregiudizi della comunità	pag.	39
2.2 <i>L'empowerment</i> nella lotta per il riconoscimento dei diritti	pag.	41
<b>CAPITOLO 3 – IL PUNTO DI VISTA DI AMNESTY INTERNATIONAL</b>	pag.	50
3.1 Amnesty International e la salute mentale	pag.	50
3.2 Visione e azione di Amnesty International	pag.	51
<b>CAPITOLO 4 – EDUCAZIONE E INFORMAZIONE</b>	pag.	56
4.1 Lo stigma	pag.	56
4.2 Dire, Fare, Promuovere Salute Mentale	pag.	62
4.3 Promozione dei diritti umani: ONU e OMS	pag.	63
<b>CONCLUSIONI</b>	pag.	66
<b>GLOSSARIO DELLA QUALITÀ IN SANITÀ</b>	pag.	70
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	pag.	72
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	pag.	73
<b>DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI UMANI</b>	pag.	75
<b>IL PATTO INTERNAZIONALE SUI DIRITTI ECONOMICI, SOCIALI E CULTURALI</b>	pag.	80
<b>LA CONVEZIONE INTERNAZIONALE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ</b>	pag.	89
<b>APPENDICE</b>	pag.	113



## PREFAZIONE

Quando il dottor Carlo Scovino mi ha chiesto di scrivere alcune note per questo libro mi sono sentito da una parte lusingato e dall'altra preoccupato perché non sapevo bene cosa scrivere.

Avermi affidato la responsabilità di scrivere la prefazione significava raccontare il mio punto di vista su un tema, quello del rispetto dei diritti umani in relazione alla salute mentale, a dir poco arduo e nuovo. Non dovevo e non volevo raccontare la mia storia ma offrire il mio punto di vista in qualità di utente di un servizio pubblico in una zona complessa e multiproblematica di una grande metropoli.

Nel corso degli ultimi anni ho avuto la possibilità di conoscere e apprezzare il lavoro di Carlo e di molti suoi colleghi con significativi miglioramenti sulla mia qualità di vita. Una dimensione ricorrente che mi piace segnalare è la possibilità di "fare cose" divertendosi nel rispetto delle autonomie e dei tempi di ciascuno, della *privacy* e delle fatiche individuali. Il diritto ad essere riconosciuti prima di tutto come persone e poi come pazienti: questo sicuramente è il filo conduttore del lavoro che Carlo svolge quotidianamente con un'attenzione partecipata e discreta a tutto ciò che mi accade.

La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani stabilisce che ogni persona ha diritto al rispetto della sua integrità in quanto persona, ha diritto di partecipare alla vita collettiva della sua comunità di appartenenza e di aver tutelata la sua salute. Per far sì che tali diritti, riconosciuti da gran parte dei paesi del mondo, siano implementati nella vita di tutti i giorni è necessario un costante impegno. Il punto di vista degli utenti, che viene ritenuto fondamentale per la cura e il trattamento di molte malattie, in ambito psichiatrico diventa una questione centrale.

Questo significa avere dei servizi dotati di adeguate risorse economiche e di personale ma soprattutto di operatori che siano preparati ad ascoltare, ad avere pazienza (molta!) e ad essere discreti. Essere affetti da una patologia psichiatrica significa vivere, molto spesso, una condizione di grande sofferenza e prostrazione affettiva, economica e relazionale. Essere e sentirsi soli in un mondo, in una città, in un territorio, in casa propria è una condizione di estrema fatica esistenziale e le relazioni umane - ancor prima di quelle cliniche, socio-assistenziali e terapeutico-riabilitative - diventano un'importante ancora di "salvezza".

Talvolta ho chiesto a Carlo cosa mi accadrà quando avrò qualche anno in più o cosa accadrà quando lui andrà in pensione o nell'ipotesi di un suo trasferimento ... lui risponde sempre che i servizi per la salute mentale (e non solo quelli) non devono essere "legati" ad una persona ma devono avere una cultura di apertura alle possibilità. Lui prova a diffondere alle nuove generazioni quello in cui crede attraverso la guida di molte giovani ragazze e ragazzi che arrivano nel servizio dove lavora in qualità di tirocinanti del corso di laurea universitario in Educazione Professionale.

Nonostante molti trattati internazionali tutelino i diritti delle persone con patologia psichiatrica molto resta ancora da fare, soprattutto per quanto riguarda la solidarietà e

la prossimità. I farmaci, le prestazioni psicologiche e i trattamenti socio-riabilitativi, sono importanti ma bisogna tenere in mente che quando si parla di psichiatria si parla soprattutto di comunicazione. Le parole curano, le parole vanno ascoltate. Io voglio avere voce.

*Andrea C.*

## INTRODUZIONE

Sessantacinque anni fa le Nazioni Unite adottarono la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, il primo documento internazionale che ha proclamato la dignità intrinseca e l'uguaglianza dei diritti per tutte le persone. Al di là dei confini nazionali, ideologici e culturali, la Dichiarazione è tuttora il punto di riferimento più importante per il dibattito sui valori etici. Tuttavia, la visione di cui è portatrice a proposito della libertà individuale, della protezione sociale, delle opportunità di crescita economica e dei doveri verso la comunità, non è stata ancora realizzata. Oggi i leader di tutto il mondo devono affrontare molteplici sfide quali la crisi economica globale, i cambiamenti climatici, il degrado ambientale, i conflitti armati, l'instabilità politica, la fame e la povertà.

Questo testo affronterà il tema della salute mentale e le violazioni dei diritti umani ad esso correlate, un argomento poco conosciuto e spesso negletto. Si è scelto di utilizzare, in maniera rilevante e significativa, come punto di riferimento culturale, sociale e giuridico i documenti pubblicati da Amnesty International (o buona parte di essi) poiché tale organizzazione è nota in tutto il mondo per la sua imparzialità e per la sua accuratezza.

Secondo gli ultimi dati epidemiologici un terzo della popolazione mondiale soffre annualmente di una patologia psichica ma non sembra esserci proporzione tra bisogno e risposta in un'esigenza condivisa e pubblicamente discussa di cure, interventi, trattamenti e servizi opportunamente dedicati. Il tema viene ancora affrontato con una forma di silenziosa discrezione carica di vergogna e nell'impossibilità di condivisione pubblica. La discriminazione e l'esclusione sociale a causa di una malattia mentale sia dal consesso sociale che civile rappresenta forse la nostra più grande vergogna.

Finché continueranno ad esistere disuguaglianze formali a causa di una patologia psichiatrica non si potrà dire di aver fatto sufficienti progressi verso la realizzazione degli ambiziosi ideali espressi sessant'anni fa. Il problema delle violazioni dei diritti umani nell'ambito della salute mentale esige un'ampia attenzione non solo per il numero delle persone coinvolte (e il *trend* sembra in aumento), ma anche perché, se non si riuscirà a contrastare le altre minacce globali, le persone affette da una patologia psichiatrica ne subiranno le peggiori conseguenze.

Le persone affette da patologia psichiatrica sono tra coloro che vengono maggiormente colpite dalle guerre, dalle crisi politiche e dal tracollo dell'economia perché questi accadimenti li relegano in una condizione di miseria, esclusione e stigmatizzazione.

Si sta iniziando a comprendere (se pur timidamente e solo in ristrette aree geografiche) che la salute mentale è una questione strettamente correlata ai diritti umani. Ne sono una prova tangibile l'attenzione che viene posta al problema non solo da Amnesty International ma anche da altre Organizzazioni Non Governative e Intergovernative quali ad esempio la Comunità di S. Egidio, Human Rights Watch, la Chiesa Cattolica e alcune Chiese Protestanti.

Difendendo i diritti umani delle persone affette da una patologia psichiatrica si difende anche la loro vita quotidiana nonché le libertà di cui hanno bisogno per progredire e per esprimersi riguardo al loro futuro (ciclo di vita, *compliance* farmacologica, alleanza terapeutica, cittadinanza attiva).

Il premio Nobel per l'economia Amartya Sen ha sostenuto con forza che la libertà è sia un elemento costitutivo dello sviluppo sia un fattore che contribuisce al suo raggiungimento.

Senza avere accesso all'istruzione, ad un'adeguata assistenza sanitaria, ad un alloggio e ad altre necessità primarie, e molto spesso esposte all'insicurezza, le persone affette da una patologia psichiatrica non hanno gli elementi essenziali per condurre una vita dignitosa.

Escluse e non considerate non hanno modo di migliorare la loro condizione. Non riuscendo ad ottenere l'ascolto dovuto, non potendo influenzare gli eventi, di fronte ad ulteriori minacce e privazioni rimangono senza difese, scendendo sempre più in basso nella spirale dell'emarginazione, della marginalizzazione e anche dell'esacerbazione della sintomatologia.

La sfida più grande riguardo alle persone che soffrono di disagio psichico non consiste solo nel fornire passivamente servizi e prestazioni (e talvolta inefficienti e privi di qualità), quanto nello stimolare la loro autoaffermazione e la loro autostima: il cosiddetto *empowerment* (questo argomento verrà trattato in maniera più esaustiva nelle pagine successive). I diritti umani danno voce ai senza voce e si oppongono all'esclusione e alla disuguaglianza poiché obbligano i potenti ad agire senza pregiudizi e/o favoritismi. Le norme internazionali si fondano sulla premessa di una comune umanità ***“Tutti gli essere umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti”***, afferma il primo articolo della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

Nel 1996, l'ex Segretario Generale delle Nazioni Unite Kofi Annan affermò che da quel momento l'ONU avrebbe incluso tutti i diritti umani nei suoi progetti di sviluppo. La persistenza della discriminazione e della stigmatizzazione, che blocca la vita di milioni di persone, è indice di una violazione dei diritti umani su larghissima scala. Non soltanto perché le persone affette da una patologia psichiatrica sono privati di beni, servizi, prestazioni e cure adeguate per condurre una vita dignitosa, ma anche perché - molto spesso - ciò rivela la negazione del diritto all'uguaglianza, alla protezione contro i pericoli e alla piena partecipazione al piano di cura, all'individuale progetto di vita e alla partecipazione alla vita pubblica.

Il richiamo al sistema dei diritti umani per arginare la discriminazione, l'esclusione sociale e la stigmatizzazione è dettato principalmente dalla convinzione che questi fenomeni siano una questione di pubblica responsabilità. In ragione della loro vulnerabilità, le persone affette da una patologia psichiatrica sono tutelate da alcune garanzie composte da norme e standard internazionali posti a loro tutela. La 1<sup>o</sup> Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tenuta ad Ottawa in Canada, dal 17 al 21 novembre 1986, (che ha prodotto la cosiddetta Carta di Ottawa), ha determinato una svolta globale nelle politiche per la salute di molti paesi.

Da allora, con tempi diversi, ogni sistema sanitario ha intrapreso il cammino da una gestione della sanità prevalentemente orientata alla cura delle malattie, ad una

gestione intersettoriale della salute, attenta alle condizioni di benessere complessivo delle persone. Nel 2004 l'OMS lanciò lo slogan *“la salute mentale è interesse di tutti”*.

Le persone con patologie psichiatriche cercano un senso nella vita e si interrogano sulla propria identità. Questa nuova visione culturale di come promuovere la salute mentale affronta direttamente questioni centrali come il tema della felicità, dello ‘star bene’, il tema del benessere, i rapporti tra salute mentale e salute fisica ed indica la direzione dello sviluppo della comunità. Occorre, quindi - anche per i servizi di salute mentale - seguendo la strada indicata ad Ottawa, inquadrare le pratiche preventive, terapeutiche e riabilitative in una *policy* generale di promozione della salute mentale della comunità. In questo quadro, a livello sociale, occorre trasformare i servizi aprendoli alla partecipazione degli utenti come solennemente affermato ad Helsinki nel 2005. Gli utenti possono migliorare la qualità dei servizi contribuendo alla definizione di standard soddisfacenti, alla co-produzione della salute e ad un migliore utilizzo delle informazioni per poter individuare le cure più adeguate.

Secondo l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per disabilità si intende la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. Avviene così un radicale cambiamento di ottica, da negativa (disabilità e handicap) a positiva (funzioni), dal modello medico o sociale contrapposto al modello bio-psico-sociale. Nel primo la disabilità era infatti considerata in modo lineare come conseguenza diretta della malattia/lesione, e conseguentemente gli interventi venivano intrapresi a livello della persona per “aggiustare” la parte “mal funzionante”. Nel secondo si ritiene che il problema non è tanto la persona quanto l'ambiente circostante, che va modificato per consentire il massimo funzionamento possibile del soggetto.

Nel nuovo modello bio-psico-sociale dell' ICF la disabilità diviene il frutto dell'interazione tra l'individuo e i fattori contestuali. Ogni persona si caratterizza quindi per vari *patterns* di funzionamento, determinati dall'interazione dinamica tra fattori personali e fattori contestuali, che possono agire da barriere o da facilitatori, in un'ottica circolare e dinamica e non più lineare che include a pieno titolo tutta l'area della salute mentale. I determinanti della salute mentale sono l'intera gamma di fattori personali, socio-economici e ambientali che determinano lo stato di salute mentale delle singole persone o delle popolazioni. I fattori che influiscono sulla salute mentale sono molteplici e interattivi: vanno dai fattori socio-economici (come il livello sociale, l'appartenenza a una minoranza o il grado di scolarità) agli stili di vita, alla quantità e qualità di relazioni interpersonali, alle condizioni dell'ambiente fisico e abitativo, all'eredità genetica, all'accessibilità ed all'utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Mentre gli interventi sanitari possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di specifiche malattie, risultati più significativi per la salute della popolazione nel suo complesso si possono raggiungere modificando i fattori economici e sociali che concorrono all'origine delle malattie e alla necessità di cure mediche. Fondamentalmente, dunque, la promozione della salute mentale si occupa di individuare e intervenire su tutti quei fattori potenzialmente modificabili (non solo pertanto quelli connessi alle azioni degli individui, come i comportamenti e gli stili di vita benefici per la salute mentale, ma anche fattori quali il reddito e la posizione sociale, l'istruzione, l'occupazione e le condizioni di lavoro, l'accesso a servizi sanitari adeguati

e gli ambienti fisici) che, se associati, creano difficoltà di vita che si ripercuotono sulla salute mentale.

A partire dalla Carta di Ottawa e, più recentemente, dalla Conferenza di Helsinki del 2005, nell'adempire ai propri compiti di assistenza, i servizi di salute mentale dovrebbero erogare adeguati interventi in termini di efficacia e di miglioramento della qualità della vita; il trattamento medico, psicoterapico e riabilitativo infatti, sono parte dell'aiuto necessario così come la malattia - e la diagnosi che la definisce - sono parte della vita della persona. L'efficacia delle cure dipende, oltretutto dalla qualità delle procedure basate sulle evidenze scientifiche anche dalla famiglia, dagli amici, dalla scuola, dai datori di lavoro, dai vicini di casa e dalla reale possibilità di usufruire di un vasto arco di servizi e di risorse della comunità. Per questo i servizi devono promuovere l'inclusione sociale e scolastica, la qualificazione dell'ambiente di vita e il miglioramento dei rapporti interpersonali nella comunità. Inoltre devono partecipare al sostegno all'abitare, alla ricerca di opportunità lavorative e ad un impiego soddisfacente del tempo libero.

Nel primo capitolo viene offerta una panoramica storica della salute mentale per poi tracciare dei segni nell'ambito dei diritti umani. Vengono inoltre presentate le dimensioni della fragilità e della marginalità, spesso peculiari caratteristiche di chi soffre di una patologia psichiatrica, con uno sguardo antropologico e pedagogico.

Il tema centrale del secondo capitolo è l'*empowerment* delle persone e della comunità di appartenenza.

Il terzo capitolo presenta la posizione di Amnesty International sul tema delle violazioni dei diritti umani in merito alla salute mentale.

Il quarto capitolo affronta l'indivisibilità, l'interdipendenza e l'universalità dei diritti umani, la lotta allo stigma e la promozione della salute mentale.

In coda sono riportati i testi integrali della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, la Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità.

Nell'appendice vengono presentati alcuni casi di violazioni dei diritti umani in relazione alla salute mentale documentati da Amnesty International.

In chiusura a questa introduzione ancora poche righe dedicate al pessimismo prognostico, vera e propria malattia professionale che contagia operatori, pazienti e famigliari. Secondo molti autori in ognuno di noi alberga un nucleo psicotico che può emergere se si vengono a determinare circostanze esterne e interne sfavorevoli. Nelle persone che ricevono una diagnosi di disturbo schizofrenico questo nucleo prende il sopravvento e assume, molto spesso, le caratteristiche di una vera e propria "dittatura" (cit. G. Tibaldi). Il dittatore tende a prendere un controllo assoluto e di convincere tutti che il suo dominio è destinato ad essere irreversibile.

Nessuno può sapere, all'inizio della dittatura, se le "forze della resistenza" sapranno collaborare ed organizzarsi e di quanto tempo avranno bisogno per farlo.

Nessun professionista, nessun paziente e nessun familiare può avere certezze sull'evoluzione di un disturbo schizofrenico, ma ciascuno di loro può scegliere da che parte stare: può collaborare con le "forze della resistenza" o può diventare un "funzionario del regime" (nel momento in cui esprime con le parole e con i comportamenti la convinzione che la dittatura sia irreversibile). Le strategie di prevenzione, cura e trattamento delle malattie psichiatriche sono certamente

complesse, articolate e talvolta richiedono tempi medio-lunghi ma non bisogna rinunciare a credere che una migliore qualità della vita è possibile. Quasi tutte le dittature, prima o poi, cadono.

## Primo capitolo SGUARDI DIVERSI

### 1.1 UN PO' DI STORIA: TRA CUSTODIA E CURA

Nel corso dei secoli, gli approcci, le spiegazioni, l'atteggiamento ed i trattamenti relativi alla follia hanno subito cambiamenti radicali. Tutti i medici dell'epoca classica, sino al XIII secolo d. C. sono originari della Magna Grecia, delle isole Greche, della Grecia stessa e soprattutto dell'Asia Minore. E' in questo territorio che ha origine la cultura, la scienze, la medicina e la psichiatria.

Mi sembra doveroso iniziare il percorso citando colui che è universalmente riconosciuto come il fondatore della medicina classica: il medico greco Ippocrate (460-375 a. C).

La pratica medica ippocratica si articola da una parte, sull'esperienza intesa come rapporto concreto con il corpo del malato (alimenti, ambiente, sintomi), e dall'altra su un insieme di norme e di regole codificate con cui interpretare i dati empirici e impostare la sequenza diagnosi-prognosi-terapia.

La dottrina eziologica di quel tempo, riflette il principio secondo cui il rapporto tra l'uomo e l'ambiente è il principale fattore patologico qualora non sia equilibrato. Nasce così la cosiddetta "teoria umorale", fondata sui concetti di equilibrio degli umori (sangue, flegma, bile gialla, bile nera) e di unità dell'organismo.

Nel "*De morbo sacro*" Ippocrate valorizza il ruolo conoscitivo del cervello e dell'intelletto condannando le pratiche mediche "sacerdotali" e superstiziose. Umori, atomi e tono vitale se in eccesso o in difetto, alterano le costanti chimiche del cervello e da ciò origina la malattia psichica; nascono in questo senso l'approccio biologico e quello clinico.

La "divinità", come scrive Ippocrate, vive nel metabolismo del cervello stesso.

Il "fuoco dell'intelligenza", come vuole Eraclito, e la sua attività creatrice e ordinatrice, sostiene Anassagora, sono alla base del comportamento umano. Si apriva così per la medicina la possibilità di costituirsi come un settore autonomo del pensiero scientifico in contrapposizione anche alla tradizione magico-religiosa e alla ciarlataneria terapeutica degli stregoni, radicata nella cultura delle campagne.

Nell'Asia Minore si sviluppa la filosofia della natura che supporta le basi teoriche della futura psichiatria. Questi filosofi con le loro osservazioni e ricerche procurano al medico la via di uscita dall'interpretazione demonologico-divina della malattia mentale fornendo loro un modello materialistico e positivistic. Il medico dell'età classica non identifica mai la follia secondo modelli morali o reattivi.

In seguito, l'universalità dell'Impero Romano rende più facili gli scambi culturali e scientifici.

Il famoso imperatore spagnolo Marco Aurelio aveva come medico personale un turco, il grande Galeno. Egli localizza l'anima biologica "alla base del cervello", vede l'importanza dell'ipofisi, opera studi anatomici e fisiologici sul sistema nervoso centrale.

Per Galeno sono i ventricoli del cervello ad assumere un ruolo fondamentale: localizza la cognitività e l'egemonico nel lobo frontale. Elabora una teoria secondo cui esiste nel



cervello una sostanza attiva che funge da strumento per le operazioni comportamentali e cognitive: sono gli “spiritu animali”, sostanze sottili, veloci, infuocate e molto energiche (che coincidono del tutto con gli attuali neurotrasmettitori).

È soprattutto il pensiero stoico, specie quello psico-biologico a influenzare gli studi e il trattamento della malattia mentale da Galeno in poi.

Prima di Ippocrate si ritiene che la malattia mentale, specie l'epilessia, detta “morbo sacro”, abbia origine dalla maledizione degli dei; successivamente il paziente psichiatrico viene visto come un malato nel cervello, nelle forme gravi e lievi e affetto da un disturbo dell'anima.

Con Ippocrate si afferma una visione olistica dell'uomo, considerato come anima e corpo.

La sua Teoria Umoreale rappresenta il più antico tentativo, nel mondo occidentale, di ipotizzare una spiegazione eziologica dell'insorgenza delle malattie, superando la concezione superstiziosa, magica o religiosa. Ippocrate tentò di applicare tale teoria alla natura umana,

definendo l'esistenza di 4 umori: bile nera, bile gialla, sangue e flegma. La terra corrisponderebbe alla bile nera (in greco *meiàine chole*) che ha sede nella milza, il fuoco alla bile gialla (detta anche collera) che ha sede nel fegato, l'aria al sangue la cui sede è il cuore, l'acqua corrisponderebbe al flegma che ha sede nella testa. Il buon funzionamento dell'organismo dipenderebbe dall'equilibrio degli elementi per cui il prevalere dell'uno o dell'altro causerebbe una malattia. Oltre ad essere una teoria eziologica della malattia, la riflessione del medico greco spiega come la predisposizione all'eccesso di uno dei quattro umori definirebbe un carattere, un temperamento e insieme una costituzione fisica:

- il flemmatico: grasso, lento, pigro e sciocco;
- il melanconico: magro, debole, pallido, avaro, triste;
- il collerico: magro, asciutto, di bel colore, irascibile, permaloso, furbo, generoso e superbo;
- il sanguigno: rubicondo, gioviale, allegro, goloso e dedito ad una sessualità giocosa.

Delle teorie ippocratiche sopravvivono ampie tracce anche nel linguaggio moderno. Il cuore è comunemente indicato come la sede dei sentimenti e in particolare dell'amore; la malinconia è un sentimento di tristezza ed anche una grave forma di depressione; la collera e la flemma descrivono ancora irascibilità e pigrizia. In queste epoche i disturbi mentali sono - in assenza di terapie valide e di ogni assistenza - molto diffusi, ma tali malati vivono nel contesto sociale con tutti i coinvolgimenti interpersonali che ciò comporta: violenze attuate o subite, oltraggio, aggressività manifesta e così via. Nei trattati di medicina circa un quarto del contenuto è dedicato ai disturbi psichici, specie alla malinconia. L'Impero Romano assicura una stabilità sociale che si prolunga nei secoli, l'autonomia del medico e la sua autorità è diffusa, solida e riconosciuta, sino alla sua caduta.

La grande cultura scientifico-filosofica che ha caratterizzato l'Occidente classico nel V secolo d. C. crolla, distruggendo con sé la cultura medica, filosofica e “psichiatrica”. Le grandi città decadono o sono distrutte; i centri universitari scompaiono. Si assiste al ciclo della decadenza. Questo periodo storico di decadenza continuerà sino al VII secolo d. C..

Nel Medioevo l'interpretazione predominante della malattia mentale resta l'essere posseduti da parte di spiriti malvagi o dal diavolo, l'avere una morale debole o l'essere sottoposti al castigo divino. Le donne affette da qualche disturbo venivano frequentemente accusate di stregoneria e condotte sul rogo. In quegli anni "*i mattocchi, i balzani, i balordi e gli spiritati*" venivano tenuti sulla nuda paglia e spesso incatenati. Questi ricoverati, un insieme di umanità varia con difficoltà sociali o economiche, che arrecavano danno o fastidio alla società "normale" erano accolti e ospitati in modo aspecifico, ovvero senza considerazione delle diversità di età, sesso, patologia e comportamenti. Ugualmente in modo aspecifico venivano trattati: ovvero sostanzialmente solo sorvegliati e a volte anche puniti.

L'unica attenzione di carattere sanitario veniva posta relativamente alla qualità degli ambienti che si presentavano con ampie finestre e con grandi cortili con volte molto alte.

Queste costruzioni dovevano infatti favorire l'aerazione degli ambienti rispondendo all'idea che gli spazi aperti avrebbero favorito la dispersione della malattia ed evitato il contagio.

Nel XII secolo fiorisce dapprima la medicina araba con Rasez, Avicenna, Averroé, che verrà ripresa successivamente dai monaci: la malattia mentale nasce da un castigo di Dio per le colpe commesse.

Un ruolo importante sul piano terapeutico vengono ad assumere le comunità cristiane, rifacendosi al Cristo "*curatore di anime e scacciatore di demoni*": si pensa che colui che tiene genuinamente Gesù nel cuore abbia una forte difesa contro le emozioni e le malattie mentali. Non esisterà più sino al XIII secolo alcun centro di studio; le università classiche da Smirne ad Alessandria sono distrutte e i malati mentali viaggiano verso i monasteri. È con le prime università del XIII secolo che si riprenderà lo studio delle malattie del cervello, riportando alla luce l'enorme patrimonio del mondo greco-romano. Bernardo Gordonio fonda l'Università di Montpellier e lascia un'opera: "*Lillium Medicinae*", ove, in un capitolo denominato "malattie del capo" egli descrive i disturbi generalmente citando Galeno e suoi consigli terapeutici. Sulla base della colpa e del castigo nel XVI e nel XVII nascerà l'approccio demonologico alla follia, che sarà il fondamento dell'inquisizione come appare nel "*Malleus maleficarum*" (martello delle streghe) di Sprenger e Hinstitor: tutti i malati mentali sono indemoniati, perché la forza malvagia insinuandosi negli umori, contagia il corpo. L'uccisione con il rogo o l'impalamento è una grazia perché il corpo indemoniato viene così distrutto e l'anima liberata sale a Dio. All'inizio del 1600 compaiono due trattati: il "*De morbis animi*" di Perdulcis, medico parigino - il suo trattato comprende molti capitoli con una nosologia simile a quella che verrà poi ripresa nell'Ottocento - e il "*De anima brutorum*" di Thomas Willis medico inglese. Nel suo trattato si parla di anima "corporea" opposta a quella "razionale", per cui essa è alterata da uno squilibrio degli "spiriti animali" metabolizzati dall'organismo e distribuiti da esso al cervello. Il Seicento segna la rinascita delle scienze in generale. Partecipano a tale movimento anche i filosofi come Bacone da Verulamio e Cartesio (amico di Willis), che affrontano problemi di fisiologia e psicopatologia circa il ruolo delle emozioni. Galileo fonda il metodo scientifico positivo sperimentale e Harvey scopre la circolazione arteriosa. Zacchia affronta i problemi medico legali connessi con i disturbi mentali.

Gerolamo Mercuriale pubblica un trattato di circa settecento pagine dal titolo “*De conosciendis et curandis umani corporis affectibus*” edito nel 1606; di queste, circa duecento pagine sono dedicate alle patologie neurologiche e cerebrali. Nasce sostanzialmente (o rinasce) il modello medico di malattia quando la medicina utilizza, per osservare e descrivere le malattie, lo stesso metodo adottato dalle scienze naturali: ricerca un insieme di caratteristiche significative tali da caratterizzare l’oggetto di indagine. Nel caso delle malattie, esse consistevano nei *sintomi* e nei *segni* osservabili nei pazienti mettendo in evidenza un certo ordine. Sydenham elabora il concetto di *sindrome* come una costellazione di sintomi e segni che si presentano in pazienti diversi in luoghi diversi da osservatori diversi. Accanto ai progressi della scienza, della ricerca e della medicina è noto che il XVII secolo ha creato grandi case di internamento. Scrive Foucault: “*Una data può servire come punto di riferimento: 1656, decreto di fondazione dell’HôpitalGénéral a Parigi. [...] Diverse istituzioni già esistenti sono raggruppate sotto un’unica amministrazione: la Salpêtrière [...], Bicêtre. [...] Un fatto è chiaro fin dall’inizio: l’HôpitalGénéral non è un’istituzione medica. È piuttosto una struttura semigiuridica, una specie di entità amministrativa che accanto ai poteri già costituiti, e al di fuori dei tribunali, decide, giudica ed esegue. [...] Questa struttura caratteristica dell’ordine monarchico e borghese, [...] estende ben presto la sua rete su tutta la Francia.*”<sup>1</sup>

“E’ fatto divieto a tutti i vagabondi, mendicanti, scemi, storpi e delinquenti e bizzarri di stare nella pubblica via, essi debbono essere catturati e custoditi all’Hotel de Dieu”.

Questa l’ordinanza della municipalità di Parigi con la quale, nel XVII secolo su editto del re Luigi XIV, si liberarono rapidamente le strade della capitale e si costituì il primo grande istituto

psichiatrico della storia, dove 6000 mentecatti erano sottratti alla vita civile.

Al movimento di questo periodo storico partecipò anche la Chiesa riformando le sue istituzioni ospedaliere, ridistribuendo i propri beni e creando nuove organizzazioni sulla scia dei fini che si proponeva l’HôpitalGénéral. Prosegue Foucault: “*in queste istituzioni vengono così a mescolarsi, [...] i vecchi privilegi della Chiesa in materia di assistenza ai poveri e di riti dell’ospitalità e la preoccupazione borghese di mettere ordine nel mondo della miseria; il desiderio di assistere e il bisogno di reprimere; il dovere di carità e la volontà di punire. [...] “Il classicismo ha inventato l’internamento un po’ come il Medioevo la segregazione dei lebbrosi; il posto lasciato vuoto da costoro è stato occupato da personaggi nuovi nel mondo europeo: cioè dagli “internati”.*”<sup>2</sup>

Il potere di segregazione di questo spazio, comune ad un popolo variegato di derelitti (persone senza lavoro, mendicanti, senza tetto, amorali, criminali, prostitute ed ammalati di malattie veneree, sovversivi, atei, ma anche etilisti, idioti e naturalmente più che mai, i folli), assegna così una nuova patria alla follia.

In Inghilterra queste istituzioni sono chiamate *Houses of correction* in seguito *Workhouse* – strutture che avevano il compito di “correggere”, con i metodi di quel tempo, le anomalie e bizzarrie comportamentali e successivamente, quando mutarono la definizione, tutti i ricoverati venivano “curati” con attività di vario genere sempre all’interno della struttura ), nei paesi di lingua tedesca le case di correzione sono le *Zuchtuser*.

<sup>1</sup> Foucault M., *Storia della follia nell’età classica*, tr. it. Franco Ferrucci, BUR Saggi, R.C.S. Libri S.p.A., Milano, 2006

<sup>2</sup> Ibidem

Nell'arco degli anni tutto un reticolato di ospedali, prigioni, case di correzione è distribuito sull'Europa.

Giunti al XVIII secolo la medicina che si occupa della mente umana, sulle orme del medico-botanico e naturalista Linneo, sviluppa una ampia nosologia detta "metodica". Questi aveva suddiviso le piante in categorie, classi, ordini. Allo stesso modo Cullen e Sauvages suddividono i disturbi mentali per classi, genere e specie. Nel Settecento, ma, anche nei secoli precedenti, la maggior parte dei malati mentali, scrive Zilboorg, sono imprigionati: le carceri contengono il 70% di malati mentali detenuti per reati comuni. I malati di mente ricoverati nei conventi o detenuti nelle carceri sono in condizioni disperate e orribili, dormono nudi per terra su un giaciglio di paglia, sono mal nutriti e spesso picchiati o frustati; quelli considerati pericolosi portano le catene. La psichiatria si definisce come territorio specialistico autonomo, e quindi come disciplina scientifica, solo nella seconda metà del Settecento. *"La nascita e lo sviluppo del sistema istituzionale, e al suo interno di istituzioni specializzate per i pazienti psichiatrici: I manicomi, caratterizzano il periodo che va dalla rivoluzione industriale alla metà del sec. XIX; in ciò la psichiatria come sistema ausiliare specializzato precede lo sviluppo della psichiatria come disciplina scientifica."*<sup>3</sup>

Pinel, Tuke, Esquirol e Chiarugi mutano profondamente tali condizioni. Sull'onda della Rivoluzione Francese, Philippe Pinel medico presso l'ospedale di Bicêtre, liberò dalle catene i folli ivi rinchiusi. Quella struttura ospedaliera era diventata durante la Rivoluzione il centro principale di ricovero degli insensati, ma è necessario ricordare che vi si trovava ricoverata una popolazione mescolata di poveri, vecchi, condannati e folli. A questi derelitti si devono aggiungere quelli abbandonati dalla Rivoluzione quali detenuti politici, emigrati rimpatriati,

preti, nobili. Molti di loro furono nascosti da Pinel durante il Terrore col pretesto che erano alienati. Il racconto è celebre: l'infermo Couthon, membro temibile della Convenzione, conosciuto per la crudeltà e per essere uno dei grandi rifornitori del patibolo, visita l'ospedale, portato a braccia, per accertarsi che non vi siano dei sospetti. Scrive Foucault: *"Tutti tremano alla vista dell'infermo portato a braccia", Pinel lo conduce al quartiere degli agitati dove egli dopo averli interrogati non ricevette altro che ingiurie e apostrofi grossolane e senza trovare soddisfazione per la sua inchiesta rivolgendosi a Pinel dice: "Perbacco, cittadino, sei pazzo anche tu a voler liberare dalle catene simili animali?". Pinel gli risponde con calma: "Cittadino, sono convinto che questi alienati sono così intrattabili, proprio perché vengono privati d'aria e di libertà."*<sup>4</sup>

Partito Couthon, Pinel liberò il primo prigioniero. Egli si rivolse a colui che era considerato il più terribile, un capitano inglese già assassino di un servo che egli aveva colpito al capo con le manette proponendogli la libertà dalle catene a condizione che egli sia mansueto e non faccia male a nessuno. Il capitano ascolta e rimane calmo mentre cadono le catene.

Ritrovata la libertà egli ne è entusiasta, passa la giornata ad ammirare la luce del sole, a correre su e giù per le scale e nel cortile gridando di continuo: *"Com'è bello"*. Nei due anni che trascorre ancora a Bicêtre non ha più accessi di furore, collabora e si rende utile alla vita dell'Ospedale. Da questo momento comincia a delinearsi una concezione nuova nel trattamento della follia anche se in seguito si rivelerà ricca di contraddizioni.

---

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Ibidem

“Liberate quei disgraziati dalle catene”. Questa la storica affermazione che Pinel fece alla vista di decine di malati incatenati all'ospedale della Salpetriere a Parigi alla cui direzione era stato chiamato nel 1795.

A cavallo tra la fine del Settecento e i primi decenni dell'Ottocento nasce come istituzione l'ospedale psichiatrico ovvero, l'asilo per il ricovero, la custodia e la cura degli alienati mentali, o come sarebbe più pertinente definirlo, nella sua connotazione negativa: il manicomio. Questa nuova istituzione, che nasce per separare i folli dai poveri e dai criminali, si diffonde in tutta Europa e costituisce un passo avanti rispetto alla reclusione negli istituti penitenziari del passato, perché sembra basata su obiettivi di cura e di ricerca medica.

Tuke, medico inglese quacchero, pensava fosse importante che il “Ritiro” fosse una casa di campagna. Primo medico nominato nella casa situata ad un miglio da York, sosteneva che essa non faceva pensare a una prigione, ma ad una grande fattoria, circondata com'era da un vasto giardino chiuso, dove l'aria era sana e depurata dai fumi della città. Niente sbarre né grate alle finestre. Al ritiro si godeva di un incantevole paesaggio collinare e i malati potevano esercitare il lavoro all'aria aperta con benefici effetti sulla loro guarigione. Tuttavia è forte la continuità con i precedenti luoghi di segregazione dal momento che la cura coincideva con l'obiettivo del controllo dei malati; il manicomio infatti mantiene le caratteristiche di istituzione deputata a fini prevalentemente o esclusivamente sociali, non medici, fino a dopo la metà dell'Ottocento.

Viene inaugurato da Pinel in Francia, da Tuke in Inghilterra, da Chiarugi in Italia, il cosiddetto “Trattamento morale” della follia. Esso si basava essenzialmente sulla fiducia nell'uomo, e quindi sulla fiducia nella nascosta ragionevolezza del folle, nella sua umanità e dignità.

Nel 1788, il medico italiano Vincenzo Chiarugi viene nominato dal Granduca di Toscana Leopoldo di Lorena, direttore e riformatore dell'ospedale di S. Bonifazio a Firenze dove si trasferì con i suoi assistiti già identificati quali malati di mente. Secondo il medico la malattia mentale nasce dal cervello, dal mondo organico, specialmente dallo squilibrio del centro detto “sensorio comune” che collega l'anima col corpo. Egli rifiuta interventi coercitivi e indica la “terapia morale” quale vera cura della pazzia. Impedisce che i suoi malati mentali siano esposti nel giardino del manicomio dietro inferriate e sottoposti agli scherzi dei passanti. Nonostante le buone intenzioni i rimedi che questo orientamento poneva in atto, erano in pratica un confuso coacervo di ingiunzioni, punizioni, atti rieducativi, trattamenti medici empirici.

Nel trattamento morale sembrano impliciti i germi del ripiegamento in senso custodialistico della psichiatria; esso viene incorporato in un approccio pedagogico - come introdotto da Pinel - che definisce come una pedagogia morale o moralistica. Egli sostiene che l'insensato è dominato dal suo furore stravagante poiché passioni e istinti sono all'origine della sofferenza psichica. Se ci si propone di annullare il disordine mentale ed operare una ristrutturazione della personalità del folle, occorre assumere l'atteggiamento dell'educatore in tutto ciò che di asimmetrico esso comporta. In certi casi si pensa che l'alienista debba utilizzare nei confronti del suo assistito anche particolari mezzi pedagogici quali l'intimidazione e la paura.

Sostiene Foucault: *“Ora la follia non dovrà più e non potrà più far paura; essa avrà paura, senza soccorso né scampo, interamente abbandonata alla pedagogia del buon senso, della verità e della morale.”*<sup>5</sup>

Solo lentamente, nel corso dell'Ottocento, il problema della follia venne acquistando i propri confini, nell'ambito del progressivo sviluppo del metodo clinico e del criterio nosografico, per cui ogni disturbo o malattia poteva venir classificato secondo il proprio decorso naturale. Le radici degli odierni sistemi di cura, dunque, affondano nel XVIII secolo, quando furono concepiti i primi asili per gli alienati. Da queste strutture derivano i manicomi od ospedali psichiatrici. In tali ambienti l'elevata concentrazione di pazienti favoriva l'osservazione e la classificazione delle malattie da parte dei medici alienisti. La follia (malattia mentale, insania, vesania; oggi psicosi) veniva separata da un lato dai disturbi organici cronici dell'intelligenza e da un altro lato dai disturbi nervosi “minori” quali la nevralgia. Molti problemi rimanevano però insoluti; non risultava chiaro il rapporto fra debolezza mentale, insufficienza “morale” e intossicazioni voluttuarie. La psicosi stessa, la follia, appariva sia come un processo morboso, malattia organica (sostanzialmente “incurabile”), sia come conseguenza e causa di colpe sessuali, di degenerazione dei costumi, di miseria e cattiva alimentazione. Cominciano ad affacciarsi sulla scena i grandi pensatori “psichiatrici” di questo secolo, e le loro scuole. Nel 1808 Johann Christian Reil coniò il termine “psichiatria”, la parola significa letteralmente “cura per l'anima”, dal greco “*psyche*” cioè anima e “*iatriá*” cioè cura, terapia.

Accanto alla scuola “psichiatrica” francese con la cosiddetta “psichiatria delle passioni” sostenuta da Pinel ed Esquirol, si sviluppa contemporaneamente la “psichiatria dell'inconscio” e del sogno chiamata “romantica”. Le emozioni, gli eventi stressanti, l'azione di uno “psicoide” che si situa fra corpo e intelletto giocano un forte ruolo psicopatogeno. La “psichiatria romantica” nasce dalla psicologia di Novalis, di Schelling, di Mesmer e Schopenhauer: il corpo vivente è suddiviso in soma, anima e spirito; esiste una bipolarità corpo-spirito, come più tardi sarà tra conscio e inconscio. Dopo la “psichiatria romantica”, in Germania prende campo una psichiatria orientata in senso clinico. Giunti alla seconda metà dell'Ottocento la psicopatologia faceva ormai parte del *corpus* ufficiale della medicina; era accettata l'idea che la pazzia fosse una malattia, e come tale oggetto di studio della medicina scientifica. Il merito principale dello sforzo classificatorio che domina la psichiatria di quel tempo è dei grandi alienisti di lingua tedesca tra cui emerge la figura di E. Kraepelin. Egli cercò di sistematizzare tutte le informazioni dei suoi predecessori, compilò la prima classificazione psichiatrica unanimemente condivisa e tuttora in uso; elaborò una tassonomia che poco si distanziava da quella classica greco-romana. L'idea centrale del suo sistema era che i modelli dei complessi di sintomi potevano essere identificati e se ne poteva stabilire la coesione e la consistenza.

Questi complessi di sintomi rappresentavano entità di malattie, come in medicina i complessi dei sintomi organici o le sindromi sono considerati processi distinti di malattie. Egli presumeva che, una volta stabiliti e definiti tali complessi, o sindromi, si potesse cercare dietro di essi una causa specifica o una serie di cause. In seguito Bleuler chiamò schizofrenia la demenza poiché riteneva che la dissociazione delle

---

<sup>5</sup> Ibidem

diverse funzioni psichiche fosse uno dei suoi caratteri più importanti. Di nuovo Kraepelin definì la psicosi maniaco-depressiva e la differenziò dalla schizofrenia. Dopo il 1850 la psichiatria romantica entrava in crisi con la nascita del positivismo.

Lo sviluppo della neurologia parve promettere, nel clima dell'ottimismo della cultura scientifica, la definitiva trasformazione della psichiatria in disciplina obiettiva e quindi scientifica.

La psichiatria positivista valorizzava il ruolo decisivo del lobo frontale sia nelle operazioni cognitive sia, se alterato, nell'insorgenza di quadri psicopatologici. Il cervello è la sede dove si localizzano tutte le funzioni dell'organismo, sia fisiche che psichiche; lo studio morfologico e funzionale indirizza ad una visione localistica del sistema nervoso centrale, con specifiche aree deputate a precise funzioni. L'ideologia dominante, che giunge sino alla fine del XX secolo, si basa sulla concezione, scientificamente dimostrata, che la psichiatria origina sempre da una patologia a carico del cervello. Il positivismo procede cercando sperimentalmente le cause e abbandonando così ogni teoria deduttiva; ogni regione cerebrale alterata sostiene anomalie tipiche psichiatriche, emozionali e comportamentali: un cervello malato, ossia "degenerato", è alla base del comportamento deviato, dal punto di vista sociale, comportamentale, criminale, psichiatrico.

Un celebre sostenitore di questa scuola di pensiero è lo psichiatra e antropologo italiano Cesare Lombroso. Professore universitario di medicina legale e igiene pubblica, di psichiatria e clinica psichiatrica, infine di antropologia criminale, fu medico delle carceri di Torino e ispettore dei manicomi piemontesi. Egli cercò di stabilire una serie di collegamenti tra le anomalie fisiche e psicosomatiche dell'individuo e la degenerazione morale del delinquente, giungendo a classificare i criminali secondo una rigida tipologia antropologica. Il deviante sociale, specie se ha un comportamento criminale, è sempre un malato mentale, è quindi necessario valutare il contesto sociale, biologico, personale e neuropsichiatrico in riferimento all'atto delittuoso. Il giudizio circa il delitto deve nascere tenendo conto di questi fattori in gioco nella vita del soggetto: non punire quindi ma "rieducare". Questo suo tentativo fu considerato in seguito per molti aspetti fallace, a causa dell'exasperato biologismo: la sua classificazione dei delinquenti si dimostrerà scientificamente infondata e ammantata di pericolose suggestioni razzistiche, non a caso riprese dal diritto penale nazista. Su questa strada, invero ottimistica, nasce la perizia medico legale e le strutture manicomiali apposite per ricoverare i pazienti psichiatrici che hanno commesso delitti (Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Il Parlamento italiano ha decretato che queste strutture dovranno essere definitivamente chiuse entro il 31 marzo 2015, salvo ulteriori proroghe).

La fine dell'Ottocento vedrà anche la nascita di una teoria destinata ad operare una vera e propria rivoluzione in questo contesto e non solo: la psicoanalisi.

Essa si svilupperà approfondendo i temi della psichiatria romantica, vale a dire l'analisi del sogno e dell'inconscio, quale sede del materiale rimosso che deve essere portato alla luce in via terapeutica. Tale disciplina come è noto si è sviluppata in larga misura all'interno e per effetto dell'opera del suo fondatore, Sigmund Freud, neurologo e psichiatra austriaco.

Ben presto Freud sostituì all'ipnosi il metodo delle libere associazioni di idee, per permettere al paziente di riportare alla coscienza gli eventi traumatici passati: scopre il fenomeno della *resistenza* e del *transfert*; nasceva da queste osservazioni la

psicoanalisi come tecnica terapeutica. È grazie alla psicoanalisi e alla psicoterapia che l'approccio psicopatologico viene a implicare uno studio psicodinamico dei comportamenti e degli affetti, spostando definitivamente l'attenzione dall'organo malato all'individuo, e in particolare alle sue funzioni intrapsichiche.

Il Novecento porterà con sé imprescindibili cambiamenti.

Nel 1904, in Italia, viene formulata la prima legge nazionale sull'assistenza psichiatrica. Questa legge si occupa più di ordine pubblico che di assistenza sanitaria mettendo al primo posto la protezione sociale rispetto alle esigenze di cura della malattia: si è ricoverati in quanto persona pericolosa e di pubblico scandalo. L'istituzione manicomiale si perfeziona e in questo modo reclude e isola sempre più tenacemente, oltre che i pazienti anche se stessa (istituzione totale)specializzandosi nella funzione sociale di contenitore della follia ma venendo meno ad ogni programma di cura e riabilitazione. La normativa di inizio secolo si caratterizzava attraverso il fondamentale ed assoluto principio che la persona alienata era *“pericolosa per sé e per gli altri, ovvero fonte di pubblico scandalo”*, e doveva, con provvedimento non sanitario ma giurisdizionale, venir rinchiusa in manicomio per esservi *“custodita e curata”*. È oggi di comprensione comune che la finalità della *“cura”*, se pur citata nella legge, e in qualche modo presente negli istituti psichiatrici del tempo, era certamente secondaria rispetto a quella della *“custodia”* e della conseguente messa in condizione della persona di non nuocere, né fisicamente né moralmente. La netta prevalenza dell'istanza giuridica su quella del soggetto, si esplicava nella modalità stessa di funzionamento del manicomio. I rituali di ingresso svolgevano una funzione di intimidazione prima, e di annichilimento poi.

Nel primo caso ciò avveniva per via della privazione degli oggetti personali - invariabilmente considerati pericolosi - il bagno di pulizia veniva eseguito sotto il controllo diretto degli infermieri a prescindere dal fatto che il ricoverato ne avesse o meno bisogno; la vestizione con la divisa del manicomio era di per sé il simbolo della rinuncia alla propria identità.

Nel secondo caso la vita del manicomio si svolgeva - anche quando non implicava violenza fisica - secondo rituali che segnalavano inequivocabilmente il clima al quale il ricoverato capiva di doversi adattare a vivere: spesso per il resto dei suoi giorni. Il personale era scarsamente qualificato sia a livello infermieristico che non di rado anche medico. Non si prevedeva un vero e proprio organico e gli infermieri - piuttosto robusti, come prevedeva il regolamento - venivano prevalentemente formati attraverso corsi semestrali tenuti dagli stessi medici. Questi erano in basso rapporto numerico rispetto alla popolazione dei ricoverati e fatto salvo il medico direttore - il quale era il solo autorizzato ad emettere diagnosi e a decidere, dopo 15 giorni dal ricovero, la dimissione o la ammissione definitiva dei pazienti - ad essi non era richiesta alcuna specializzazione, e talora, neanche l'iscrizione all'ordine dei medici, considerati alla pari degli impiegati dell'Amministrazione Provinciale.

Per i medici che sceglievano l'Ospedale Psichiatrico non come rifugio (il posto di ruolo garantiva loro privilegi equiparati solo a quelli dei medici primari negli altri ospedali) ma per interesse professionale, le possibilità di specializzazione offerte dalle Università erano legate alle Cliniche delle Malattie Nervose e Mentali in cui prevaleva nettamente l'indirizzo neurologico ed organicista. Complice di questa curvatura sul piano culturale



fu poi il ventennio fascista che bloccò ogni iniziativa universitaria relativa agli studi psicoanalitici operando un forte condizionamento negativo in questo senso.

Se l'istituzione manicomiale all'inizio del secolo resta immobile, procede invece il cambiamento prodotto nell'ambito delle conoscenze psicologiche dovuto non soltanto alla nascita della psicoanalisi ma anche da un moto di rinnovamento radicale rispetto all'ortodossia accademica e manicomiale. In particolare confluiscono e trovano riscontro nelle nuove tendenze gli studi dell'antropologia e della fenomenologia. Alla luce di questi nuovi indirizzi viene rivisto il concetto di identità della persona, del rapporto tra individuo e contesto sociale, dei confini tra salute e malattia mentale.

Con Karl Jaspers (1883-1969), filosofo e medico tedesco, il termine psicopatologia assume poi il significato di specifico approccio alla sofferenza psichica: scienza delle "esperienze vissute" dell'uomo, la psicopatologia diviene così sforzo di conoscenza e comprensione dei vissuti nella loro totalità. Le scuole fenomenologico esistenziali e gli altri indirizzi di impostazione non organicistica, ricompongono la cesura fra il malato di mente e l'individuo sano, riconducendo quindi alle medesime leggi fondamentali la vita psichica dell'uomo, sia sano che malato.

Quello che possiamo chiamare approccio psicoterapeutico al trattamento dei disturbi mentali, inaugurato da Freud, rimase il modello predominante fino quasi alla metà del secolo. Nonostante ciò in parallelo trovavano applicazione le nuove terapie della psichiatria fisica e biologica. Questo tipo di psichiatria adottava terapie fisiche e farmacologiche: si praticava la psicotomia mediante lesioni cerebrali ottenute chirurgicamente, nel tentativo di rendere il soggetto più remissivo.

Il più noto (ed oggi orripilante) intervento di questo tipo è la lobotomia: intervento irreversibilmente distruttivo volto a diminuire in modo permanente le capacità di scelta del soggetto e a modificare la sua personalità in modo tale da impoverirla poiché i soggetti sottoposti al trattamento potevano non perdere tratti patologici anche gravi del comportamento. Accanto alle terapie fisiche tradizionali come bagni tiepidi, docce, isolamento, si praticavano le terapie da shock: elettroshock e shock insulinico. Il primo fu inventato dagli italiani Ugo Cerletti e Lucio Bini nel 1938 e il secondo fu introdotto da Manfred Sakel nel 1932 e consisteva nel provocare un coma ipoglicemico mediante insulina e nel "risvegliare" il paziente mediante zucchero. Ad entrambi i trattamenti non è stata ad oggi unanimemente assegnata efficacia terapeutica.

Gli anni Quaranta e Cinquanta sono destinati a cambiare in modo radicale le metodologie di cura: i ricercatori sintetizzano i primi psicofarmaci che in seguito, dopo gli anni cinquanta, conosceranno uno sviluppo enorme e una rapida diffusione.

Nei decenni seguenti, il netto miglioramento delle conoscenze di neurochimica ed il continuo sviluppo nella ricerca di nuove molecole hanno migliorato ed arricchito notevolmente le opzioni terapeutiche disponibili per la gestione e la cura delle principali malattie psichiatriche.

Dal secondo dopoguerra si apre sul fronte teorico e sperimentale un intenso fermento di iniziative che si pongono in alternativa all'ordine psichiatrico manicomiale.

La denuncia del carattere inumano e non terapeutico dei manicomi tradizionali - istituzione totale e luogo di produzione di cronicità - congiuntamente allo sviluppo del sistema assistenziale e del sistema sanitario, hanno contribuito alla crescita rapida di strutture psichiatriche alternative come ad esempio centri e ambulatori di igiene

mentale, case di riposo psichiatriche, “centri di crisi” per interventi psichiatrici di emergenza, reparti psichiatrici in ospedali civili e così via.

In Gran Bretagna si sviluppa il metodo della “comunità terapeutica” che in primo luogo recupera l’idea di curabilità e guarigione del disturbo mentale cui la psichiatria istituzionale sembrava aver rinunciato. Si apre così la strada ad altre interpretazioni che tengono conto del contesto sociale e delle componenti psicologiche della persona.

In Francia si avvia la “psicoterapia istituzionale”, e via via in tutti i paesi dell’occidente si sviluppano istituzioni terapeutiche alternative all’ospedale psichiatrico.

Anche nello scenario italiano inizia un processo di cambiamento: nel 1968 il Parlamento approva la Legge n. 431, detta legge Mariotti, la quale rende possibile il ricovero volontario - non più coatto - in Ospedale Psichiatrico. Inoltre la legge ha tra i suoi capisaldi l’istituzione di un servizio di assistenza psichiatrica territoriale: i Centri di Igiene Mentale.

Dopo l’approvazione di questa legge inizia un lento ma inesorabile processo di de-istituzionalizzazione che produrrà la svolta storica della psichiatria con l’approvazione della Legge 180 nel 1978 sulla quale si dirà nelle pagine successive (altrimenti detta Legge Basaglia). Questa legge contiene le norme per gli accertamenti sanitari volontari e obbligatori e sancisce di fatto la chiusura dei manicomi. Da questo momento prenderà l’avvio un cambiamento epocale che si è protratto ed esteso fino ai nostri giorni.

Dal punto di vista giuridico e istituzionale, l’assetto dell’assistenza sanitaria e sociale pubblica in Italia negli anni Sessanta è ancora fondamentalmente quello messo a punto nel ventennio fascista: vale a dire, centralità degli interventi realizzati da enti nazionali, categorizzazione dei vari tipi di bisogni e dei vari tipi di utenze, frammentazione sia di strutture che di prestazioni.

Ma sempre in questi anni cominciano ad entrare nelle Università gli insegnamenti della psicologia e della sociologia, vengono pubblicati e tradotti i primi testi dall’inglese e le prime ricerche di autori italiani. Nascono alcune esperienze innovative con poco riconoscimento istituzionale ma di grande significato sul piano dell’intervento sociale. In mezzo alle grandi opere nazionali, sorgono delle iniziative che capovolgono radicalmente la concezione e le ipotesi su cui si fonda l’azione verso chi si trova in stato di privazione, di disagio fisico e sociale: Danilo Dolci a Partinico, Don Gnocchi a Milano, Don Zeno Saltini a Nomadelfia, Don Lorenzo Milani in Toscana, partendo da presupposti ideologici differenti, con obiettivi e diverse competenze personali promuovono e realizzano delle organizzazioni che per le loro stesse dimensioni e per le modalità in cui sono gestite non sono segregative e custodialistiche, ma si propongono di sviluppare le risorse affettive, intellettive ed economiche affinché ciascuno si appropri della propria condizione e possa partecipare attivamente a definirla e a modificarla.

Il decennio 1960 sembra aprirsi con una spinta innovativa basata sull’obiettivo di realizzare una programmazione nazionale: si pongono infatti all’attenzione pubblica problemi quali la necessità di nuovi assetti organizzativi, di servizi aperti ed integrati nel territorio ed emerge l’importanza di puntare ad un’ottica di decentramento delle funzioni istituzionali.

Gli anni Sessanta termineranno sulla scia del rinnovamento portato dai grandi movimenti collettivi: dal movimento studentesco ed operaio, al movimento femminile e per la salute che metteranno in discussione la logica segregante delle istituzioni totali, rivendicando servizi aperti e partecipativi.

Ed è stato grazie a questa “presa di coscienza” che fermentava in quel periodo - nonostante il fatto che tra i giuristi non fosse ancora oggetto di riflessione una modifica del disposto legislativo del 1909 - che il problema di un intervento legislativo avente per oggetto l’assistenza psichiatrica non poté essere eluso.

Bisognerà aspettare diversi anni per arrivare a delineare un nuovo assetto organizzativo del sistema dei servizi sanitari; in questo decennio infatti, si prepara il terreno e si pongono le premesse per l’istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale unico, di tipo universalistico e teoricamente gratuito.

La tendenza alla medicalizzazione dell’assistenza psichiatrica, ben evidente nelle leggi promulgate in questi anni, viene tuttavia bloccata dal dibattito in corso in tutto il Paese circa due questioni fondamentali: la prima afferisce all’analisi delle cause, dello sviluppo della malattia mentale e di fattori socio-culturali. La seconda si riferisce alle conseguenze negative prodotte dall’internamento nell’ambiente ospedaliero di per sé stesso generatore di patologie mentali. Ne consegue la necessità di stabilire nel territorio strutture chiamate “intermedie” che possano effettuare interventi prevalentemente socio terapeutici in un contesto il più vicino possibile a quello familiare.

Si promuoveva, anche a livello individuale, l’autonomia fisica e sociale in un’ottica tesa a sviluppare una integrazione nella società, una collocazione cioè non più segregata o emarginata. Ciò significava valorizzare nel contesto sociale la presenza di ogni persona, piuttosto che controllarne le devianze per mantenere l’ordine costituito. Pertanto nel paese, anche a seguito della diffusione dell’informazione sulle condizioni di vita che continuavano a sussistere negli Ospedali Psichiatrici, e guardando alle esperienze pionieristiche condotte a Gorizia e Trieste dall’equipe del professor Franco Basaglia – più volte citata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità - si stabiliva un forte movimento, coadiuvato e sostenuto anche dall’opinione pubblica. Il movimento dell’anti-psichiatria o psichiatria democratica e le pressioni esercitate a livello istituzionale portarono alla raccolta di firme per un referendum abrogativo della legislazione psichiatrica primaria (legge del 1904). Il Governo e il Parlamento Italiano si affrettarono ad emanare una legge, la famosa “180” del 13 maggio 1978 dal titolo: *“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”*, meglio conosciuta come “legge Basaglia” o “legge che ha chiuso i manicomi”. (I tempi per l’approvazione erano strettissimi perché se entro l’11 maggio 1978 il disegno di legge non fosse stato approvato dai due rami del Parlamento, si sarebbe celebrato il referendum abrogativo proposto dai radicali. Per una più approfondita comprensione dell’iter legislativo si rimanda all’archivio del Parlamento). Alcune notizie circa l’operato di Franco Basaglia possono contribuire a rendere merito al lavoro da lui svolto negli anni antecedenti alla promulgazione della 180. Nel 1961 dirige il manicomio di Gorizia dove all’interno si trovano ricoverati 650 pazienti. La sua dirigenza stabilisce: l’eliminazione della contenzione fisica; l’apertura dei cancelli; non più solo terapie farmacologiche ma la necessità che vi siano “rapporti umani” tra personale e pazienti.

Dieci anni dopo diventa direttore del manicomio San Giovanni di Trieste dove pone in essere: laboratori di teatro; laboratori di pittura; una cooperativa di lavoro per pazienti. Nel 1973 Trieste viene designata come “zona pilota” per l’Italia nella ricerca sui servizi di salute mentale.

Il 1977 vede la chiusura del manicomio di San Giovanni. Nel maggio 1978 avviene l'approvazione della legge 180. Due anni dopo Basaglia muore; paradossalmente come solo la realtà sa essere, per un tumore al cervello. Uno stralcio di un suo discorso così recita *“Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della sua malattia e del ritmo dell'internamento”*.<sup>6</sup>

“Lo psichiatra deve interessarsi del malato prima che della malattia”. Questo è quanto affermava Franco Basaglia abbattendo le mura dell'ospedale psichiatrico di Trieste e dando a ciascun ospite la possibilità di uscire dall'appiattimento manicomiale per riacquistare i suoi diritti di cittadino.

L'applicazione della legge 180, con il superamento della prassi sostanzialmente custodialistica che caratterizzava l'assistenza all'interno degli ospedali psichiatrici provinciali, ha stimolato e al tempo stesso posto gli operatori di fronte alla necessità di trovare forme di terapia e assistenza adeguate a fronteggiare le complesse esigenze del malato psichiatrico e della sua famiglia.

La legge non è stata unanimemente considerata come “buona” ma ha portato con sé pareri discordanti e oppositivi, da parte di coloro che ne consideravano soprattutto gli aspetti meno garantisti sul piano della sicurezza sociale e del reinserimento dei malati - molti di loro cronici - nel tessuto sociale, nelle reti territoriali e familiari dove esistenti e disponibili. Rimane comunque in evidenza la sua novità fondamentale che la caratterizza come rivoluzionaria e la pone all'avanguardia rispetto agli orientamenti precedenti nel panorama internazionale: l'abolizione degli ospedali psichiatrici e il divieto di nuovi ricoveri dall'entrata in vigore della legge. I capisaldi fondamentali di tale rivoluzione sono i seguenti:

- la definitiva esclusione della specificità e dell'isolamento del trattamento e dell'assistenza psichiatrici e la loro incorporazione nei servizi sanitari generali. La malattia mentale è così considerata alla stregua di qualunque altra malattia, venendo bonificata pertanto da quell'alone di terrore e condanna che la segregazione in istituzioni chiuse favoriva a livello di pregiudizio;
- la modifica delle norme che regolamentano il trattamento sanitario obbligatorio non solo per prevenire abusi o inadempienze ma soprattutto per garantire pieno rispetto alla persona. Si tratta di una concezione etico-politica ispirata al garantismo e alla tutela dell'autonomia del malato in piena coerenza a quella umanizzazione della medicina che costituisce l'approdo più significativo della bioetica contemporanea;
- il ricorso alla coercizione deve quindi essere limitato solo nei casi eccezionali, nella fedeltà del modello partecipativo e dell'alleanza terapeutica;
- l'inserimento dell'assistenza e della terapia in una rete organica di servizi privilegiando il settore territoriale rispetto a quello ospedaliero.

L'applicazione della legge 180 rappresenta ancora oggi un problema cruciale in psichiatria: è opportuno ricordare che la chiusura definitiva delle strutture manicomiali è relativamente recente (31 marzo 1998 il Ministro Bindi presenta al Parlamento una relazione sulla chiusura).

---

<sup>6</sup> Basaglia F., *L'istituzione negata*, Dalai Editore, Milano, 2010

Sostanzialmente è possibile ridurre a due linee guida il pensiero critico oppositivo: l'una che enfatizza la medicalizzazione, l'uso dei farmaci, la riapertura degli ospedali psichiatrici; l'altra che senza sostenere la prima posizione sottolinea invece la carenza di soluzioni tecniche adeguate nella sua attuazione. La prima linea è formata da coloro che pensano che gli ospedali psichiatrici provinciali fossero una cosa indegna perché gestiti male, perché non esistevano farmaci e non perché non fosse opportuno ricoverare questi malati, come del resto si fa con chi soffre di qualsiasi altra malattia.

Il medico deve poter trattenere il paziente il tempo necessario per poterlo curare si sostiene, soprattutto per quanto riguarda coloro che sono affetti da patologie gravi. Essi liquidano di fatto la questione come eccessivamente ideologizzata, che attribuisce tutto a problematiche sociali e non ritengono idoneo il trattamento in ambito territoriale ma bensì auspicano un ritorno ad una cura di stampo prettamente residenziale presentata come l'unica seriamente corretta. La seconda linea meno radicale rispetto alla prima, critica l'aspetto sostitutivo delle strutture manicomiali; se pure approva la legge nel suo intento di liberazione del malato e dell'operatore, non ritiene adeguata la risposta tecnica, giudicata invece di utopica realizzazione. Le strutture territoriali si ritiene non siano altamente qualificate, il livello tecnico degli operatori nelle strutture pubbliche si pensa abbia una insufficiente preparazione per affrontare il fenomeno. Spesso gli addetti sono alle prime esperienze: mandati allo sbaraglio essi si trovano allo sbando con i casi più difficili, inoltre in linea generale i casi sono più numerosi dopo l'avvento della nuova popolazione psichiatrica che si aggiunge a quella dimessa dagli ospedali psichiatrici. Le innovazioni legislative sono di impatto tale che si parla di fenomeni di "abbandono" dei pazienti alle loro famiglie e/o per le strade in balia di se stessi, si parla di dimissioni "selvagge", di iter burocratico per il ricovero coatto "macchinoso" e così via. Nonostante ciò la maggioranza degli operatori e degli studiosi guarda ancora oggi alla legge Basaglia come punto di riferimento fondamentale; si riconosce in essa la validità processuale di liberazione dalla prigionia e di recuperabilità della malattia. I limiti denunciati dai suoi critici non sono propri della legge in sé ma piuttosto di una sua cattiva o lacunosa applicazione.

Il processo necessario a questa trasformazione culturale non vi è dubbio si fondi sui metodi del governo della complessità e richieda una formazione degli operatori che guardi ad un approccio olistico e sistemico, una formazione capace di misurarsi e confrontarsi con questa complessità, che riconosca il ruolo essenziale del livello sociale e dei fattori ambientali, che a loro volta interagiscono con i sottosistemi biologico e psicologico in un quadro che non può e non deve essere sottovalutato. Questa legge sembra rispecchiare pienamente le concezioni di politiche sociali moderne volte ad un concretizzarsi di una democrazia autentica, ove regni l'assoluta uguaglianza dei diritti e dei doveri; una democrazia in cui gli ordinamenti giuridici, le strutture politiche e sociali siano al servizio del cittadino e gli restituiscano la possibilità di agire una effettiva cittadinanza. Qui di seguito una breve presentazione dei servizi.

## **Il Dipartimento di Salute Mentale**

Il DSM è una struttura di coordinamento integrata, interdisciplinare e collegiale, comprendente tutte le Unità Operative Psichiatriche (UOP) preposte alla prevenzione, cura e riabilitazione in materia, ed opera in stretto collegamento con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali delle Azienda Sanitaria Locale (ASL) e dei Comuni.

All'interno del DSM sono previste varie figure professionali tra le quali medici psichiatri, psicologi, educatori professionali, infermieri professionali, assistenti sociali, terapisti occupazionali e della riabilitazione psichiatrica, ausiliari socio-assistenziali ecc.

Le UOP inoltre sono chiamate ad operare rispettando il criterio della "continuità terapeutica" intesa come organizzazione di un servizio che consenta di salvaguardare il rapporto équipe - paziente e l'unitarietà del progetto terapeutico nei vari momenti dell'intervento.

I presidi di cui dispone l' UOP, luoghi di cura dove lavorano gli operatori considerati gli esecutori del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, sono i seguenti:

- Il Centro di Salute Mentale (CSM o CIM o CPS, Centro Psico Sociale in Lombardia);
- Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
- Il Day Hospital (DH);
- Il Centro Diurno (CD);
- Le Strutture Residenziali (SR).

## **Il Centro di Salute Mentale**

Il CSM rappresenta l'asse portante del sistema di cura psichiatrico e della rete dei servizi territoriali nell'ambito della salute mentale: il fulcro organizzativo dell'intervento, la sede del nucleo operativo psichiatrico ed il luogo di confronto degli operatori. Oltre ad essere la sede di attività ambulatoriali psichiatriche e psicoterapiche, psico-sociali e riabilitative, sia individuali che di gruppo è anche il punto principale di coordinamento dell'attività domiciliare.

È in questo luogo che si rende emblematico il concetto di "presa in carico", (che sta ad indicare che il paziente è seguito nella sua globalità, secondo l'ipotesi eziopatogenetica bio-psicosociale della malattia mentale) e quello di "continuità terapeutica" quale formula operativa che permette all'équipe curante la realizzazione completa di un progetto terapeutico/riabilitativo nelle varie fasi del suo percorso.

E' interessante notare che nella regione Lombardia tali servizi si chiamano Centri Psico Sociali (CPS) e in Liguria e in poche altre regioni si chiamano Centri di Igiene Mentale (CIM). Una disamina antropologica, sociologica, educativa e sanitaria di tale differenziazione richiederebbe un ulteriore e maggiore approfondimento che questo testo non consente.

"Il Centro di Salute Mentale è l'asse portante del servizio psichiatrico ed è il fulcro organizzativo dell'intervento e il luogo di confronto degli operatori".

Questa è l' indicazione della Legge Nazionale 180 del 1978 che spostava l'asse del trattamento dal manicomio al territorio.

## **Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

Il SPDC è collocato all'interno dell'ospedale generale. È il presidio deputato alla gestione degli stadi di massima gravità e intensità della malattia e ai trattamenti curativi che necessitano di ricovero, sia in regime di Trattamento Volontario (TV) che Obbligatorio (TSO). Le condizioni nelle quali è possibile effettuare trattamenti sanitari obbligatori è esplicitato nel dettato legislativo di cui all'art. 34 della L. 833.

Il SPDC ha un ruolo centrale per quanto riguarda la valutazione clinico-diagnostica e l'impostazione delle terapie farmacologiche.

Funziona come un qualunque altro reparto di medicina ad eccezione del fatto che, nella quasi totalità dei SPDC presenti sul territorio italiano, le porte di accesso sono chiuse. Generalmente i pazienti in regime di ricovero volontario possono uscire e rientrare in reparto senza particolari restrizioni mentre chi è in regime di TSO è invitato a non chiedere di uscire o comunque gli è concesso solo se accompagnato da un operatore.

## **Il Day Hospital**

E' una struttura semiresidenziale, solitamente annessa all'ospedale generale. Si configura come un'area di assistenza terapeutico-riabilitativa intermedia tra la degenza ospedaliera e l'ambiente socio-familiare del soggetto. Inoltre il Day Hospital introduce un modello terapeutico che richiede la partecipazione attiva del paziente. Gli obiettivi terapeutici vengono sempre decisi insieme al paziente secondo l'ottica per cui l'imposizione ha effetti negativi e può determinare adeguamento passivo, rifiuto o abbandono del trattamento.

## **Il Centro Diurno**

Il CD è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative e di risocializzazione, collocato nel territorio, spesso adiacente al CSM e comunque in stretto coordinamento con quest'ultimo.

L'obiettivo del CD è, infatti, l'acquisizione e/o la riacquisizione delle regole elementari di vita e della socialità quali possono essere quelle di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, della vita quotidiana, nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo anche ai fini di un futuro inserimento lavorativo.

## **Le strutture residenziali**

Esse rappresentano gli strumenti essenziali del Dipartimento sia per rispondere e superare definitivamente la concezione di ospedale psichiatrico, sia per fornire un'adeguata assistenza psichiatrica anche ai pazienti più gravi.

Il periodo di permanenza dei pazienti in questi luoghi è variabile e dipende soprattutto dalla patologia di cui soffre il soggetto e dal suo decorso ed è in ogni caso legata al programma terapeutico. Il progetto terapeutico riabilitativo è elaborato in modo da essere coerente e funzionale al Piano di Trattamento Individuale (PTI) elaborato dal Centro Psico Sociale (CPS) inviante. La risposta ai bisogni di accoglimento residenziale e di abitazione in ambiente comunitario si concretizza all'interno di un'ampia articolazione di soluzioni che prevedono il concorso attivo di diversi interlocutori istituzionali e non, tra i quali l'ente pubblico, il privato sociale, le cooperative sociali, le organizzazioni di volontariato, il privato profit. La funzione della residenzialità integra esigenze di tipo riabilitativo con esigenze di tipo assistenziale.

Si può parlare, inoltre, di Case Famiglia, Gruppi Appartamento, Case Alloggio ecc. in riferimento a quelle strutture di abitazione civile nelle quali, garantendo sempre piccoli numeri, coabitano dei pazienti. Medici, infermieri, psicologi, educatori, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione, non di rado, considerano questo ambito privilegiato; uno spazio caratterizzato da incontri e relazioni che si colorano di tinte uniche e speciali, squisitamente intrise di umanità: al di là di ogni definizione.

Scrivono Borghese: *“La psichiatria, questa scienza di confine fra scienze naturali e scienze umane, nasconde il suo segreto in ordine, in particolare, alla genesi causale delle esperienze psicopatologiche (di quelle schizofreniche elettivamente) che la*

*costituiscono; ma, al di là di questa oscurità ambigua e lacerante, la psichiatria continua ad esserci sconosciuta (anche) perché l'angoscia e l'inquietudine ci afferrano dinanzi ai modi di essere e di vivere altri (diversi) dai nostri: che non vogliamo accogliere nella loro alterità. Ci sono valori grandi nelle esistenze incrinata dalla sofferenza psichica e dallo scacco esistenziale, e "liquidate" come insignificanti, o pericolose, dall'ideologia della violenza e dell'indifferenza, della noncuranza e della insensibilità etica. Negare, e rifiutare, il senso della sofferenza e delle angosce neurotiche e psicotiche, che possono sfiorare ogni umano destino, significa infine essere incapaci di raccogliere il gesto e l'invito silenziosi dei pazienti (delle pazienti) ad ascoltarli: al di là di ogni separatezza."*<sup>7</sup>

### **La rete di relazioni familiari e sociali**

La famiglia, rappresenta, nonostante la crisi che l'attraversa, l'organismo sociale maggiormente necessario nella formazione dell'individuo. La malattia mentale colpisce non soltanto colui/lei che ne soffre ma coinvolge l'intero nucleo familiare scatenando spesso conseguenze devastanti. Angoscia, vissuti di colpa, isolamento, stigmatizzazione sociale, vergogna, fragilità.

L' "etichettamento" porta allo stesso processo di esclusione ed emarginazione quando, nelle relazioni sociali, si rivela la notizia che in famiglia vive un componente malato di schizofrenia. Gli altri improvvisamente, forse loro malgrado, possono cadere vittime del pregiudizio, del disagio dell'ignoranza (poiché ignorano), e della paura; nei casi più tristi l'ignoranza sconfinava nella paura del contagio. La maggior parte delle persone con malattia psichica ha difficoltà a trovare qualcuno con cui parlare e condividere un po' del suo tempo. Soprattutto ha difficoltà a trovare qualcuno che stia in sua compagnia, si relazioni con lui o lei il quale non sia uno dei tanti "professionisti" che osservino, comunichino, con occhio o intenzioni cliniche.

Talvolta la radice del disagio, che tali persone provano, non sta tanto, o non solo, all'interno del loro cervello ma nelle relazioni problematiche con l'ambiente. Nei vissuti della famiglia e della persona si instaura ben presto una tendenza all'autoemarginazione difensiva; subentra un'immagine di se stessa come persona/famiglia incapace, incompetente, minorata o persino dannosa per gli altri, giungendo in questo circolo vizioso ad una accentuazione involontaria del disagio. In altri casi, tra i più gravi, è la malattia stessa a palesare serie difficoltà relazionali a causa della conseguente incapacità ad accedere ad una comunicazione "condivisa" (eclatante nel caso della schizofrenia), di cui parleremo in seguito.

## **1.2 LO SGUARDO PEDAGOGICO-EDUCATIVO: TRA FRAGILITA' E MARGINALITA'**

La riflessione su questo tema vuole solo tentare una ricognizione del problema a partire dall'analisi dello scenario socioculturale postmoderno e dello scenario socio-istituzionale.

In quest'ottica lo scenario socioculturale postmoderno si fa sempre più generatore di fragilità sistemiche (della persona, della famiglia e della comunità) e infrasistemiche

<sup>7</sup> Borgna E., *Noi siamo un colloquio*, Feltrinelli Editore, Milano, 1999



(che toccano tutta la vita e/o la vita di tutti). Lo scenario socioculturale postmoderno è assunto nei suoi paradigmi espressivi più che costitutivi (per la problematicità della sua statuizione tematica).

La dialettica tra marginalità ed emarginazione appare oggi segnata da confini incerti: non vale più la sola eziologia sociale (per l'emarginazione) o l'eziologia personale (per la marginalità).

La rimozione e la censura delle problematiche sottese rischia la quasi totale incomprensione del quadro complesso che abita fragilità e marginalità. Il postmoderno si annuncia e si conferma come tempo dell'incredulità nei confronti delle metanarrazioni. Esso si esibisce orfano di luoghi condivisi e da condividere in ordine ai significati del vivere; un tempo nel quale il futuro cambia di segno passando da promessa a minaccia e dove prevalgono la bulimia del presente e l'anoressia del futuro. Si consolidano emozioni ferite e viene a mancare un senso e un orientamento condiviso nell'irreversibile separazione tra destino dell'individuo e orizzonte della comunità. Si consolida la frammentazione come parcellizzazione del reale, del tempo e dello spazio. Si rafforza l'ipertrofia dei mezzi e l'atrofia dei fini; appartengono sempre più alla logica del vivere quotidiano la spettacolarizzazione della vita, la banalizzazione dei linguaggi, l'enfasi del "come" si nasce, si vive, si muore, la disfasia del "dove" e soprattutto l'afasia del "perché".

In questa prospettiva le biotecnologie costituiscono la nuova alfabetizzazione dell'umanità. Occorre chiedersi non che cosa potrà fare l'uomo della tecnica ma che cosa la tecnica farà dell'uomo. Il nuovo umanesimo si riconosce nell'uomo neuronale, in quello robot, in quello *on line*, in quello fotocopia, nell'uomo che non solo vuol potere fare da sé, ma vuol potersi fare da sé. La malattia, la sofferenza, la decadenza non accettata – che si fa marginalità conclamata - del diventare vecchi, la morte come evento indicibile, inaudito ed inenarrabile. Il postmoderno sta cambiando i volti della fragilità e fatica a rubricarli. Lo stato sociale, nel mutato orizzonte dello scenario socioculturale postmoderno, ha consolidato contestualmente ed alternativamente il principio di uguaglianza e il principio di libertà. Ma vi è, nel quadro dei diritti costituzionali, la rimozione e la censura di uno dei tre principi fondamentali del paradigma istitutivo, quantomeno delle democrazie occidentali: la fraternità o la solidarietà. Il "bene comune" (che non è né quello privato, né quello pubblico), che si oppone al "bene totale" (che è la somma dei beni individuali) evoca la solidarietà condivisa: l'umano-che-è-comune. Per questo appare congruente ripensare ad un *welfare* che tenga in considerazione le relazioni, le opportunità, le responsabilità e le obbligazioni. Si tratta di uno stato sociale che custodisce beni relazionali a fronte dei beni di giustizia. Il nuovo paradigma di *welfare community* (che tende a propiziare forme sempre più compiute di *community care*) appare ben attrezzato a farsi prossimo alla fragilità, alla marginalità, al dolore, alla fatica del vivere, quando esso è segnato da un evento lesivo.

Se non riesce a cancellare le fragilità, si fa almeno prossimo alla marginalità ricomprendendola e svuotandola della sua carica aggressiva e regressiva. Indubbiamente vi è una sofferenza esistenziale, spesso non dovuta ad eventi lesivi, che può essere ricompresa e ricomposta nelle nuove forme di prossimità e solidarietà.

Lo testimoniano il moltiplicarsi delle forme di volontariato, che attivano servizi di cura, di accompagnamento, di domiciliarità e di prossimità relazionale. È una sfida, certamente

incompiuta. Ci si chiede: cos'è la sanità, oggi? Spesso si invoca l'economia, l'impresa, il pagamento delle prestazioni, la clinica delle classificazioni, il rapporto tra *inputs*, *outputs* e *outcome*. Certamente l'uomo postmoderno, segnato dall'accettazione delle sue possibili e molteplici identità, sa di non poter *fare la storia*; ma si chiede, sempre di più cosa l'uomo può *fare nella storia*. Nel 1930, il grande fenomenologo tedesco E. Husserl affermava: *“Nei momenti di disperazione della nostra vita – come si ode ovunque – questa scienza non ha nulla da dirci. Le questioni che essa esclude per principio sono proprio le questioni scottanti nella nostra infelice epoca per un’umanità abbandonata agli sconvolgimenti del destino: sono le questioni che riguardano il senso o l’assenza di senso dell’esistenza umana in generale”*.<sup>8</sup>

L'uomo postmoderno rischia di essere straniero anche a se stesso. L'eccedenza possessiva delle tecniche espone l'uomo ad esserne, in qualche modo posseduto: si limita a premere dei pulsanti senza saperne più di tanto circa il marchingegno che presidia i troppi aspetti del vivere quotidiano. Tutto ciò produce una soggettività straniata e straniera pure a se stessa; il mondo degli altri diventa un oggetto d'uso. Dallo scenario socioculturale nasce la sfida a garantire in maniera altra l'esigenza metanarrativa anche dentro i sintomi di un disagio troppo facilmente ascritto a cause “utilitaristiche” o a disagi settoriali. È la domanda che molti psicologi, psichiatri e sociologi ormai si pongono: quali le nuove regole antropologiche del vivere?

Una prima considerazione nasce dal fatto che la rubricazione fenomenologica è davvero sconfinata e dunque le fragilità ne certificano, in qualche modo, l'origine. Non è sufficiente l'approccio diagnostico, la coscienza dei problemi. La sfida si compie accogliendo e raccogliendo i legami. Sotto il profilo culturale può essere di aiuto un percorso trasversale comune alle soggettività: da una parte la riscoperta di una cultura della persona oltre la categorizzazione del cliente, consumatore, utente e, infine, anche del cittadino.

La sfida del futuro sarà iscritta nella capacità di proporre virtuose e strutturali correlazioni e contestualità etico - antropologiche al rapporto persona - famiglia - comunità.

L'orizzonte appare oggi riferito all'autorganizzazione dei soggetti e delle famiglie, come capacità di creare legami, di generare, riconoscere e definire affetti ed emozioni, di riscoprire l'*etica* del quotidiano.

L'etica di un'umanità personale, familiare e comunitaria che riparte da sé svincolata dall'utilità delle etichette e dalle classificazioni di ogni tipo. È una comunità che si fa accogliente delle fragilità: le custodisce e le riconosce ben sapendo che custodendo quelle custodisce al fondo anche se stessa.

### 1.3 SALUTE MENTALE E DIRITTI UMANI

I documenti internazionali che tutelano il diritto alla salute sono innumerevoli ma per gli scopi di questo libro si è fatto riferimento solo a tre di questi: la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali e la

<sup>8</sup> Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, tr. it., Il Saggiatore, Milano, 1961

Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (i testi integrali di questi documenti sono stati inseriti a chiusura di questo libro).

Il termine malattia mentale viene utilizzato per descrivere condizioni specifiche come per es. la schizofrenia, il disturbo bipolare e la depressione. *“Ognuno ha diritto al più elevato livello standard possibile di salute fisica e mentale”* Articolo 12 - Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali. Vi è sempre più una crescente attenzione internazionale al tema della salute mentale che ha un urgente bisogno di essere affrontato mediante politiche efficaci, piani d'intervento e programmi specifici. Nel gennaio 2005, 52 ministri della Sanità della Comunità Europea, riuniti ad Helsinki, approvarono un Piano d'Azione per la Salute Mentale *“... è un fondamentale capitale umano, sociale ed economico delle nazioni e dovrebbe pertanto essere considerata parte integrante ed essenziale di tutti gli interventi pubblici nell'area dei diritti umani, dell'assistenza sociale, dell'istruzione e dell'occupazione. Quindi noi, Ministri responsabili della Sanità , ci impegniamo a promuovere adeguate politiche di salute mentale attraverso opportuni modi e mezzi per sviluppare, attuare e rafforzare tali politiche nei nostri paesi...”*(Dichiarazione di Helsinki).

Il piano d'azione serviva a guidare la politica per la promozione, la prevenzione e il trattamento della Salute Mentale nella Comunità Europea almeno fino al 2010, definendo aree ed azioni d'intervento. Gli Stati membri si erano impegnati per predisporre e promuovere una serie di interventi, tra il 2005 e il 2010, tra cui politiche contro lo stigma e la discriminazione, azioni di promozione di benessere mentale nei luoghi di lavoro e di studio, il controllo dell'impatto sulla salute mentale delle politiche pubbliche, l'inclusione sociale e la prevenzione, la creazione di servizi in grado di affrontare i problemi di salute mentale dei giovani e degli anziani e una maggior tutela dei gruppi di persone emarginati e vulnerabili (*homeless*, alcolisti, tossicodipendenti, ecc.). Inoltre nel Piano di Azione veniva incoraggiato il ruolo delle Organizzazioni Non Governative all'interno dei servizi per la salute mentale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato una Guida per assistere i Paesi nell'implementazione di quanto affermato nel Piano d'Azione. La mancanza di risorse finanziarie e di personale non può rappresentare una valida motivazione per non ottemperare agli obblighi sanciti nella Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali e negli altri Trattati internazionali ai quali gli Stati – è bene ricordarlo – sono vincolati.

**La salute mentale è una questione di diritti umani?** Alcuni paesi sostengono, purtroppo, che il rispetto dei diritti umani universalmente riconosciuti debba essere secondario in relazione ad altri diritti (per es. difesa del territorio, sviluppo economico, ecc.). La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani così come deciso nel 1948, stabilisce che tutti i diritti devono essere rispettati allo stesso modo e che essi sono interdipendenti e interconnessi. Il rispetto di ciascun diritto contribuisce alla realizzazione della dignità umana della persona, del suo sviluppo fisico, psicologico e culturale. Alcuni Stati sostengono che i diritti relativi alla salute mentale e alla disabilità internazionalmente riconosciuti non sono risoluzioni vincolanti ma sono soggetti alla discrezionalità dei governi nazionali. Questo non è vero poiché i governi hanno l'obbligo, ai sensi del diritto internazionale dei diritti umani, di garantire che le loro leggi, politiche e prassi siano conformi alle legislazioni internazionali. La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani è stata adottata dalle Nazioni Unite nel 1948, e insieme a

due convenzioni adottate nel 1966, il Patto Internazionale relativo ai Dritti Civili e Politici costituiscono ciò che è noto come la Carta Internazionale dei Diritti.

L'articolo 1 della Dichiarazione prevede che tutte le persone sono libere e uguali nei diritti e nella dignità. Quindi, anche le persone con problemi di salute mentale, hanno il diritto al pieno godimento e alla tutela dei loro diritti umani fondamentali. Essi sono universali: tutti possiedono gli stessi diritti, indipendentemente da dove vivono, dal loro orientamento sessuale, dall'appartenenza ad un gruppo etnico, dalla religione che professano o dallo stato di salute. I diritti umani sono inalienabili e non possono mai essere portati via o regalati.

Lo Stato è tenuto a fornire servizi di salute mentale in un modo compatibile con le norme sui diritti umani i quali sono indivisibili, hanno pari importanza e richiedono pari riconoscimento da parte dello Stato. Il Comitato delle Nazioni Unite che sovrintende all'applicazione del Patto Internazionale relativo ai Dritti Civili e Politici indica che i programmi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria devono soddisfare i seguenti standard:

- essere accessibili - le strutture sanitarie, i beni e i servizi devono essere accessibili a tutti senza discriminazione nel diritto e nella prassi. Inoltre ci deve essere una reale accessibilità fisica ed economica sia in strutture private che pubbliche. L'accessibilità all'informazione, tra cui il diritto di cercare, ricevere e diffondere informazioni coerenti, deve essere garantita nel rispetto della privacy e a tutela dei dati personali;
- essere disponibili - le strutture ed i servizi sanitari devono essere disponibili in quantità sufficiente;
- essere accettabili – tutte le strutture sanitarie, i beni e i servizi devono essere rispettose dell'etica medica e culturalmente appropriate;
- essere di buona qualità - le strutture sanitarie, i beni e i servizi devono essere scientificamente e clinicamente appropriati e di buona qualità.

In concreto, lo Stato ha l'obbligo di garantire il diritto di ogni individuo al più alto livello possibile di salute mentale in termini di servizi, prestazioni e cure. Le persone con problemi di salute mentale devono godere di tutti i diritti contenuti nei trattati prima menzionati come ad esempio il diritto all'istruzione o ad un alloggio, il diritto di voto e di essere liberi da trattamenti crudeli, inumani o degradanti.

*"La mia aspirazione è che la salute non sia vista come una benedizione da desiderare ma come un diritto umano"* dichiarazione dell'ex Segretario Generale dell'ONU Kofi Annan. Non esiste uno speciale Trattato Internazionale relativo a questa materia ma gli standard prima menzionati possono e devono influenzare le politiche nazionali, le buone pratiche e la legislazione. L'art. 10 dei Principi delle Nazioni Unite per la Protezione delle Persone che presentano Disagio Psicico e per il Miglioramento dei Servizi di Salute Mentale afferma:

*"Le terapie farmacologiche devono rispondere al meglio ai bisogni del paziente, devono essere somministrate solo per ragioni terapeutiche e diagnostiche e non devono mai essere somministrate come punizione o perché utile a terzi...i medici psichiatri devono somministrare solo terapie farmacologiche che hanno dimostrato la loro efficacia. Tutte le terapie farmacologiche devono essere prescritte da un medico psichiatra e registrate in cartella."*<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> [www.wma.net](http://www.wma.net)

Il Trattato inoltre stabilisce che gli obblighi dello Stato per realizzare il diritto alla salute mentale sono di tre tipi:

rispetto: non interferire, direttamente o indirettamente, con il godimento di tutti i diritti della persona. Questo è un obbligo immediato;

protezione: garantire che altri non interferiscano con il godimento di tutti gli altri diritti. Gli Stati devono prevenire, indagare, punire e garantire il risarcimento del danno causato da violazioni dei diritti umani da parte di terzi - privati, imprese, ecc. . Anche questo è un obbligo immediato;

godimento: facilitare l'accesso ai diritti a tutti. Gli Stati hanno l'obbligo di rispettare il diritto alla salute mentale adottando tutte le misure necessarie (promozionali, legislative, amministrative, economiche, giudiziarie, ecc.) verso la piena realizzazione di tale diritto e di quelli ad esso connessi. I governi devono dare priorità immediata alla soddisfazione dei livelli minimi essenziali per la tutela di ogni diritto, in particolare per le persone più vulnerabili. Nel sistema del Consiglio d'Europa c'è anche una serie di norme per la protezione dei diritti umani, tra cui la Convenzione Europea del 1950 dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà Fondamentali (CEDU). Stante a quanto sancito da questo Trattato, il Consiglio degli Stati è tenuto a prevedere misure di salvaguardia per garantire che il ricovero coatto (Trattamento Sanitario Obbligatorio –TSO) sia predisposto solo se strettamente necessario e comunque deve tenere in considerazione i principi stabiliti dalla Convenzione Europea summenzionata.

La CEDU prevede anche altre protezioni quali ad es. quelle che afferiscono alle violazioni del diritto alla vita privata o alla vita familiare. La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo può esprimersi su singoli casi di abusi, può assumere decisioni vincolanti e può pronunciarsi su eventuali risarcimenti.

La Raccomandazione n. 10 del 2004 del Consiglio d'Europa esorta gli Stati a rafforzare la protezione della dignità, dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con problemi di salute mentale in particolare dei soggetti sottoposti a trattamenti involontari predisposti dalle autorità competenti sia in regime ospedaliero che in regime carcerario.

Un adeguato approccio basato sui diritti umani deve tenere in considerazione cinque principi fondamentali:

1. l'applicazione dei diritti umani internazionali così come stabiliti dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani;
2. *l'empowerment*;
3. la partecipazione;
4. la non discriminazione;
5. la responsabilità.

Secondo la stessa Raccomandazione le persone con problemi di salute mentale dovrebbero essere curati nel luogo in cui vivono, e se l'assistenza ospedaliera è necessaria, deve essere fornita senza sistemi coercitivi. I servizi per la salute mentale devono essere coordinati e integrati per soddisfare l'intera gamma dei bisogni: assistenza sociale, psicologica, fisica, ecc.

Le strutture e l'organizzazione dei servizi di salute mentale dovrebbero facilitare e favorire la continuità delle cure sia primarie che specialistiche. Gli utenti dei servizi, le loro famiglie e le associazioni di volontariato dovrebbero essere coinvolti in modo significativo nella progettazione e nell'implementazione delle cure. Inoltre gli stessi,

dovrebbero essere coinvolti nella pianificazione, nello sviluppo, nella valutazione e nel monitoraggio dei servizi di salute mentale. E 'attraverso una costante partnership che si costruisce la fiducia tra tutti i soggetti coinvolti. Un buon sistema di cura della salute mentale dovrebbe essere basato sul principio di intervento precoce. All'interno del sistema le risorse e i servizi per la popolazione dovrebbero essere forniti sulla base del bisogno e secondo il principio della proporzionalità. Il meccanismo di allocazione delle risorse ai servizi deve essere trasparente in modo che l'equità sia oggettivamente determinabile. I servizi di salute mentale devono essere accessibili a tutti coloro che li richiedono non solo geograficamente ma soprattutto in modo tale che le cure e le prestazioni siano di facile accesso per coloro che ne hanno bisogno. Inoltre dovrebbero essere erogati tenendo in considerazione appropriata i differenti contesti culturali. Gli utenti del servizio e i loro familiari devono essere rispettati in quanto persone e trattati con dignità. Deve essere riconosciuta pari opportunità di partecipazione all'assegnazione degli alloggi, alla occupazione e all'istruzione.

**“Ogni persona ha il diritto-dovere di partecipare alla programmazione ed al miglioramento dell'assistenza sanitaria che riceve”.**

Così recita la richiesta di Alma-Ata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1978) la cui Divisione per la Salute Mentale considera possibile ed auspicabile che tutti gli utenti dei servizi psichiatrici siano chiamati ad esprimersi ed a migliorare le cure che ricevono.

## Secondo capitolo

# TRA CULTURA, *EMPOWERMENT* E RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI

### 2.1 PRESSIONI E PREGIUDIZI DELLA COMUNITA'

La vita nelle grandi città metropolitane presenta sia vantaggi che svantaggi per la salute mentale. I primi possono promuovere una più ampia libertà individuale, maggiori opportunità di lavoro, una gamma più vasta di servizi educativi e sanitari, ecc. Tuttavia le grandi aree metropolitane presentano problematiche specifiche che possono avere un impatto negativo sulla salute mentale: la sovrappopolazione, l'inquinamento, le problematiche legate ai nuovi flussi migratori, l'alta esposizione al rumore, l'anomia, gli svantaggi di vivere in quartieri poveri in cui i servizi scarseggiano e facilità di venire a contatto con il mondo della droga e della criminalità. Dati questi fattori sono indispensabili nuovi approcci nell'organizzazione di un sistema di cura della salute mentale che sia in grado di affrontare le necessità del caso. E' auspicabile ripartire dalla dimensione individuale del paziente, dal soggetto e non dalla sua patologia, promuovere sperimentazioni a sostegno della qualità delle relazioni e delle possibilità creative ed espressive. Tutto questo per favorire una maturazione della coscienza, una promozione guidata e sostenuta della partecipazione affinché i pazienti possano abitare come proprietari e non da intrusi i nuovi spazi vitali e abitativi liberati nelle città e perché non si sentano più ospiti precari nelle proprie città o eterni viandanti affidati al buon cuore o alla carità di qualcuno.

E' necessario accompagnare i pazienti, le famiglie, le figure amministrative, la comunità di appartenenza e le istituzioni preposte nel percorso dell'integrazione e della lotta al pregiudizio. Una grande rivoluzione culturale perché i pazienti, con l'aiuto delle famiglie, si riappropriino del "diritto alla cittadinanza" politicamente perduto o forse mai esistito, Ma questo tipo di rivoluzione non può essere demandata ai soli operatori della sanità bensì deve comprendere la partecipazione di tutti gli interessati per essere veramente un "processo civile".

Un dispositivo che, rovesciando la prospettiva dei modelli piramidali, può raccogliere e fare tesoro della molteplicità senza impoverirla, senza eliminare le differenze per renderle omogenee a modelli unici o ritenuti superiori che impediscono, con modalità semplificative, autoreferenziali ed ego centrate, la lettura e la costruzione della complessità. Anche se è chiaro che non tutti i pazienti potranno essere sempre attivi contribuenti o amministratori di se stessi, potranno certamente, nei periodi di benessere e sulla base delle risorse personali, sostenere e promuovere le scelte sociali e politiche con una partecipazione libera. E ciò con la presenza dei famigliari, degli amici, del volontariato e di tutte le persone disponibili nella propria comunità di appartenenza che devono sostenere i pazienti e non sostituirsi a loro. E' necessario guidare e accompagnare la crescita del processo di una salute mentale che coinvolga tutta la comunità senza separarlo dai suoi attori principali che necessitano di aiuto e sostegno in questa direzione.

I valori della comunità spesso incoraggiano o facilitano la discriminazioni e l'esclusione delle persone affette da una patologia psichiatrica. L'immagine dettata dalla società circa i concetti di "normalità" e "diversità" può generare conseguenze dirette circa il godimento dei pieni diritti umani. Gli stereotipi culturali e la stigmatizzazione sono spesso usati per giustificare gli abusi nei confronti delle persone con disabilità mentale da parte dello Stato, dei privati o da terzi. Amnesty International ha documentato numerosi casi di discriminazione nelle situazioni più disparate, tra cui gli abusi subiti da alcuni pazienti da parte di personale medico e/o di custodia (cure inadeguate, libertà di coscienza, pena di morte, tortura e trattamenti crudeli, inumani e degradanti). L'universalità dei diritti umani è sempre più spesso contestata dai governi o dai movimenti i quali sostengono che la cultura locale, la sicurezza e la tradizione dovrebbero avere la precedenza. Tali argomentazioni sono utilizzate per sostenere che la discriminazione e l'esclusione sociale trovano giustificazioni nella cultura, nella tradizione e nel bisogno di sicurezza, dimenticando che la cultura non è qualcosa di statico, né di univoco.

Al contrario, la cultura e i bisogni mutano secondo l'evolversi dei tempi. La peggiore minaccia nei confronti delle persone affette da una patologia psichiatrica deriva da leggi discriminatorie, da usanze dannose e dalla dottrina del relativismo culturale e può essere affrontata soltanto con il coinvolgimento diretto e attivo delle persone che ne sono maggiormente interessate. Senza il loro contributo e il loro impegno la strategia a favore dei diritti di queste persone ha scarsa possibilità di successo. I significati dei termini "usanze culturali", "normalità" e "diversità" sono molteplici e per nulla ovvi o indiscussi. Dal punto di vista dei diritti umani essere custoditi o essere curati all'interno di una cultura o di una comunità pone alcuni problemi rispetto a quegli individui che rappresentano posizioni diverse o che auspicano il cambiamento, problemi spesso impropriamente definiti in termini di diritti "della collettività" contro i diritti "del singolo individuo". Tuttavia, quelle che sono spesso descritte come "limitazioni imposte dalla cultura" sono più frequentemente restrizioni tese a prevenire ostacoli interni. Questo apparentemente insolubile "conflitto dei diritti" è spesso chiamato in causa per screditare l'intero apparato dei diritti umani. In risposta alle resistenze nei confronti dell'universalità gli attivisti dei diritti umani devono confrontarsi con le tensioni derivanti dal contrasto tra il rispetto della/e diversità e delle differenze e l'affermazione dell'universalità e indivisibilità dei diritti. Certi principi sono assoluti: la discriminazione e la violenza nei confronti delle persone affette da patologia psichiatrica non è mai accettabile, qualsiasi sia la giustificazione addotta. Queste persone sono discriminate nell'accesso al lavoro, all'istruzione, ad un alloggio sicuro, ecc. A causa della loro malattia quasi sempre hanno minori opportunità nella vita.

Gli attivisti per i diritti di queste persone, le associazioni di utenti, di familiari e di operatori hanno iniziato un cammino lento ma tenace nella lotta per l'uguaglianza, la libertà dalla discriminazione, dalla violenza e per l'inclusione sociale. Le difficoltà derivanti da una patologia psichiatrica non solo inibiscono la capacità di guadagnarsi dignitosamente da vivere, di completare il percorso di studio, di avere una sana vita affettiva, ecc. ma spesso queste persone sperimentano ostracismo ed emarginazione. Di conseguenza esse corrono il rischio di non poter accedere a cure mediche adeguate e di non ricevere aiuto. Questa combinazione di stigma, povertà ed emarginazione espone molti di loro ad un rischio costante lasciandole anche nell'indigenza.



Indipendentemente dalla loro estrazione socio-economica, queste persone si trovano a rischio di abusi e deprivazione anche da parte di terzi. La tendenza, in alcuni paesi, di negare a queste persone pari diritti di proprietà, di eredità, di tutela giuridica, di cure adeguate, ecc. (talvolta attraverso procedure formalmente corrette ma spesso attraverso modalità fraudolente perpetrate da terzi o singoli) non fa che aggravarne la condizione di dipendenza e di subordinazione. La mancanza di autonomia economica, la negazione del diritto di proprietà o della possibilità di avere una casa, o di perdere la potestà genitoriale sui figli (spesso nel caso delle donne ma talvolta anche degli uomini), ecc. sono fattori che trattengono queste persone dal rivolgersi al sistema giudiziario per ottenere giustizia e risarcimento.

Lo stigma che precede e accompagna la malattia mentale, e le persone che ne soffrono, può far sì che il trattamento sia brusco e perfino ostile. I medici pressati da un carico di lavoro eccessivo possono produrre perizie e procedure di cura frettolose e incomplete. Lo stigma è spesso utilizzato per etichettare alcuni gruppi di persone ritenute meno meritevoli o perfino meno umane e per giustificare la violenza contro di loro. Gli utenti che in maniera consapevole e determinata difendono i propri diritti possono trovarsi in una condizione di emarginazione ed isolamento se non addirittura di violenza. Poiché spesso si trovano a sfidare norme culturali, religiose e sociali circa la condizione di "malati" può accadere che subiscano forme di vessazioni e di maltrattamenti.

La risposta alla discriminazione e all'esclusione è data dalla tenace testimonianza attiva delle associazioni degli utenti e dei familiari che sempre più alzano la voce per il rispetto dei diritti umani.

## **2.2 L'EMPOWERMENT NELLA LOTTA PER IL RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI**

La consapevolezza dei diritti tutelati dalla legge e sostenuti dalle mobilitazioni sociali può rappresentare uno strumento efficace alla ricerca delle soluzioni dei problemi delle persone affette da una patologia psichiatrica. I diritti umani sono garantiti dal diritto internazionale ed è attraverso le leggi che gli stati fissano e ripartiscono gli obblighi che li rendono effettivi. Le leggi sono un passaggio fondamentale ma il sistema legislativo da solo raramente riesce ad affrontare tutti i problemi di chi vive una condizione di discriminazione ed esclusione relative alla sofferenza di un disagio psichico.

Per molti anni mi sono chiesto se buone leggi amministrate con giustizia fossero da sole in grado di trasformare la società. Ma come si fa a decidere quali leggi sono valide? Quali azioni intraprendere affinché esse siano rispettate?

Alla fine mi sono convinto che il modo migliore sia quello di conferire agli stessi individui il potere di rivendicare i loro diritti e di rivolgersi alle istituzioni preposte a stabilire e amministrare la legge. Questo tipo di approccio viene definito da Irene Khan (ex Segretario Generale di Amnesty International) *empowerment* legale.

### ***Empowerment* legale**

Consiste in uno sforzo che, partendo dal basso, conferisce ai poveri la consapevolezza dei loro diritti, ponendoli nella condizione di fare efficacemente appello alle istituzioni ufficiali. La Khan riferisce questo tipo di approccio ai poveri, ma io sostengo che lo stesso si possa applicare a molti gruppi di persone in situazione di esclusione o

emarginazione. Peraltro esiste molta letteratura internazionale in materia di salute mentale che sostiene tale approccio.

La legislazione internazionale in materia di diritti umani è stata pensata per dare agli individui i mezzi per proteggere e rivendicare i propri diritti, reclamandoli da chi detiene il potere. E' indiscutibile che ci sia una componente etica rilevante nella nozione di diritti umani, la richiesta che ogni essere umano, secondo le parole della Dichiarazione Universale, "agisca in spirito di fratellanza". Ma pochi si affiderebbero soltanto alla buona volontà altrui per la salvaguardia dei propri diritti. La legge è fondamentale sia come scudo contro quel genere di pericoli che causano e perpetuano la povertà, sia come arma per aiutare le persone ad accrescere la loro libertà. L'*empowerment* legale consiste nell'utilizzare questo scudo e quest'arma.

Paradossalmente, però, per molte persone affette da una patologia psichiatrica spesso la legge che dovrebbe rappresentare una forza liberatrice diviene uno strumento di oppressione che le pone in uno stato di privazione, esclusione, insicurezza e "mancanza di voce". Molte di loro considerano la legge come qualcosa da evitare. La legge può escluderle dall'azione di tutela, per esempio privandole della libertà, della cittadinanza o sottoponendole a tortura o trattamenti crudeli, inumani e degradanti e ciò può portare alla negazione di altri diritti come l'esclusione dai benefici e dall'accesso a servizi pubblici come servizi sanitari adeguati, istruzione, ecc.

La legge può essere utilizzata per controllare gli utenti invece che promuovere la loro libertà: in violazione delle norme internazionali essa può ostacolare il diritto degli individui di organizzarsi, limitare la loro facoltà di parola o impedire ai mass media di farsi portavoce delle loro rivendicazioni. Tra le persone che soffrono una patologia psichiatrica le leggi possono suscitare paura o alimentare il disprezzo e la loro indifferenza, per esempio quando non sono fatte valere nella pratica. Uno Stato può avere norme che li difendono dagli abusi di professionisti sanitari (psichiatri, infermieri, ecc.), funzionari, poliziotti, familiari violenti ma questo tipo di tutela legale non significa nulla se gli eventuali trasgressori restano impuniti o se i tribunali, le forze di polizia e le altre autorità istituzionali sono pervase da pregiudizi, repressione e incompetenza. Da sempre in più nazioni sono state adottate molte leggi relativamente progressiste al fine di eliminare la discriminazione, l'esclusione sociale e la stigmatizzazione, ma non vengono applicate. I diritti per avere effetto devono essere sanciti dalle leggi e fatti rispettare nella pratica. Ma gli utenti hanno buone ragioni per diffidare delle norme e delle relative istituzioni. Non si fidano della legge perché spesso non hanno il potere di farla applicare a proprio favore.

La consapevolezza e le iniziative a sostegno dei diritti possono modificare sia gli equilibri di potere sia questa disillusione. Rivendicare i diritti per vie legali pone dei limiti e genera doveri per i potenti e al contempo rende i pazienti i principali protagonisti nella lotta per tali riforme.

Ma come molti studiosi hanno dimostrato, l'*empowerment* delle persone che soffrono di una patologia psichiatrica va chiaramente oltre l'ambito delle leggi e della magistratura. Spesso si basa, e implica, una serie di azioni quali ad esempio l'organizzazione di comunità, la formazione di gruppo, l'utilizzo dei mass media, ecc. Storicamente le persone con problemi di salute mentale hanno mancato di una propria voce. Né loro né le loro famiglie sono mai state coinvolte nel processo decisionale dei servizi di salute

mentale e continuano ad essere a rischio di discriminazione ed esclusione sociale in tutti gli aspetti della loro vita.

E' cruciale che gli utenti partecipino in modo attivo ai programmi mirati a migliorare la loro condizione. Essi devono essere in grado di unirsi e organizzarsi a questo scopo. Le iniziative collettive di rivendicazione dei diritti attraverso la legge hanno molte più possibilità di successo rispetto ai tentativi individuali. Nell'ambito della salute mentale, l'*empowerment* si riferisce ad un processo nel quale le persone scoprono ed esercitano appieno la loro capacità di azione e possono esercitare un auto-controllo sugli gli eventi della loro stessa vita. Questo processo rappresenta anche la trasformazione dei rapporti di forza tra individui, comunità, servizi e istituzioni.

### ***Empowerment e promozione della salute***

L'importanza nella prevenzione della malattia e della promozione della salute è ben riconosciuta nella Dichiarazione di Alma-Ata e nello Statuto di Ottawa sulla Promozione della Salute. Anche la Dichiarazione sulla Salute Mentale per l'Europa, il Piano d'Azione per l'Europa e il Patto Europeo per la Salute Mentale e il Benessere, identificano l'*empowerment* delle persone con problemi mentali, e coloro che si occupano di loro, come priorità decisive per le prossime decadi. Esso ha bisogno di essere messo in atto contemporaneamente sia a livello individuale che a quello della popolazione. E' un processo sociale multidimensionale attraverso il quale i singoli individui e i gruppi possono comprendere e controllare meglio i processi che stanno alla base dei rapporti sociali delle loro vite. Essere inclusi pienamente all'interno della società in cui si vive è vitale per un *empowerment* materiale, psicologico e politico che sostenga i loro livelli di salute e di benessere.

Come la salute è un diritto umano fondamentale, l'*empowerment* delle persone con patologia psichiatrica e delle loro famiglie, amici e altri operatori non professionali, è un compito sociale che incoraggia tutte le comunità, gli impiegati, i sindacati, le scuole ed università, le organizzazioni di volontariato a rispettare la salute ed il benessere dei singoli individui e della popolazione. A livello individuale l'*empowerment* è un importante elemento dello sviluppo umano. E' il processo che permette di prendere il controllo e la responsabilità delle azioni proprie che hanno l'obiettivo e la potenzialità di guidare all'adempimento corretto. Questo processo contiene al suo interno quattro dimensioni:

1. Autostima,
2. Partecipazione alle decisioni,
3. Dignità e rispetto,
4. Appartenenza e contributo all'accrescimento della comunità.

Per l'individuo il processo di *empowerment* coincide con il superamento di uno stato di impotenza e la conquista del controllo della propria vita.

Tale percorso inizia con la definizione dei bisogni e delle aspettative individuali e si concentra sullo sviluppo delle capacità individuali e di risorse che le supportino. L'*empowerment* degli individui è teso ad aiutarli ad adottare comportamenti volti alla autodeterminazione e autonomia decisionale perché esercitino anche più influenza sui processi decisionali sociali e politici accrescendo così la propria autostima.

Le comunità possono supportare i singoli individui stabilendo delle reti sociali e mobilitando il supporto sociale potenziale; questa incentivata coesione tra individualità, può aiutare le persone attraverso le loro difficoltà e i periodi di vulnerabilità.

L'*empowerment* delle comunità comporta un livello più alto di potere/partecipazione dei singoli individui membri delle comunità stesse, un maggior senso di appartenenza alla comunità, lo sviluppo e la partecipazione alle attività politiche, la capacità di dominare il processo decisionale e l'accesso alle risorse per il miglioramento della comunità stessa. Il potere è l'idea portante nell'*empowerment*.

Un altro importante elemento è la sfida al controllo e all'ingiustizia sociale attraverso i processi politici, sociali e psicologici che rendono evidente le barriere strutturali e istituzionali. La privazione del potere degli utenti nei servizi per la salute mentale opera a tutti i livelli e lo stigma è presente in tutte le varie società dove spesso permangono numerosi ostacoli all'ingresso completo nel mondo del lavoro e alle altre attività sociali. A livello di organizzazione di servizi e di sostegno, le persone che utilizzano i servizi per la salute mentale sono scarsamente informate, spesso, altrettanto scarsamente consultate e assistite. A livello individuale l'esperienza con i problemi di salute mentale può avere conseguenze durature sul senso di identità personale e l'autostima. Ci sono anche prove che la mancanza di influenza e controllo può portare a scarsi miglioramenti sanitari; al contrario l'abilitazione ad esercitare controllo ed influenza, anche quando in presenza di un alto livello di stress, può essere un utile fattore protettivo contro alti livelli di rischio della malattia. L'impotenza è emersa essere fattore di rischio fondamentale nella eziologia della malattia e le risultanze di un numero cospicuo di casi suggeriscono che l'*empowerment* non è costituito solo da un insieme di valori astratti ma porta davvero a risultati positivi.

Questi risultati comprendono anche l'aumento del benessere emozionale, l'indipendenza, la motivazione alla partecipazione e più incisive strategie di contrasto alla malattia. Le cose più importanti che gli utenti e gli operatori indicano per una proficua promozione dell'*empowerment* sono i diritti all'autonomia e al libero arbitrio, dei servizi accettabili e accessibili, la possibilità di valutare il livello dei servizi da parte degli utenti, il diritto di ognuno di questi ad essere identificato quale persona cosciente in ambito giuridico senza alcuna discriminazione, l'accettazione dei disturbi mentali e infine servizi più completi e rispettosi con il pieno coinvolgimento degli utenti e degli operatori. Un approccio di tipo *empowerment* promuove fortemente il riconoscimento e lo sviluppo delle forze, risorse e abilità dei singoli utenti del servizio.

Per essere coinvolti in questo programma si devono creare contesti nei quali le persone precedentemente in silenzio ed isolate, coloro che si possono considerare *outsider* nelle varie relazioni, organizzazioni e comunità, comprendono l'utilità dell'esprimere liberamente le proprie opinioni e dell'influenzare le decisioni che incidono sulle loro vite. I gruppi di utenti ed operatori hanno indicato vari elementi chiave dell'*empowerment*. Alcuni dei quali possono svolgere un ruolo preminente per le azioni ai vari livelli a favore degli utenti e degli operatori. I professionisti della salute mentale talvolta presumono che gli utenti del servizio e loro familiari mancano di capacità decisionale o meglio di prendere corrette decisioni. I servizi perciò talvolta adottano una posizione paternalistica limitando la qualità o il numero delle decisioni che gli utenti e le famiglie possono prendere senza alcun supporto nel processo decisionale, gli utenti sono così tenuti in una relazione di dipendenza nel lungo periodo.

Le persone però non possono diventare indipendenti senza l'opportunità di adottare importanti decisioni per la loro vita. In talune circostanze l'ostacolo della negazione della capacità legale di intendere e di volere è una barriera al processo decisionale: questa

proibizione legale impedisce infatti alle persone di prendere decisioni autonome. Le persone con problemi di salute mentale dovrebbero invece godere della capacità giuridica su basi eguali agli altri e ciò in tutti gli aspetti della vita, e gli apparati pubblici dovrebbero fornire il supporto necessario alle persone che richiedono un'assistenza nella creazione del loro processo decisionale. Il processo decisionale non avviene nel vuoto. Gli individui possono prendere decisioni corrette solo quando dispongono di precise informazioni tali da permettere la stima esatta delle possibili conseguenze delle varie opportunità: prendere cioè delle decisioni informate. Ancora, a prescindere dal paternalismo, i professionisti della salute mentale talvolta limitano tali informazioni credendo di fare così gli interessi degli utenti. Una scelta consapevole vuol dire che agli utenti è offerta la possibilità di esplorare a fondo l'intera gamma di opzioni che possono avere rilevanza in uno specifico contesto e ricevere ogni supporto richiesto e ragionevole al fine di scegliere correttamente nell'ambito di tali opzioni.

Mentre l'esperienza del prendersi cura degli altri può essere anche molto gratificante, la maggior parte di coloro che scrivono su tale argomento descrivono l'impatto in termini di carico, sia soggettivo (percepito) che oggettivo (per esempio in ambito di affezione, economico, routine di spostamenti quotidiani). L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che il carico per la famiglia e la comunità della psicosi è superato solo da quello derivante dalla demenza e dalla quadriplegia. Ancora di più la percezione del carico dipende molto dalle differenti culture in termini di maggiore o minore accettazione della disabilità e dal vedere prospettive positive in futuro. In generale l'attenzione alla salute è stata vista progressivamente come una collaborazione fra fornitori, utenti e loro famiglie.

La natura particolare dei problemi di salute mentale, comunque, comporta che ci possono essere specifiche difficoltà nella relazione con la riservatezza e la condivisione di informazioni correlata alle differenze di opinione che i professionisti hanno su quale tipo di informazione possa essere condivisa. I professionisti devono trovare l'equilibrio fra il valore della condivisione dell'informazione, talvolta cruciale per il benessere sia dell'utente che dell'operatore, con gli obblighi etici e legali legati alla riservatezza indipendentemente nei confronti degli utenti che degli operatori. Sfortunatamente molti professionisti della salute mentale non hanno mai ricevuto formazione su come trattare questi problemi complessi o come indirizzarsi verso i differenti bisogni degli utenti e degli operatori. Come conseguenza ne deriva che non condividono le notizie in loro possesso impedendo così la condivisione delle informazioni, spesso citando a giustificazione della loro scelta l'obbligo alla riservatezza. Per raggiungere gli obiettivi dell'*empowerment* alcune qualità, sia esterne che interne, sono importanti:

- mantenere speranza e rispetto,
- rivendicare la guida della propria vita,
- percepirsi in connessione con l'ambiente,
- capire che ogni persona è portatrice di diritti,
- capire che ogni persona ha priorità differenti,
- spostarsi dalla segretezza alla trasparenza,
- comprendere che la crescita e il cambiamento sono illimitati e innati.

### **Empowerment e speranza**

Una persona speranzosa crede nella possibilità di un futuro cambiamento e miglioramento; senza speranza, fare uno sforzo può sembrare inutile. Eppure alcuni professionisti che etichettano i propri pazienti incurabili o cronici sembrano anche aspettarsi che siano motivati ad agire e apportare le modifiche nella loro vita, nonostante la generale disperazione che una tale etichetta trasmette. La prossimità accanto alle persone con patologia psichiatrica (ma si potrebbe affermare la vicinanza a tutti coloro che soffrono) è possibile quando si è animati da una speranza profonda, una speranza che si fonda nel presente e dà forma al futuro.

Essa contiene un elemento affettivo di natura combattiva, quello che sostiene la motivazione e la capacità di lottare. Senza speranza non è possibile superare la tentazione di restare attaccati ad un passato che non esiste più. Chi spera non è un ottimista nato ma una persona che percepisce con maggiore chiarezza la radicale dipendenza che ogni sperare comporta, che sa accettare i propri limiti e quelli altrui. Nel campo della salute mentale la speranza è strettamente connessa alla capacità di mobilitare delle risorse per tenersi vivi ed è centrale nel concetto di guarigione intesa come processo. A volte è grazie al rispecchiamento positivo di chi ci è accanto che, nonostante tutto, possiamo continuare a sperare: l'altro spera *per me, con me, in me*. Solo all'interno di questa relazione di "cura reciproca" si potrà contrastare la credenza che sperare nell'altro corrisponda ad un declinare le proprie responsabilità o all'essere fatalisti. La speranza fortifica il desiderio e attiva la motivazione ma non implica solo il saper desiderare e agire in modo determinato ma anche il saper aspettare e il sapersi affidare. I *careers* devono mostrare rispetto per la dignità intrinseca e l'autonomia individuale delle persone con problemi di salute mentale, tra cui l'accettazione della differenza come parte della diversità umana e dell'umanità stessa.

Come parte del processo di diagnosi e trattamento psichiatrico, gli utenti e le loro famiglie hanno avuto le loro vite, le loro storie personali, trasformati in *case histories*. Parte del processo di *empowerment* è quindi il recupero di queste storie di vita e allo stesso modo l'inclusione un recupero del proprio senso di competenza, e il riconoscimento delle relazioni di potere spesso nascosti inerenti alla situazione del trattamento. Nelle prime fasi di partecipazione a gruppi di auto-mutuo aiuto, ad esempio, i partecipanti spesso si raccontano le loro storie l'un l'altro; sia l'atto di raccontare che quello di essere ascoltato sono importanti per i partecipanti nel gruppo.

### **Empowerment e mutuo aiuto**

Non si verifica per l'individuo da solo, ma ha a che fare con il vivere un senso di esperienza condivisa e la connessione con altre persone. Il movimento di auto-aiuto tra gli utenti del servizio psichiatrico fa parte di un vasto movimento che vuole stabilire i diritti legali fondamentali. Tramite la comprensione dei propri diritti, le persone aumentano il senso di forza e fiducia in se stessi.

I professionisti della salute a volte si lamentano che gli utenti hanno scarse capacità e che non sembrano poter imparare capacità nuove. Allo stesso tempo, le competenze che i professionisti definiscono come importanti spesso non sono quelli che gli utenti trovano interessanti o importanti. Quando gli utenti hanno l'opportunità di imparare le cose che vogliono imparare, spesso sorprendono i professionisti (e a volte se stessi) con la loro capacità di impararle bene.

Le persone con uno status sociale svalutato spesso scelgono di farlo ma questa decisione paga il suo tributo in una diminuzione dell'autostima e la paura della scoperta. Quelli che raggiungono il punto in cui possono rivelare la loro identità come utenti dei servizi per la salute mentale sono più propensi a mostrare fiducia in se stessi. Le persone possono essere aiutate a prendere decisioni circa la divulgazione tramite il sostegno nel riconoscere che hanno molte caratteristiche diverse, molte delle quali sono positive. E' importante sia per le persone con problemi di salute mentale che per la società riconoscere ed accettare che i problemi di salute mentale sono una fonte di apprendimento, crescita e sviluppo, e che portano ulteriori competenze e qualità.

L'*empowerment* non è una destinazione, ma un viaggio. Un tale processo richiede un intervento a diversi livelli: a livello sociale-strutturale, della fornitura di servizi e di sviluppo professionale, della comunità e dell'individuo. Alla base delle riflessioni di cui sopra, l'*empowerment* di utenti e operatori deve coprire i cinque seguenti temi chiave a questi livelli:

- 1) La tutela dei diritti umani degli utenti dei servizi e il combattere lo stigma e la discriminazione;
- 2) Garantire la qualità delle cure e la responsabilità dei servizi;
- 3) Avere accesso a informazioni e risorse;
- 4) Inclusione nel processo decisionale;
- 5) Avere capacità organizzativa locale per fare richieste alle istituzioni e alle strutture governative.

I governi possono attuare efficacemente strumenti per la tutela dei diritti umani, molti dei quali coprono le persone con problemi di salute mentale sia espressamente o implicitamente.

Gli esempi includono: la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità che include l'attuazione del completo dispositivo della legislazione anti-discriminazione, con meccanismi di concreta applicazione e la relazione del 2005 del Relatore Speciale sul diritto di ogni individuo a godere del miglior stato di salute fisica e mentale.

*The WHO resource book on mental health, human rights and legislation* prende in considerazione una serie di problemi relativi ai diritti umani quali:

- fornire risorse per lo sviluppo di servizi gestiti dall'utente tramite il finanziamento e il rafforzamento delle reti locali di utenti e *carers*,
- promuovere l'indipendenza in ogni ambito della vita e della società,
- garantire attività governative per ridurre lo stigma e la discriminazione e promuovere servizi multilivelli basati sulla comunità che coinvolgono campagne di sensibilizzazione,
- facilitare i contatti tra gli utenti ed i media per sensibilizzare i professionisti dei media nella segnalazione delle persone con problemi di salute mentale in un modo non stigmatizzante,
- assicurare la promozione della salute mentale e delle attività anti-stigma sul posto di lavoro;
- garantire che gli organi di revisione indipendente sono in atto per controllare la

legittimità del trattamento e dei servizi. Inoltre bisogna offrire alle persone che utilizzano i servizi la possibilità di essere partner o di essere coinvolti in tutte le fasi e i

livelli di gestione, pianificazione, realizzazione e valutazione dei servizi;

- assicurare che lo staff sia formato sul rispetto dei diritti umani nell'ambito della salute mentale;
- avere una ben pubblicizzata rete per riportare lamentele. Gli utenti e le loro famiglie dovrebbero essere in grado di poter presentare dei reclami indipendentemente dalle loro circostanze, ed essere in grado di avere un rappresentante che li assista;
- coloro che pianificano e mettono in atto la formazione di professionisti della salute mentale dovrebbero farlo in un costante accordo comune con gli utenti e gli operatori, includere lo stigma della malattia mentale come un argomento nel curriculum di studi per medici di base e professionisti della salute mentale;
- offrire formazione per importanti elementi della comunità come la polizia e i datori di lavoro.

Mentre le strutture, le condizioni ed il supporto possono creare le opportunità per lo sviluppo individuale, in ultima analisi la responsabilità rimane con i singoli individui che devono riprendere il controllo dei propri problemi, la maniera in cui vengono trattati e le loro vite. A livello individuale, gli utenti e gli operatori devono riacquistare il proprio controllo, nella seguente maniera: sviluppando e rinforzando la maniera in cui affrontano le proprie difficoltà (per esempio attraverso una programmazione del recupero della persona), avendo un'influenza diretta per quanto riguarda i trattamenti e le cure che ricevono e preparandosi per eventuali crisi così che possano avere da che dire anche durante periodi di stress acuto (per esempio attraverso dichiarazioni anticipate), lavorando per le loro ambizioni e obiettivi, che potrebbero per esempio includere impiego, educazione, un ruolo più importante nella famiglia e relazioni. Questo include esigere diritti e prendersi responsabilità che creino e massimizzino libertà che darebbero agli utenti di servizi di salute mentale un pari stato nella società favorendo:

- 1) rispetto, indipendenza e protezione nelle forme di: diritto alla privacy, ricevendo e esercitando i pieni diritti e le responsabilità di cittadini, ed essendo liberi da ogni forma di discriminazione; benefici che garantiscano uno standard di vita decente, e la scelta del luogo di residenza e tipologia di abitazioni con pieni diritti di usufrutto;
- 2) assicurazione dei diritti di proprietà, accesso a rappresentanza legale gratuita e assenza di coercizione;
- 3) scelta ed opportunità di sviluppo personale ed inclusione sociale nelle forme di uguale accesso all'informazione, all'impiego, e supporto da parte di pari;
- 4) sviluppo personale attraverso opportunità per l'educazione e lo svago: scuole, università e biblioteche, e accesso ad Internet, varie attività di svago, viaggi;
- 5) inclusione sociale nei termini di accesso alle attività pubbliche, senza restrizioni per far parte di associazioni, e senza limitazioni per quanto riguarda l'assicurazione sanitaria o per ottenere prestiti bancari.

A meno che l'individuo, i servizi e la società non siano allineati, le iniziative per lo sviluppo della persona non saranno efficaci e lo stigma, la discriminazione e la



marginalizzazione persisteranno. La mancanza dello sviluppo della persona ed il bisogno di rafforzare lo sviluppo degli utenti e degli operatori deve essere accettato da tutti, ed il rispetto e la crescita sono sfide necessarie che devono essere riconosciute e su cui tutti da tutte le parti devono agire.

I primi passi saranno l'identificazione ed il riconoscimento di queste sfide, poi ci saranno le azioni che sono state specificate in questa dichiarazione, molte delle quali basate su prove evidenti, ed in fine una valutazione. L'OMS accetta la responsabilità di sostenere queste iniziative e svilupperà indicatori per dirigere questo processo. Queste azioni saranno portate avanti insieme alla Direzione Generale della Commissione Europea Salute e Utenti. Io credo che iniziative che abbraccino lo sviluppo della persona e la sua inclusione non solo offriranno opportunità e uguaglianza per i gruppi più discriminati e vulnerabili ma questo sarà di beneficio per la comunità come un insieme.

*“Il trattamento e la cura di ogni paziente deve essere basato su un piano terapeutico individualizzato, discusso con il paziente, aggiornato con regolarità, rimodulato se necessario...”*

Principio 9(2) della risoluzione dell'ONU sulla Protezione delle Persone con Disabilità Mentale e per il Miglioramento dei Servizi di Salute Mentale – dicembre 1991.

## Terzo capitolo

# IL PUNTO DI VISTA DI AMNESTY INTERNATIONAL

## 3.1 AMNESTY INTERNATIONAL E LA SALUTE MENTALE

Amnesty International nasce il 28 maggio 1961 a Londra.

Fu fondata quando un avvocato inglese, Peter Benenson, pubblicò un articolo sul periodico londinese *The Observer* intitolato *The forgotten prisoners* (I prigionieri dimenticati). Nello scritto si puntava il dito su sei casi di prigionieri di coscienza tra nazioni occidentali, socialiste e meno sviluppate: erano tutti professionisti quali avvocati, ministri di culto, giornalisti, un dottore, accademici e tutti, tranne uno, erano bianchi.

Da allora molte cose sono successe nel mondo e all'interno del movimento internazionale: dal Premio Nobel per la Pace nel 1977 fino alla grande svolta del 2001 quando i delegati riuniti in Congresso Mondiale deliberarono per *consensus* che A.I. da lì in poi avrebbe agito **per prevenire e porre fine a gravi abusi dei diritti all'integrità fisica e mentale**, alla libertà di coscienza e di espressione e alla libertà dalla discriminazione, nell'ambito della propria opera di promozione di tutti i diritti umani.

Nel 2003 la Sezione Irlandese di Amnesty International lanciò la campagna "*The Neglected Quarter*" avviando così una campagna di sensibilizzazione e di informazione su un argomento "dimenticato" nell'ambito dei diritti umani. I primi successi arrivarono nel 2006 quando venne creato il Network on Mental Health che contribuì, insieme alle associazioni dei familiari, degli utenti e di molta parte della società civile, ad un cambiamento radicale nelle politiche di salute mentale del governo irlandese. Nel corso degli anni il Network ha continuato a produrre pubblicazioni sulla situazione dei servizi psichiatrici in Irlanda contribuendo così ad una maggiore visibilità del tema della salute mentale in relazione alle violazioni dei diritti umani, così come sanciti nei Trattati internazionali, sia all'esterno dando vita a collaborazioni e feedback con altri paesi, sia all'interno del paese a livello istituzionale e della società civile e sia all'interno della stessa Amnesty International.

Ma cosa possiamo fare noi singoli cittadini? Questa è una delle domande più frequenti che viene rivolta a chi fa parte del movimento internazionale. Si possono scrivere lettere, cartoline, raccogliere firme per petizioni, sottoscrivere appelli, organizzare eventi pubblici, sensibilizzare l'opinione pubblica, esercitare pressione sui governi violatori, ecc.

Migliaia di cartoline, telegrammi, lettere, fax, messaggi di posta elettronica creano intorno ai casi una visibilità e un interesse che mettono in seria difficoltà i governi. Le testimonianze di molti prigionieri liberati grazie ad Amnesty International lo dimostrano.

Parte del lavoro del movimento internazionale è fare richieste e pressione sui governi, rendere pubbliche le loro violazioni e inviare raccomandazioni sul rispetto dei diritti umani ai Governi, all'Unione Europea, alle Nazioni Unite, ad altre Organizzazioni Intergovernative, ecc.

Quando Amnesty International fa pressione sui Governi chiede espressamente il rispetto di quei diritti che lo stesso Governo si è impegnato a far rispettare e a promuovere, chiede di sanzionare le istituzioni locali, le agenzie private, ecc. che non sono allineate con le prescrizioni stabilite dall'ONU e dalle Organizzazioni ad esso collegate (quali ad esempio l'Organizzazione Mondiale della Sanità) in materia di salute mentale.

### **3.2 VISIONE E AZIONE DI AMNESTY INTERNATIONAL**

La visione di A.I. è quella di un mondo in cui ad ogni persona siano riconosciuti tutti i diritti umani sanciti dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e da altri atti sulla protezione dei diritti umani. Al fine di perseguire questa visione, la *mission* del movimento internazionale è di svolgere attività di ricerca e azione finalizzate a prevenire ed eliminare gravi abusi di tali diritti.

Amnesty International costituisce una comunità globale di difensori dei diritti umani che si riconosce nei principi della solidarietà internazionale, di un'azione efficace in favore delle singole vittime, della copertura globale, dell'universalità e indivisibilità dei diritti umani, dell'imparzialità e indipendenza, della democrazia e del rispetto reciproco. Il movimento internazionale si rivolge ai governi, organizzazioni intergovernative, gruppi politici armati, imprese ed altri attori non statali. Inoltre si propone di accertare abusi dei diritti umani con accuratezza, tempestività e continuità nel tempo conducendo ricerche sistematiche e imparziali su singoli casi e su violazioni generalizzate dei diritti umani. Le conclusioni di tali ricerche sono rese pubbliche e i soci di A.I. mobilitano la pressione dell'opinione pubblica sui governi e sugli altri soggetti allo scopo di porre fine a questi abusi. L'organizzazione internazionale chiede a tutti i governi di rispettare la sovranità della legge e di ratificare e applicare gli atti sulla protezione internazionale dei diritti umani. Svolge inoltre un'ampia gamma di attività nel campo dell'educazione ai diritti umani e incoraggia le organizzazioni intergovernative, i singoli individui e gli organi della società a sostenere e rispettare i diritti umani.

Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in diritti e dignità: questo è il fondamento dell'infrastruttura dei diritti umani e questa infrastruttura complessiva è il presupposto fondamentale e irrinunciabile perché ognuno possa avere le stesse possibilità di vedersi garantire uno standard di vita adeguato.

L'accesso alla salute e all'abilitazione dovrebbe essere assicurata ad ognuno, indipendentemente dalla condizione o dalla gravità della disabilità, dalla natura o dall'età. Le considerazioni di tipo finanziario non possono giustificare una restrizione dei diritti fondamentali, così come ampiamente definito in alcune sentenze emanate in materia dalle corti di giustizia nazionali e internazionali. Le restrizioni economiche sono pertanto irrilevanti a fronte di diritti soggettivi inviolabili. Il 10 dicembre 2008 le Nazioni Unite hanno adottato il Protocollo Opzionale della Convenzione sui Diritti Civili, Sociali e Culturali e questo strumento contribuirà ad aumentare il livello di protezione dei diritti umani delle persone più marginalizzate.

Con l'approvazione di questo atto le persone sofferenti di disagio psichico potranno accedere ai tribunali internazionali qualora nei tribunali nazionali non vedessero tutelati i

loro diritti. Il percorso compiuto da Amnesty International è estremamente interessante per il tema affrontato in questo libro.

Il movimento internazionale è nato nel 1961 al culmine della Guerra Fredda e pur sostenendo tutti i diritti compresi nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani l'organizzazione scelse di concentrarsi sulla libertà di espressione, sul diritto ad un giusto processo, sulla condanna contro la tortura e di altri trattamenti crudeli, inumani e degradanti e sull'abolizione della pena di morte. Queste istanze erano facilmente condivisibili dai membri del movimento internazionale, che all'epoca si trovavano in Nord America e in Europa Occidentale. Dal momento che l'azione di difesa di Amnesty International interessava entrambi i versanti della cortina di ferro i soci del movimento internazionale pensavano che ciò potesse servire a salvaguardare l'indipendenza dagli antagonismi della Guerra Fredda e dalle accuse di politicizzazione. Per alcuni tale approccio ha dato i suoi frutti: i prigionieri di coscienza venivano rilasciati, l'incidenza della tortura effettuata da organi di stato diminuiva in numerose nazioni, si rafforzavano le garanzie formali e legali sul giusto processo e sulla libertà di espressione e la pena di morte veniva abolita in diverse nazioni.

All'epoca molti soci del movimento ritenevano necessario concentrarsi, per un intervento efficiente ed efficace, su un gruppo limitato di diritti ma sul piano pratico iniziarono ad emergere evidenti problemi di efficacia e rilevanza. Con la destituzione di regimi dispotici e la sostituzione di stati di polizia con fragili democrazie, Amnesty International si ritrovò a difendere gli stessi diritti nel contesto di nuovi governi. Per ogni passo avanti compiuto come ad esempio l'eliminazione della tortura contro i prigionieri politici per mano della polizia, nuovi episodi di violenza ai danni delle comunità povere ed emarginate si verificavano. Gli individui sospettati di slealtà o di opposizione nei confronti del governo invece di essere incarcerati “sparivano” o venivano uccisi e i colpevoli difficilmente venivano identificati.

Massicce violazioni dei diritti umani portarono ad esodi di massa mentre le nazioni meta di tali migrazioni restringevano i diritti dei rifugiati e dei richiedenti asilo. Le questioni in gioco erano diverse; non solo era scorretto respingere le persone che rischiavano di essere torturate e maltrattate nei loro paesi di origine ma andava considerato anche il loro bisogno di istruzione, lavoro e assistenza sanitaria all'interno delle nazioni in cui chiedevano asilo. In ogni caso Amnesty International era in grado di guardare alle loro sofferenze soltanto attraverso la lente limitata di un numero ristretto di diritti. Quando l'associazione ha spostato la sua attenzione sulla violenza compiuta non dallo stato ma da esso permessa o perlomeno non impedita, ha dovuto fare i conti con la spaventosa realtà della violenza di genere, la grave discriminazione socio-economica, le violazioni di massa, ecc. Nazione dopo nazione, violazione dopo violazione i ricercatori del movimento si sono resi conto di aver trascurato parte del problema dei diritti umani. L'azione di Amnesty International era incrinata anche dal fatto che, in molti casi, il suo approccio tradizionale sembrava privilegiare le élite dei paesi in cui si trovava ad operare.

Gli attivisti rivendicavano la libertà di parola per i giornalisti e i dissidenti ma non il diritto all'istruzione dei bambini poveri. Di conseguenza anche quando poteva portare avanti appelli tradizionali - per la libertà di espressione o contro gli arresti arbitrari, in difesa dei poveri e degli emarginati – l'organizzazione sapeva di ignorare altre istanze altrettanto importanti riguardanti le stesse persone. Per tutti gli anni novanta all'interno

dell'organizzazione internazionale si sono discussi i pro e i contro dell'ampliamento del mandato (a quei tempi si parlava di mandato e non di visione e missione) soprattutto nel momento in cui la crescente globalizzazione economica costringeva a considerare le grandi disuguaglianze mondiali tra i diversi standard di vita. Ci furono accesi dibattiti per esaminare gli aspetti pratici ed ideologici della questione. Alcuni membri temevano, oltre al rischio della politicizzazione, che con la difesa dei diritti economici e sociali l'associazione internazionale sarebbe andata oltre il proprio ambito di competenza distogliendosi dai suoi obiettivi principali e disperdendo tra diversi settori le sue già limitate risorse finanziarie ed umane. Sul fronte opposto altri soggetti, tra cui i nuovi membri e gli associati appartenenti al Sud del mondo, sostenevano in maniera persuasiva che se il movimento avesse ignorato i più pressanti problemi contemporanei di tipo economico e sociale, avrebbe perso influenza e rilevanza. Nel 2001 i soci dell'organizzazione votarono a favore di una nuova *mission* inclusiva di tutti i diritti presenti nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

Parte del lavoro di Amnesty International è fare richieste e pressione sui governi, rendere pubbliche le loro violazioni e inviare raccomandazioni sul rispetto dei diritti umani ai Governi, all'Unione Europea, alle Nazioni Unite, ad altre Organizzazioni Intergovernative, ecc. Quando il movimento internazionale fa pressione sui Governi chiede espressamente il rispetto di quei diritti che lo stesso Governo si è impegnato a tutelare e a promuovere, chiede di sanzionare le istituzioni locali e le agenzie private che non sono allineate con le prescrizioni stabilite dall'ONU e dalle Organizzazioni ad esso collegate. In materia di salute mentale e di violazioni in questo ambito Amnesty International fa riferimento ai documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di cui la quasi totalità degli stati fa parte.

In base alle norme internazionali lo Stato ha l'obbligo di impegnarsi con il massimo delle risorse di cui dispone al fine di assicurare progressivamente e con tutti i mezzi appropriati la piena attuazione dei diritti economici, sociali e culturali dei suoi cittadini. Dalla particolare natura dei diritti tutelati dalla Convenzione Internazionale sui Diritti Civili, Politici e Sociali discendono per gli stati obblighi positivi consistenti (ovvero l'obbligo per gli Stati di attivarsi per l'implementazione), in primo luogo, nell'adottare tutte le misure necessarie a garantire l'effettivo accesso a determinate risorse. Lo Stato ha l'obbligo di dare priorità alle fasce sociali più deboli e vulnerabili. Inoltre, deve prestare attenzione ai bisogni delle persone emarginate ed escluse, a coloro che incontrano i maggiori ostacoli nella realizzazione dei propri diritti e che devono essere al primo posto nei programmi di distribuzione delle risorse.

Spesso gli Stati giustificano la mancata attuazione dei diritti economici, sociali e culturali con l'indisponibilità di risorse finanziarie, tecnologiche o umane. Quando Amnesty International fa pressione sui Governi oltre a proporre un elenco dettagliato di misure da adottare, talvolta, chiede se l'organizzazione internazionale può essere d'aiuto nell'implementare campagne di sensibilizzazione e di educazione ai diritti umani anche specificatamente nell'area della salute mentale (temi quali: stigma, pregiudizio, esclusione, *empowerment*, inclusione, dignità) o fornire elementi utili per definire azioni legislative e pratiche rispettose degli impegni sottoscritti in sede internazionale.

Amnesty International costituisce una comunità globale di difensori dei diritti umani che si riconosce nei principi della solidarietà internazionale, di un'azione efficace in favore delle singole vittime, dell'universalità e indivisibilità dei diritti umani, dell'imparzialità e

indipendenza, della democrazia e del rispetto reciproco. L'associazione si rivolge ai governi, organizzazioni intergovernative, gruppi politici armati, imprese ed altri attori non statali. L'associazione si propone di accertare abusi dei diritti umani con accuratezza, tempestività e continuità nel tempo conducendo ricerche sistematiche e imparziali su singoli casi e su violazioni generalizzate dei diritti umani. Le conclusioni di tali ricerche sono rese pubbliche e i soci del movimento mobilitano la pressione dell'opinione pubblica sui governi e sugli altri soggetti allo scopo di porre fine a questi abusi. Il movimento internazionale chiede a tutti i governi di rispettare la sovranità della legge e di ratificare e applicare gli atti sulla protezione internazionale dei diritti umani.

Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in diritti e dignità: questo è il fondamento dell'infrastruttura dei diritti umani e ne rappresenta il presupposto fondamentale e irrinunciabile perché ognuno possa avere le stesse possibilità, vedersi garantito uno standard di vita adeguato ma anche sicurezza, risorse, libertà dalla paura e diritto di partecipare ai processi decisionali.

L'accesso alla salute (cure appropriate, servizi adeguati, ecc.) e all'abilitazione dovrebbe essere assicurata ad ognuno, indipendentemente dalla condizione o dalla gravità della disabilità, dalla natura o dall'età. Le considerazioni di tipo finanziario non possono giustificare una restrizione dei diritti fondamentali: il concetto di danno causato da lesioni di diritti inalienabili non può essere giustificato con motivazioni di carattere economico, così come ampiamente definito in alcune sentenze emanate in materia dalle corti di giustizia nazionali e internazionali. Le restrizioni economiche sono pertanto irrilevanti a fronte di diritti soggettivi inviolabili.

Amnesty International ha iniziato a occuparsi di violazioni dei diritti umani nell'ambito della salute mentale già nel 1983 con la pubblicazione di un breve documento. Il suo focus era strettamente limitato a quei casi dove per ragioni politiche la psichiatria veniva usata in sostituzione di un normale e regolare procedimento giudiziario o dove le conoscenze psichiatriche venivano deliberatamente usate per far del male ai detenuti. Una persona sofferente di disturbi psichici è una persona come tutte le altre, che esprime e prova sentimenti, che chiede di essere rispettata e protetta come essere umano. Il disordine mentale colpisce anche una persona su quattro nel corso della vita e può essere riscontrato nel 10% della popolazione adulta. L'emarginazione e l'abbandono la fanno sentire diverso e inutile e la chiudono in un isolamento che ostacola le possibilità di cura, di guarigione e di reinserimento nella propria famiglia e nella società. Durante gli anni '80, Amnesty International ha ricevuto numerose denunce di un uso politico della psichiatria in paesi quali la Cecoslovacchia, la Romania, la Jugoslavia, l'Uruguay e l'URSS sebbene solo in quest'ultimo paese la psichiatria venisse usata ampiamente e sistematicamente come procedura sostitutiva di regolari processi per attività politiche non conformi a quelle del governo centrale. L'uso massiccio di neurolettici, senza la prescrizione di farmaci che potessero controllarne i devastanti effetti collaterali, è stata una procedura tristemente usata. Negli ultimi anni, e dopo gli imponenti cambiamenti occorsi in URSS e in molti paesi dell'Europa Orientale, la situazione sta progressivamente migliorando.

Amnesty International non promuove nessun particolare modello di servizio di salute mentale ma in qualità di organizzazione in difesa dei diritti umani difende il diritto di ogni persona ad avere il più alto livello possibile di salute mentale così come salvaguarda il diritto degli utenti all'interno dei servizi di salute mentale.

Tuttavia l'organizzazione riconosce che, pur permanendo aree critiche, in alcuni paesi la situazione è costantemente in evoluzione. Inoltre è convinta che insieme possiamo fare passi avanti reali per ottenere uguaglianza e rispetto della dignità umana. L'obiettivo è rendere i diritti umani una realtà per tutti gli esseri umani. Le leggi e le politiche volte a tutelare i diritti delle persone che soffrono di un disagio psichico devono essere pienamente attuate.

## Quarto capitolo EDUCAZIONE E INFORMAZIONE

### 4.1 LO STIGMA

Questa parola è attualmente usata per indicare che, nello specifico, la diagnosi di malattia mentale e i comportamenti che la accompagnano, risvegliano nelle persone atteggiamenti negativi e di rifiuto senza che ci sia una conoscenza del problema. Lo stigma che accompagna la malattia mentale, crea un circolo vizioso di alienazione e discriminazione, intesa come privazione di diritti e benefici, per la persona malata, la sua famiglia e tutto l'ambiente ad essi circostante, diventando spesso la fonte principale di un grave isolamento sociale, dell'incapacità a trovare una casa o un lavoro, di comportamenti di abuso di alcool e di stupefacenti, di fenomeni di emarginazione e di una protratta marginalizzazione.

Nella pratica psichiatrica gli interventi che mirano a contrastare questi atteggiamenti hanno assunto un ruolo sempre più rilevante proprio perché la persona che soffre di una malattia mentale si trova a dover combattere su due fronti: da un lato l'esperienza di malattia, con tutto ciò che questo comporta in termini di sofferenza, menomazioni e disabilità e, dall'altro, con le reazioni dell'ambiente sociale e lo stigma che circonda la salute mentale.

Le condizioni di vita soggettive e oggettive delle persone con patologia psichiatrica non dipendono quindi solo dalla gravità della malattia, ma anche dal grado di accettazione all'interno della famiglia e nella società in generale.

Pericolosità, inguaribilità, incomprendibilità, improduttività e irresponsabilità sono i pregiudizi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato come condizioni diffuse che impediscono in tutti i paesi l'accesso ottimale ai processi terapeutici ed emancipativi di queste persone ed ha invitato tutti i governi a fare tutto quanto in loro potere per fronteggiare la condizione di stigmatizzazione e, di fatto, di debolezza del diritto delle persone affette da disturbo mentale e delle loro famiglie.

Il peso delle discriminazioni dovute alla malattia mentale, sperimentate nelle aree sociali "pubbliche" (ricerca e mantenimento del lavoro, ad esempio) risulta assai inferiore rispetto alle discriminazioni determinate dal genere o dalla condizione di immigrato. Rimane alto, invece, nelle aree "relazionali" (partnership sessuale, relazioni amicali, relazioni familiari), ambiti peraltro che si collocano in uno spazio intermedio fra caratteristiche proprie della patologia e conseguenze o reazioni che da essa derivano.

L'uscita dall'istituzione manicomiale e la conseguente visibilità della persona con patologia psichiatrica hanno avviato un promettente processo di riacquisizione di "cittadinanza economica", e va sottolineato che gli interventi orientati alla riabilitazione ed alla integrazione in ambito lavorativo sono un cardine della psichiatria di comunità (dove funziona) ed esprimono una pluralità di metodi di intervento (inserimento lavorativo, lavoro in cooperative, percorsi di formazione e tutoraggio, collocamento mirato ecc.) davvero ampio.



Manca ancora la “cittadinanza affettiva”, l’integrazione del paziente psichiatrico come “soggetto relazionale” ed è a partire da questo fatto che dobbiamo riflettere sulle specificità dello stigma nei confronti del malato di mente. Come ogni tipo di stigma deriva da atteggiamenti culturali dominanti che legano le persone etichettate a caratteristiche indesiderabili; lo spazio della cultura viene diviso in due parti da una classificazione che si basa sull’appartenenza (noi/loro) e che da un lato definisce la gerarchia (le persone etichettate sperimentano perdita di status e discriminazioni) e dall’altro rende la relazione impersonale perché la discriminazione basata sulla dicotomia inclusione/esclusione annulla il valore delle differenze umane dei singoli e stimola comportamenti che aumentano la distanza sociale.

Ma la categoria dello stigma non è sufficiente a spiegare la distanza sociale che si verifica soprattutto nelle relazioni più intime e personali (famiglia, amici, vicini) che è determinata anche da ciò che succede di inconsapevole nella relazione interpersonale, effetto veicolato da comunicazioni sintomatiche, non immediatamente decifrabili.

Dunque non tutto è discriminazione, né tutto è riducibile a categorie sociologiche descrittive delle interazioni sociali manifeste: va considerata la complessità dei vissuti e la non conoscibilità di gran parte delle dinamiche psichiche. Anche a partire da questo “mondo interno” va interpretata la difficoltà a sostenere il peso dell’angoscia e della sofferenza mentale che si avvertono nel rapporto con i pazienti che hanno un disturbo mentale grave.

Un altro aspetto fondamentale del processo di stigmatizzazione cioè la criticità degli aspetti soggettivi legati alla bassa autostima (delle persone con patologia psichiatrica), una sorta di stigma interno descritto nei termini di “auto-discriminazione” (o “discriminazione anticipata”). E’ il risultato di una circolarità perversa che opera sul piano delle aspettative reciproche (negative e/deluse) nelle relazioni interpersonali piuttosto che sul piano del pregiudizio. Jeffrey M. Spivak, uno dei teorici di riferimento nel campo della riabilitazione psichiatrica, descrive come spirale negativa questo percorso che conduce ad una progressiva desocializzazione e che caratterizza tutti i processi di stigmatizzazione. La lotta contro il pregiudizio deve affrontare due aspetti centrali:

1. le barriere che costruiscono l’identità sulla base dell’appartenenza (noi/loro) e che condizionano un modo stereotipato di mettersi in relazione con l’altro, basato su assunti cognitivo-affettivi dicotomici amico/nemico;
2. le disuguaglianze di potere, concretamente operanti nei contesti relazionali e sociali, sperimentate dalle persone con un disturbo mentale.

Per modificare gli stereotipi culturali è necessario attivare campagne informative (mirate in particolare ai giovani in età scolare, soggetti verosimilmente più recettivi), favorire l’integrazione sociale (hanno particolare importanza le politiche per l’inserimento nel mondo del lavoro dei disabili) e soprattutto favorire le occasioni di “contatto” costituiscono i cardini degli interventi che puntano a ridurre l’effetto barriera. Dunque, il fuoco di questi interventi è l’interazione fra escludente ed escluso; quindi, non solo con l’obiettivo di ridurre le discriminazioni, ma anche con l’ambizione di operare una trasformazione nella mente di chi esclude restituendogli l’occasione di verificare la propria capacità di apprendere dall’esperienza, nel momento della relazione personale e dello scambio con l’altro disabile. Si tratta di puntare sulla capacità che ognuno ha di sviluppare una conoscenza personale della realtà ed acquisire la capacità critica necessaria per esercitare in maniera partecipe la propria cittadinanza. Si tratta di disuguaglianze che certo richiedono una difesa dei diritti di coloro che hanno un disturbo mentale, ma anche di favorire modalità di *empowerment* fra le stesse persone,

sviluppando le capacità di riequilibrare il rapporto fra bisogni e diritti, cioè fra la dipendenza dovuta allo stato di malattia e l'esercizio del diritto di cittadinanza.

La discriminazione ha a che fare con il potere, con la norma sociale della cultura dominante, ma anche con il rapporto di dominanza che si instaura nella relazione interpersonale.

Un altro punto del problema è lo stigma interno, introiezione di quanto di negativo è rappresentato nello stereotipo sociale di malato di mente, che induce nel paziente un'azione sociale aderente allo stereotipo stesso. Negli ultimi venti anni si sono sviluppati un movimento e una cultura degli utenti ed ex utenti psichiatrici che hanno prodotto una metodologia della conoscenza dei fatti psichici (patologici e non) centrata sulla narrazione e sulla valorizzazione della esperienza soggettiva. Questa ha imposto anche alla medicina ufficiale una prospettiva di analisi qualitativa con cui ormai si devono confrontare i dati della ricerca oggettiva *evidence based*. Il concetto di *recovery* occupa una posizione centrale in questa prospettiva. Significa percezione soggettiva di essere in ripresa, basata sulla acquisizione di consapevolezza articolate sulle disabilità causate dalla malattia, sulla utilità delle cure, sulla importanza di mantenere una relazione di affidamento con il curante, ma anche sulla valutazione che accanto alle cose che non si riesce a fare ci sono quelle in cui si funziona, sulla consapevolezza di avere desideri, di avere soddisfazioni, di avere opinioni da confrontare con quelle di altri, di avere una vita quotidiana e di avere pensieri sul futuro.

E' una prospettiva che mette in gioco la parzialità dei concetti medici di diagnosi e di guarigione come assenza di sintomi, ma che, a ben guardare, consente ai medici stessi di calare nella realtà il concetto astratto di patologia psichica (psicotica in particolare) multifattoriale, complessa, scompenso di una vulnerabilità in cui fattori biologici, psicologici, relazionali e sociali sono intrecciati e inscindibili. La cultura prodotta di chi ha avuto esperienza diretta di malattia ha allargato il campo di osservazione della clinica e della ricerca in psichiatria.

Questo movimento culturale, inoltre, è legato anche ad un processo di *empowerment* sociale, perché i nuovi concetti acquistano autorevolezza, diffusione e catalizzano altre conoscenze e perché si intrecciano contemporaneamente fenomeni relativamente spontanei di auto-organizzazione con impulso all'associazionismo sul modello dell'auto-mutuo aiuto che nel corso degli anni è in accelerazione e si va consolidando.

Il clinico come tutti è esposto ai danni del pregiudizio, pensiero rigido che rende ciechi, incapaci di vedere l'altro, nella sua individualità, con le sue caratteristiche complesse; in più la relazione medico-paziente è di per sé una relazione sbilanciata e nell'asimmetria si esercita una potestà che deriva sia dal sapere medico sia dall'assunzione della responsabilità del prendersi cura di chi ne ha bisogno. Con una approssimazione di stampo psicodinamico possiamo immaginare che ciascun operatore sanitario nel suo operare si collochi in un proprio equilibrio nella bilancia fra autorità paterna e accoglienza materna.

Nell'ambito della malattia mentale vi sono varie modalità per compiere sottili pratiche discriminatorie: paternalismo o pedagogia, l'abbandono o il non esercitare la responsabilità di prendersi in carico chi non sa prendersi cura di sé e infine una forma più complessa di non risolutezza nel proprio agire medico che deriva da quanto di non consapevole (apatia, distruttività, resistenza forte al cambiamento) passa nella relazione con il paziente con un disturbo mentale.

La salute mentale è anche un problema di modi di pensare, di schemi di pensiero che nel tempo si sono “cristallizzati”, bloccati in una modalità che imprigiona le persone in stati d'animo e comportamenti conseguenti che non consentono loro di vivere felicemente. Il percorso di liberazione dallo stigma (per le persone che lo subiscono) e dai pensieri che generano stigma (per chi questo stigma lo causa) è un percorso di consapevolezza.

Rendersi conto che se pensiamo cose tipo: “è una malattia di famiglia” “non migliorerà mai”, “è fatto così”, “non c'è niente da fare”, “è incontrollabile e può essere pericoloso”, allora le nostre azioni, i nostri discorsi spingeranno, più o meno consapevolmente, la persona che ha problemi di salute mentale a sentirsi sempre più così, e cioè priva di risorse, di possibilità, di speranze. Non solo: ma si sentirà non accettata dagli altri, si sentirà minacciata dal fatto che gli altri si comportano in modo non piacevole nei suoi confronti e reagirà difendendosi, proteggendosi, alimentando quelle convinzioni di “dolore e malattia” che la mantengono in quella situazione.

Questa è la spirale di dolore e malattia che tanti familiari sperimentano direttamente sulla propria pelle, non conta quanto siano buone le intenzioni, il risultato spesso è un peggioramento progressivo della situazione di salute della persona con più difficoltà, ma anche della salute del familiare “sano”, nonché delle relazioni tra loro. Nel momento nel quale cominciamo a comunicare in modo diverso otteniamo risultati diversi: ci possiamo facilmente rendere conto che accettare le persone per come sono, sapendo valorizzare le loro grandi qualità e senza fare su di loro pressioni è frutto di un percorso diverso. Senza dubbio non è facile, senza dubbio viene più spontaneo evitare certi problemi se possiamo, scappare e difenderci, a nostra volta, dal problema malattia mentale.

Eppure questa cosa è proprio lì per noi, è il “nostro regalo”, non conta se siamo familiari, se siamo operatori o se siamo il vicino di casa. La salute mentale nella sua rappresentazione degenerata in malattia è lì per “mandarci in crisi”, per farci crescere. Possiamo decidere di ignorarla, di fuggire alle domande che ci pone, rifiutando di provare la paura che genera in noi, usando lo stigma per distinguere noi da quel “mondo alieno”. Questa scelta più o meno inconscia, finisce per produrre sentimenti di separazione, rigidità, paura, egoismo, sensi di colpa e giustificazioni. Oppure possiamo decidere di usare questa paura per andare oltre, per riconoscere noi stessi in quella realtà che ci si para davanti, abbracciando il nostro essere più intimo, comprendendo che il mio vicino di casa potrei essere io, e aprendogli un sorriso di accettazione e di compassione.

La consapevolezza ci libera dalla nostra paura, ci rende capaci di elevarci ad un livello superiore, dove anche se non ho chiaro fino in fondo il meccanismo, riesco comunque a capire la sua ragione d'essere, quindi sviluppo e trasmetto sentimenti completamente diversi: solidarietà, comprensione, affetto, tenerezza. Questi sentimenti determinano automaticamente comportamenti diversi che generano risultati diversi in me e nelle persone a cui sono diretti. Riesco a capire che questo sistema si sostiene o si sgretola anche grazie al mio contributo, che può essere quindi di sostegno per le buone qualità che sono sempre presenti in ogni persona oppure per i suoi limiti. Possiamo promuovere questo nuovo modo di pensare, questo nuovo paradigma, che cambierà il modo nel quale si sentono le persone, ma anche il modo nel quale vengono gestite le notizie riguardo la salute mentale.

Se non ci sarà più paura di confrontarsi con la malattia mentale non ci sarà più “l’effetto amplificatore” delle notizie riguardanti i “pazzi pericolosi”, e non ci sarà più motivo di veicolare quel tipo di informazione che alimenta la spirale della malattia e del dolore. Sarà la nostra scelta quotidiana, ogni volta che ci capiterà di confrontarci con le manifestazioni di una mente con una salute peggiore della media, decidere da che parte del sistema vogliamo stare, e questa volta non avendo più la scusa della scelta inconsapevole. La percezione del diverso è un primo importante fattore: la predisposizione a cogliere differenze tra i simili è probabilmente caratteristica innata in ogni essere umano, e questo ha anche delle rilevanze per quanto riguarda la sopravvivenza della specie.

Un fattore che alimenta lo stigma è senza dubbio l'ignoranza. Nel saggio *"La malattia come una metafora"* Susan Sontag afferma: *"... ogni malattia è come un mistero e drammaticamente temuta, sarà percepita come moralmente, se non proprio letteralmente, contagiosa..."*.<sup>10</sup> L'Autrice afferma che il relazionarsi con un paziente affetto da una patologia le cui cause o le cui manifestazioni non sono completamente conosciute, viene considerato come la violazione di un tabù: fino a qualche decennio fa venire a conoscenza di qualcuno affetto da tubercolosi era come ascoltare una sentenza di morte; oggi nell'immaginario popolare il cancro viene considerato una condanna a morte. Lo stesso accade per le patologie psichiatriche: nessuno ha vergogna ad ammettere di essere un cardiopatico in cura con diuretici, anche se la mortalità è alta, ma ben diverso è se si tratta di rivelare di essere affetti da schizofrenia o da disturbo bipolare in terapia con stabilizzanti (patologie a cui si associa, peraltro, un rischio di morte più basso). La differenza sta nel fatto che le patologie cardiologiche vengono considerate *"statì"* di malattia, cioè cambiamenti temporanei indotti dalla malattia, le cui cause sono ampiamente spiegate nel tempo, e per le quali si è trovato un rimedio valido. La schizofrenia, presa come esempio della malattia psichiatrica, è invece considerata un *"tratto"*, cioè una caratteristica duratura dell'individuo, che si insinua nella personalità, deviandola.

Purtroppo molte delle patologie psichiatriche sono croniche, recidivanti: e nonostante i notevoli progressi degli ultimi anni, grazie ai quali patologie come la schizofrenia e la depressione sono meglio riconosciute, persiste un forte pregiudizio e un desiderio di distanza sociale nei confronti dei malati. Resiste nell'immaginario collettivo l'idea che la depressione sia causata da una debolezza del carattere e che basti "farsi forza" per guarire; misconosciuto o addirittura ignorato il coinvolgimento delle vie serotoninergiche e noradrenergiche, su cui agirebbero gli antidepressivi.

Il concetto tabù si chiarisce anche considerando come spesso ci identifichiamo nei pazienti psichiatrici, o come possiamo riconoscere in noi loro aspetti deprecabili, riprovevoli o degni di condanna. La distanza che mettiamo tra noi e loro in realtà è una distanza che vorremmo mettere fra la nostra ragione e gli aspetti di noi meno controllabili, più vulnerabili. Il desiderio di morte dell'individuo affetto da depressione è un lato distruttivo che molti individui sani riconoscono in se stessi e che vivono con vergogna. Ma la distanza che c'è tra individui sani e individui affetti da patologie psichiatriche non è solo razionale, cioè sostenuta da processi cognitivi. Per capire le

---

<sup>10</sup> Sontag Susan, *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Mondadori, Milano, 2002

motivazioni dello stigma bisogna risalire al suo processo di formazione, il quale ha origine, come ricordato all'inizio del paragrafo, dalla percezione del diverso, ovvero dal riconoscimento delle differenze e il conseguente etichettamento. Continua collegando una persona etichettata a uno stereotipo prevalente nella società per quella determinata categoria di persone. La persona etichettata subisce quindi un processo di isolamento ed emarginazione perché ritenuta diversa, appartenente a una categoria non accettata dal contesto sociale. La fase del riconoscimento delle differenze trova ragione nella presenza di "stranezze comportamentali" legate alla presenza di sintomi positivi, deliri e allucinazioni, che definiscono in maniera netta il confine delle differenze rispetto alla normalità. Anche il sottoporsi a un trattamento psichiatrico può essere motivo di stigmatizzazione per il pregiudizio che circonda gli ambulatori di psichiatria e soprattutto gli psicofarmaci, sempre più spesso messi all'indice dai media perché ritenuti pericolosi o simili a sostanze stupefacenti e quindi in grado di influenzare il comportamento o il pensiero di una persona.

Va tenuto presente che il pregiudizio nei confronti del malato psichico, definito anche *public stigma*, determina nella persona vissuti di inferiorità, di colpa, di vergogna e di emarginazione, inducendo nel paziente vissuti di inferiorità, vergogna, colpa, il cosiddetto *self stigma*, innescando in tal modo una spirale di desocializzazione e rinforzo del pregiudizio, con conseguente peggioramento della malattia. I fatti di cronaca violenti, la loro risonanza sui media, l'uso inappropriato di termini psichiatrici lasciano un alone che rinforza lo stigma nei loro confronti e si traduce in una maggiore aspettativa di sistemi in grado di controllare il rischio di violenza connesso alle malattie mentali.

L'opinione pubblica ritiene più accettabile, per meglio dire più comprensibile, un omicidio per furto o conseguente ad una lite che un omicidio per opera di un malato di mente: in queste dinamiche incide anche un processo difensivo ben noto, il bisogno di un capro espiatorio, facilmente identificabile, diverso da sé perché malato o folle, il quale permette di prendere le distanze da una possibile identificazione con l'autore del reato. Ciò consente alla società di non mettersi in discussione nel suo assetto, fornisce una facile giustificazione agli eventi più critici e conferma la salute e la bontà del sistema.

Il problema dello stigma non riguarda solo il modo di rappresentarsi, e quindi trattare i malati mentali ma è anche un buon indice di come una cultura pensa la follia e di come quindi gli appartenenti a tale cultura pensano se stessi e il proprio essere al mondo attraverso il confronto che accettano con la pazzia e il significato che ad essa conferiscono. Lo stigma è un problema che ha fortemente a che fare con l'emotività, cioè con le emozioni che la follia suscita: esse sono diverse e controverse, partono da un certo senso di disagio che può andare fino al timore, per arrivare ad un senso di ripugnanza, ma anche ad una profonda pietà. Molto più interessanti sono altre due emozioni: l'orrore e la fascinazione. La malattia mentale è un tema che fa riflettere, fa fantasticare, parlare.

Con questo malato sappiamo di condividere l'aspetto esteriore umano, ma non pensiamo certo di condividere ciò che dall'interno di questo aspetto umano emerge. Essendo tuttavia il malato mentale uno come noi, ci si domanda se ciò che in lui si manifesta non sia potenzialmente contenuto anche in noi stessi. La follia è uno dei modi attraverso cui si presenta il quesito di chi siamo veramente, che senso ha il nostro essere al mondo.

*“Ognuno ha diritto al più elevato livello standard possibile di salute fisica e mentale”*

*Articolo 12*

*Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali*

## **4.2 DIRE, FARE, PROMUOVERE SALUTE MENTALE**

I percorsi di promozione della salute mentale e di inclusione sociale riguardano le diverse sfere d'azione della persona. Il tema cruciale ancora oggi però sembra essere come ci posizioniamo nel far sì che questo accada, diventi realtà. Là dove lo sguardo si eleva ad osservare da una certa distanza, è possibile intuire la fitta trama che investe il campo delle micro-macro azioni sul singolo e comprendere l'impossibilità di dividere in modo preciso gli ambiti di pertinenza, senza perdersi in operazioni prive di contatto con il reale, così come ci appare e come pervade la nostra quotidianità. Lo stesso è pensabile a livello di responsabilità sociale laddove le competenze di ciascuno non possono offrirsi come specialismi a sé stanti senza prestare il fianco alle, spesso legittime, lamentazioni dei cittadini verso le burocrazie e le inadempienze dei servizi socio-sanitari.

Ma cosa impedisce ai tecnici, in ancora troppe ed inaccettabili situazioni, di mettersi a disposizione della contaminazione dei saperi, senza tradire il loro mandato sociale, la loro identità professionale e l'appartenenza a servizi? Il composito percorso nazionale, ma anche quello di molti paesi, ha messo in evidenza che qualsiasi riforma psichiatrica non è riducibile ad esperienze maturate in un unico campo, ma come sia, a pieno titolo, figlia della complessità. Un percorso che fonda le sue radici anche nella ricerca di nuovi modi di immaginare, identificare, menzionare, significare i contesti che fino a molti anni fa riconducevano inequivocabilmente al pianeta dell'istituzione chiusa al mondo, alla comunità, agli sguardi degli altri, alla solidarietà e alla prossimità. L'orientamento avviato nei nuovi percorsi di cura è il tentativo di trovare nuove parole per la psichiatria a partire dalla messa tra parentesi della malattia (ma non della persona) sino ad arrivare a considerare la salute come un bene collettivo nella cui gestione ciascun membro della società deve essere coinvolto. La riforma delle parole supera molto di quello che era legato profondamente a giudizi di valore, del tipo normalità/anormalità, al linguaggio medico-scientifico regalando alla città il costituirsi dei servizi e la possibilità di rivendicare il diritto alla salute dei cittadini. La perdita di un'istituzione come quella manicomiale, totalizzante per chi era “dentro” (compresi medici ed infermieri), tranquillizzante per “il fuori”, ha lasciato ancora viva l'esigenza di entrata in campo del territorio e della città nella definizione di salute.

Concetti attuali come quello di salute e quello di sostenibilità ci guidano alla comprensione delle direzioni dell'agire; essi sono culturalmente determinati e socialmente costruiti, sebbene spesso vengano concepiti come se si riferissero a realtà inequivocabili ed immutabili. Quando però ci si domanda che cosa sia la salute e cosa sia la malattia, come realtà concrete in rapporto con la vita che viviamo, ci si rifà ancora ad una definizione ovvia che rende paradossale la domanda stessa, e cioè che la malattia è un non essere nella salute e che la salute è un non essere nella malattia.

Il dualismo culturale-scientifico è stato superato nelle formalizzazioni più recenti che riconoscono pari dignità alle due facce della medaglia; salute e malattia come *continuum* che riguarda il livello personale ed insieme delle persone-nella-società. Le persone e la salute hanno abbandonato nel nostro paese la solitudine del manicomio (ma purtroppo ancora presente in molti paesi) e sono stati incoraggiati a tornare nella comunità.

Ma questo non basta per scongiurare il rischio, soprattutto per chi soffre di disturbi psichiatrici, di essere posti al margine della società. Le costruzioni formali rispetto a questo passaggio sono state in alcuni casi troppo rapide rispetto alla costituzione di nuove pratiche psicosociali che potessero sostenere i cambiamenti fino a farli diventare realmente acquisiti. È necessario prendersi cura dei servizi sul territorio, rimodulando la loro funzione sulla base del potenziale creativo dell'esperienza e delle più recenti acquisizioni culturali. Il concetto di sostenibilità, ad esempio, ben traduce l'esigenza di servizi che si prendano cura della persona continuando a ricercare e a costruire le possibili soluzioni nel e con il contesto locale e ad investire su comunità capaci di incrementare la propria competenza nella cura del territorio. In questo senso la salute mentale è bene comune e al "prendersi cura" della persona nel territorio occorre affiancare un "prendersi cura" dei processi culturali in atto, delle politiche locali, dell' *empowerment* delle comunità attraverso la promozione di partecipazione civica. È, infatti, affrontando insieme i problemi che la comunità può nascere come un bene comune costituito dai cittadini stessi. La mobilitazione di utenti, operatori dei servizi, cittadinanza, famigliari, ad interrogarsi su come costruire reti ha già portato alla costituzione di risposte creative capaci di generare nuove connessioni.

Ma nonostante tutto non sembrano sufficienti a lasciare tracce durature per il consolidamento di sicure ed innovative pratiche sociali che riescano ad uscire dai microcontesti, in cui sono state sperimentate, per diventare esperienze trasferibili in contesti più ampi. In questo caso l'inevitabile e necessaria dialettica fra micro e macro sembra perdere di vitalità, gli schemi consueti di azione se pur logori ed inattuali sembrano rassicurare tutti. Rimane aperto il problema del consolidamento e della trasferibilità delle pratiche perché non si studiano a sufficienza i dispositivi organizzativi/sociali che le rendono possibili, perché spesso rimane vivo il timore di impoverirsi e di indebolire la propria identità nell'incontro con l'esperienza degli altri.

*"Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti"*

*Articolo 1*

*Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*

#### **4.3 PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI: ORGANIZZAZIONE DELLE NAZIONI UNITE E ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'**

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità e il Protocollo Opzionale sono stati approvati a New York il 13 dicembre 2006.

Questo Trattato è stato definito come una pietra miliare nell'approccio alle tematiche delle persone con disabilità, incluso coloro che hanno vissuto in prima persona difficoltà

di carattere psichico. Questo documento va nella direzione di un modello d'intervento di tipo sociale e riafferma che tutte le persone che presentano qualsiasi tipo di disabilità devono poter godere di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali così come tutte le altre persone. Nel 2001, l'Organizzazione Mondiale della Sanità segnalò che in tutto il mondo la salute mentale era una dimensione della salute totalmente negletta e richiamò tutti gli Stati ad uniformare i loro sistemi sanitari nazionali agli standard internazionali. L'OMS, inoltre, rivolgendosi alle Organizzazioni Non Governative affermò *“Le azioni di difesa sono un importante strumento per raggiungere un'adeguata consapevolezza in materia di salute mentale e far sì che sia sempre nell'agenda politica dei governi. Le ONG possono condurre a miglioramenti di policy, di legge e di sviluppo dei servizi”*

E' necessario che i Governi promuovano campagne d'informazione appropriata per contrastare gli stereotipi che ancora accompagnano e precedono la salute mentale.

Nel 2001 l'OMS, nel suo Rapporto annuale, raccomandava un accesso il più possibile diffuso e multicomprendivo delle terapie considerate essenziali in un moderno sistema di cura della salute mentale: psicoterapia, riabilitazione psicosociale, inserimenti lavorativi e riabilitazione occupazionale.

I servizi di base territoriali dovrebbero essere la prima opzione tra le risorse disponibili così come stabilito dalle buone pratiche internazionali e dagli standard sui diritti umani. Le cure e i trattamenti, salvo casi specifici e regolamentati dalla legge, non possono essere somministrati senza il consenso del paziente il quale deve essere informato che l'azione che si sta compiendo è compatibile con le opzioni di cura contingenti.

Il consenso informato deve essere formulato in assoluta libertà, senza minacce e dopo aver spiegato al paziente la possibilità di ottenere informazioni in un linguaggio comprensibile dal paziente stesso su:

- ipotesi diagnostica,
- gli obiettivi, il metodo di cura, la durata e gli attesi benefici del trattamento proposto,
- modalità alternative di trattamento, incluso quelle meno intrusive,
- eventuali effetti collaterali e disagi relativi al trattamento.

Gli stessi principi vanno rispettati anche nel caso di presenza di Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno.

Nel 2001, nel suo Rapporto *“Salute Mentale: Nuova Comprensione, Nuova Speranza”*, l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandò a tutti gli Stati di prendere serie e significative misure nell'area negletta della salute mentale. Per esempio, condurre un monitoraggio sulla salute mentale della popolazione e maggiori ricerche sugli aspetti biologici e psicosociali della salute mentale.

Il Rapporto evidenziava *“Tre Scenari per l'Azione”* in relazione ai bisogni e alle risorse degli Stati. Nello Scenario C, indirizzato ai paesi industrializzati con un relativo alto livello di risorse, le proposte includevano miglioramenti nella presa in carico e cura dei disturbi psichiatrici relativamente ai minori, sistemi di cura e trattamento individualizzati all'interno del territorio relativamente alle persone con gravi disturbi mentali, una copertura del 100% di servizi di *community care*, lo sviluppo di avanzati sistemi di monitoraggio della salute mentale, il lancio di campagne di informazione e sensibilizzazione, ecc. . Il 18 maggio 2001 l'Alto Commissario ONU per i Diritti Umani affermò *“ Le persone con limitazioni funzionali o disabilità sono particolarmente vulnerabili all'esclusione e alla marginalizzazione. A causa delle loro fisiche o mentali*



*limitazioni, queste persone sono frequentemente a rischio di veder negati o non rispettati i loro diritti.”*

Le Regole Standard sull'Uguaglianza delle Opportunità per le Persone con Disabilità delle Nazioni Unite affermano *“Gli Stati hanno l'obbligo di garantire alle persone con disabilità di esercitare i loro diritti, inclusi quelli umani, civili e politici così come a tutti gli altri cittadini”*. Questo significa che i servizi non devono solo essere resi accessibili ma bisogna consentire alle persone di accedervi.

Spesso le persone con disabilità sono escluse dallo sviluppo sociale. La discriminazione, *de jure e de facto*, nei confronti delle persone con disabilità ha una lunga storia e si sviluppa sotto varie forme (diniego di opportunità educative, isolamento, segregazione, ecc.). Le persone con disabilità devono partecipare pienamente ai processi di formulazione delle leggi e delle attuazioni che ne derivano. Ogni individuo ha diritto a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire, tenendo conto del genere, delle scelte di vita personali, nonché del livello di conoscenze scientifiche e dell'entità delle risorse dello Stato. Il diritto alla salute si articola nella libertà di controllare la propria salute ed il proprio corpo, nell'accesso all'assistenza sanitaria e alle cure mediche senza discriminazione e nel diritto a condizioni di vita salubri.

La Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali ha fornito un'interpretazione ampia del diritto alla salute, qualificandolo come “un diritto universale che non si riduce solo alla fornitura di prestazioni mediche appropriate e tempestive, ma richiede la disponibilità di fattori determinanti per la salute, quali l'accesso all'acqua potabile, a infrastrutture igienico-sanitarie idonee, a una quantità sufficiente di alimenti sani, ad un livello nutrizionale e d un alloggio adeguato, a condizioni igieniche di lavoro e ad un ambiente salubre, ad un'appropriata educazione e informazione alla salute in generale e su quella sessuale e riproduttiva in particolare. Un altro aspetto importante è la partecipazione della popolazione al processo decisionale in tema di sanità tanto a livello locale quanto nazionale e internazionale.

Secondo l'interpretazione fornita dalla ICESCR la tutela del diritto alla salute richiede:

- la disponibilità di strutture sanitarie adeguate e di personale dotato della necessaria formazione e di farmaci essenziali,
- l'accettabilità di strutture, beni e servizi sanitari che devono rispettare l'etica medica ed essere adeguati sul piano culturale, sensibili alle esigenze specifiche legate al genere e ai diversi momenti della vita della persona,
- la buona qualità, sotto il profilo scientifico e medico, di strutture, beni e servizi sanitari. In particolare è necessaria la presenza di personale medico qualificato, di farmaci regolarmente registrati e non scaduti, di attrezzature ospedaliere scientificamente approvate, di acqua pulita e di buone condizioni igieniche,
- l'accessibilità, sia materiale che economica, alle strutture, ai beni e ai servizi sanitari, alle informazioni sui problemi che riguardano la salute, senza alcuna discriminazione.

Il Relatore Speciale delle Nazioni Unite sul Diritto alla Salute ne ha ampliato la definizione includendovi la salute sessuale, riproduttiva e mentale. Queste persone, come già più volte sottolineato, spesso subiscono violazioni del diritto all'istruzione, al lavoro alla *privacy*, all'abitazione e, in generale, non riescono ad esercitare i propri diritti.

## CONCLUSIONI

Avvicinarmi alle conclusioni, consapevole del fatto che molto di ciò che ho trattato resterà sulla carta ancora per tanto tempo, non è facile. La ricerca bibliografica, la lettura di molti testi e documenti chiude (per il momento) un percorso iniziato nel 2008. E' in quel periodo che affiora per la prima volta l'idea di scrivere un libro sulla salute mentale in relazione ai diritti umani utilizzando come volano lo sguardo di Amnesty International e i documenti da essa prodotti. Questo testo rappresenta per me un sentiero che va ancora percorso e scoperto e gli interrogativi e le suggestioni messe in luce necessitano di ulteriori e continui approfondimenti. Io continuerò la mia ricerca di senso e di significato.

“Mettermi al lavoro” concretamente non è stato facile, anche perché non esiste molta letteratura specifica (e se esiste io non sono riuscito a trovarla). In tutti questi lunghi anni di lavoro ho ascoltato e accolto i silenzi, le grida, i deliri, la rabbia e le angosce di persone, famiglie, associazioni, colleghi, ecc. e sentivo la responsabilità di dover affrontare un argomento complesso e articolato. Ciò che alla fine mi ha guidato è stato volgere lo sguardo ai diritti umani come chiave di lettura per una patologia che apre differenti interrogativi di carattere sanitario, antropologico, sociale, educativo e pedagogico.

Seppur con qualche difficoltà, ho cercato di mantenere una sana curiosità e una sufficiente vicinanza con tutte le persone che ho incontrato. Ho sempre fatto fatica ad accettare la definizione di una diagnosi, pur comprendendo che a volte fornisce utili strumenti per l'individuazione di una terapia farmacologica, perché avevo la sensazione di essere complice del processo di disintegrazione psicotica e dell'unità della persona. In molte pagine di questo libro ho cercato di dimostrare come sia fondamentale esseri pronti a cogliere richieste d'aiuto, a promuovere emancipazione, a stimolare capacità compromesse, a raccogliere il dolore e il disagio, restituendo alle persone con patologia psichiatrica fiducia, ascolto, spazio e prossimità. Tutto questo non solo perché è riportato nei testi che ho attraversato e che viene sancito nei documenti internazionali solennemente sottoscritti da molti Stati ma anche perché appartiene alla mia storia professionale.

Ritengo che il tema della salute mentale si debba affrontare come una questione di rispetto dei diritti umani tenendo aperti terreni comuni di incontro tra tutti gli attori e le istituzioni in gioco, *in primis* le persone con patologia psichiatrica, allo scopo di trovare luoghi e momenti che permettano la conoscenza della malattia mentale, il riconoscimento della sua dimensione, la sua necessità di ottenere ascolto, la possibilità di evasione dal silenzio in cui è ancora in gran parte relegata. Conoscere la follia, allora, può significare accompagnarla, fornire risposte ai suoi bisogni, comprenderne le paure e le resistenze, valutarne le richieste. Significa predisporre progetti ed azioni attraverso i quali la persona sofferente possa sperimentare nuove modalità di interazione, scoprire i propri limiti e tentare di superarli. E' necessario essere pronti a

credere che in nessuna situazione o momento della vita ad alcuno sia preclusa l'influenza di una eventualità favorevole.

Credo che la complessità delle situazioni e delle relazioni umane non consentano soluzioni date ma richiedano impegno, passione, intenzionalità, rispetto, giustizia, formazione ed autoformazione. Le molte esperienze innovative, non solo italiane ma anche internazionali, dimostrano che è *possibile* sostenere la salute mentale in un processo non privilegiato (ed isolato) rispetto alla salute della comunità. La salute mentale, attraverso i suoi rappresentanti, ha mostrato che ha molto da offrire alla propria comunità di appartenenza e alla società in termini di soggettività e tensione vitale. Lo sforzo comune deve essere quello di vivere con dignità una cittadinanza attiva. Di vivere la possibilità.

E alla fine vi racconto una storia...

*Cara mamma finalmente posso scriverti...c'è voluto un po' per imparare a scrivere. Volevo che tu sapessi che sto molto bene adesso. Vivo a Bouakè...sono passati 5 anni dall'ultima volta che ci siamo visti, dall'ultima volta che mi hai portato da mangiare vicino al grande albero. Mi dispiace, non volevo farti preoccupare, non volevo sparire così...chissà cosa avete pensato quando avete visto la catena spezzata. Questa lettera te la scrivo per raccontarti cosa è successo quella sera di 5 anni fa. A me sembrava una sera come le altre, me ne stavo seduto vicino al grande albero, con la catena al collo, sperando che la notte non fosse troppo fredda. Era quasi un anno che stavo incatenato al grande albero, per colpa di Youda. Quando scopriste che parlavo con lui vi spaventaste così tanto, dicevate che Youda non esisteva, che io parlavo con l'aria, che parlavo col niente, che il mio amico era solo un'allucinazione. Io ero molto triste perché voi non potevate vederlo, non potevate parlare con lui e ridere con lui come facevo io, ma non pensavo che vi sareste arrabbiati così tanto. Youda non faceva male a nessuno, eravamo buoni amici e parlavamo, stavamo sempre insieme, lui mi faceva compagnia durante il lavoro nei campi, aveva sempre qualche storia da raccontare o una canzone per tirarmi su. Quando andavamo a pescare, invece, faceva sempre silenzio per non spaventare i pesci ma lui era sempre lì con me, non mi lasciava mai solo.*

*Con Youda non ero mai triste, non capisco perché avevate tanta paura di lui...io lo so che tu non volevi incatenarmi a quell'albero ma il capo villaggio non voleva sentire ragioni. Diceva che Youda era uno spirito malvagio, che io ero maledetto e che ero pericoloso per il villaggio, avrei potuto fare del male a qualcuno o trasmettere la mia maledizione agli altri. Tu e papà avevate tanta vergogna di me, le altre famiglie non ci avrebbero accettati più, vi capisco, perciò non sono arrabbiato con voi...non ho urlato, non ho pianto, non ho detto una parola mentre mi portavano al grande albero, nella foresta fuori dal villaggio. La colpa non era vostra anche se non capivo come poteva essere mia o di Youda. Non è stato facile vivere legato al grande albero. La catena era corta, potevo muovermi poco e così con il passar del tempo diventai sempre più debole, stavo sempre seduto o disteso sulla terra e anche se provavo a raccogliere le foglie per dormirci sopra, era così scomodo che poi le ossa mi facevano male...il cibo che mi portavi era buono ma qualche volta non venivi per due o tre giorni...lo so che era difficile prepararlo, fare quel cammino tutti i giorni, con tutto il lavoro che c'era da fare al villaggio...Ti ricordi che quando venivi a trovarmi io non urlavo, non facevo nulla di male...io ti sorridevo sempre ed ero tanto contento di vederti.*

*Tutto mi faceva paura quando ero legato al grande albero, non soltanto gli animali selvatici e la fame. Avevo paura del vento quando fischiava forte, avevo paura della pioggia quando cadeva fitta, avevo paura delle nuvole quando non mi facevano vedere la luna, avevo paura di vedere le mie gambe e le mie braccia sempre più magre, avevo paura di vedere le mie ossa sotto la pelle, avevo paura degli spiriti ma avevo paura anche delle persone. Avevo paura anche dei ragazzini che mi si avvicinavano nascondendosi dietro qualche cespuglio bisbigliando preoccupati...ma appena riprendevano i loro coraggio, sbucavano tutti insieme da dietro i cespugli con una pietra in mano e me la lanciavano contro...le pietre non mi colpivano spesso ma io avevo paura lo stesso. Per avere meno paura raccolsi una pietra, tra quelle che mi avevano lanciato ed erano cadute vicino all'albero. Non l'ho mai tirata, però, quella pietra.....l'ho tenuta stretta nella mia mano per giorni, per settimane, mesi senza mai lanciarla...La tenevo stretta nella mano anche quando è arrivato Grégoire...stavo quasi per addormentarmi quando sentii una voce chiamare il mio nome, Ahmadou...adesso cerco di aprire la catena....Aveva saputo della mia storia da un uomo del mio villaggio e disse che era venuto per liberarmi e per portarmi in un posto migliore...*

#### QUESTA E' UNA STORIA VERA

Grégoire esiste davvero: è originario del Benin e agli inizi degli anni '70 si era trasferito in Costa d'Avorio con tutta la sua famiglia per lavorare. Riuscì a diventare piuttosto ricco ma in poco tempo sperperò tutto. Fu sull'orlo del suicidio per il senso di colpa di non aver saputo meritare la fortuna che si era costruito. Si avvicinò alla religione e nel 1982 un prete gli propose un viaggio a Gerusalemme. Ritornato in Costa d'Avorio iniziò a frequentare l'ospedale di Bouakè dove portò assistenza ai malati che non avevano famiglia e non potevano curarsi. Nel 1993 si getta anima e corpo in un'attività che pochi o nessuno prima di lui avevano intrapreso: riabilitare i malati di mente della Costa d'Avorio. In molti paesi africani le persone affette di disagio psichico sono viste come esseri subumani, colpiti da una maledizione o posseduti da qualche spirito malefico. Per questo nessuno li vuole.

Grégoire inizia a girare per i villaggi e scopre che migliaia di malati sono legati agli alberi in mezzo ai campi, incatenati nei cortili. Molti vivono in quelle condizioni da anni. Dormono sui propri escrementi, mangiano avanzi di cibo, mentre sciame di insetti li tormentano. Abbandono, sporcizia, monsoni e un sole impietoso hanno tolto loro l'ultimo barlume di umanità. Le famiglie non sanno cosa fare e spesso si affidano a pratiche di stregoneria. Con il tempo Grégoire diventa famoso ed ottiene un'ala dell'ospedale di Bouakè dove dare accoglienza ai malati che raccoglie nelle strade o che libera dalle catene. Più dell'80% dei malati da lui riabilitati sono ritornati nei villaggi d'origine e sono stati in grado di condurre la loro esistenza in modo più autonomo. Molti di loro hanno perfino trovato lavoro. Ha fondato l'Associazione Saint Camille che oggi si occupa di dieci centri per il recupero, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo delle persone affette da disagio psichico.

Ha aperto un ospedale di medicina generale per le persone povere della città di Bouakè dove possono essere effettuate anche visite psichiatriche. Nel 1998 ha ricevuto, a Trieste, il Premio Internazionale Franco Basaglia.

Per oltre 50 anni Amnesty International ha continuato a raccontare le storie di persone e, questa che avete appena letto è una di queste, di tutti coloro che sono dimenticati

con la certezza che solo il rispetto dei diritti umani è la strada per la costruzione di un mondo migliore.

*“Ognuno ha diritto al più elevato livello standard possibile di salute fisica e mentale”*

*Articolo 12*

*Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali*

## GLOSSARIO DELLA QUALITÀ IN SANITÀ

Sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista valoriale, è ormai ineludibile per i servizi sanitari prendere in considerazione il problema della qualità. Si forniscono qui di seguito alcune definizioni dei termini usati per la qualità e la sua valutazione. La salute è un bene irrinunciabile e ogni trattamento è un prodotto unico valutabile solo nel momento in cui lo si attua. Soprattutto in psichiatria è cruciale la circolazione di emozioni e relazioni tra operatori e pazienti.

**ACCESSIBILITA'**: possibilità per l'utente di fruire del servizio offerto (tempestività della risposta, costi diretti e indiretti, raggiungibilità del servizio, immagine del servizio).

**ACCETTABILITA'**: la possibilità che la cura venga accettata e quindi effettuata da un utente. L'accettabilità è legata alla particolare condizione fisica, psicologica o contestuale in cui quell'utente si trova in quel momento.

**APPROPRIATEZZA**: l'erogazione di un trattamento solo a coloro che ne hanno bisogno e che possono giovarsene e non ad altri.

**CICLO DELLA QUALITÀ'**: il circuito "pensiero-azione-pensiero" sintetizzato nell'acronimo PDCA, ovvero PLAN (pianificare) - DO (fare) - CHECK (valutare ciò che si è fatto) - ACT (agire in base a ciò che si è capito e si può migliorare) e riprendere a pianificare.

**EFFICACIA PRATICA (*Effectivness*)**: fare ciò che nella situazione concreta e nel contesto in cui ci si trova ad operare si ritiene utile per perseguire il risultato atteso.

**EFFICACIA TEORICA (*Efficacy*)**: fare ciò che è teoricamente utile per perseguire il risultato atteso.

**EFFICIENZA**: perseguire il risultato atteso con il minor dispendio di risorse.

**ESITO (o *outcome*)**: il risultato che si ottiene o che si vuole ottenere (es. in particolare l'assunzione di un farmaco, la risoluzione sintomatologica, la consapevolezza o, in generale, la guarigione clinica, la qualità della vita, il miglioramento delle relazioni).

**INDICATORE**: informazione che si ritiene adeguata e rilevabile al fine di descrivere il requisito in termini numerici (es. il maggior numero possibile di utenti devono essere informati sugli effetti collaterali delle terapie al momento della prescrizione).

**LINEA GUIDA**: procedura fondata scientificamente sulla base di ricerche o del consenso di esperti volta a uniformare e efficacemente orientare la diagnosi o il trattamento di una condizione clinica (es. linea guida per la diagnosi e il trattamento di un trauma cranico, per la riabilitazione nella schizofrenia, per il trattamento farmacologico della psicosi acuta).

**MCQ (Miglioramento Continuo di Qualità)**: processo e impegno continuo a tenere sotto controllo e a migliorare sia i processi che gli esiti.

**PROCEDURA**: indicazione scritta in un apposito documento tesa a uniformare il comportamento da tenersi in una data circostanza (es. procedura per la gestione di un utente aggressivo, procedura per l'accoglimento, l'informazione e l'inserimento di un nuovo dipendente, linea guida per il trattamento farmacologico della psicosi acuta).

**PROCESSO:** il modo in cui il lavoro viene organizzato (es. le modalità della prima visita o del ricovero, i profili di cura, le microequipe sul caso, l'informazione al paziente e il suo coinvolgimento).

**PROTOCOLLO:** documento programmatico per l'effettuazione di una indagine (es. protocollo per la valutazione della *compliance* di un farmaco o di una tipologia di utenti) o per stabilire un accordo tra due servizi rispetto ad una area procedurale comune (es. protocollo di collaborazione tra CPS e SERT o tra DSM e medicina di base per i TSO).

**QUALITA':** la qualità della cura è data dalla misura in cui gli interventi sanitari prestati aumentano la probabilità di ottenere i risultati attesi a livello individuale o di popolazione secondo le possibilità offerte dalle conoscenze disponibili e all'interno dei vincoli rappresentati dalle risorse disponibili.

**QA (*Quality Assurance*):** concetto obsoleto che definiva la assicurazione o garanzia rispetto alla qualità di un certo prodotto, in sanità si parlava di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) per indicare quello che sarebbe poi diventato l' MCQ.

**REQUISITO** (o criterio): caratteristica o aspetto da prendere in considerazione per valutare la qualità osservata rispetto quella desiderata (es. l'utente dovrebbe essere coinvolto nel trattamento).

**STANDARD:** valore numerico dell'indicatore che esprime la qualità desiderata (es. almeno il 50 % degli utenti al momento della prescrizione deve ricevere informazioni sugli effetti collaterali).

**STRUTTURA:** il contesto in cui si opera e le sue caratteristiche (es. il CPS o il SPDC in termini di ambienti, personale e altre risorse).

**TQ (*Total Quality*):** qualità dei processi e degli esiti anche in termini di soddisfazione e di partecipazione al MCQ da parte dei clienti, della società e dei componenti aziendali.

**TQM (*Total Quality Management*):** gestione e miglioramento continuo della qualità nel suo complesso di processi, esiti, partecipazione e soddisfazione dell'utenza, ma anche rispetto alla gestione e al miglioramento dello stesso processo di MCQ.

**VALUTAZIONE:** attività di comparazione tra la qualità che si osserva e la qualità che si vorrebbe osservare, ovvero dell'oggetto e del fenomeno che si osserva rispetto a requisiti, criteri, indicatori e standard che sono predefiniti. L'oggetto o il fenomeno osservato è collocabile in una di queste tre aree: struttura, processo, esito.

## RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia per la traduzione di alcuni documenti Eliana Montonati e Miriam Arensi per avermi supportato nella faticosa ricerca dei documenti prodotti da Amnesty International (ambidue sono membri attivi del Gruppo 11).

Un ringraziamento speciale è dedicato alla collega Ines Marroccoli – Coordinatrice Infermieristica del Centro Psico Sociale di zona 4 – che ha letto e riletto il libro fornendomi utili *feedback*, suggestioni e interrogativi pertinenti, oltre a “soportarmi” e supportarmi nell’ideazione di progetti, pratiche e azioni innovative.

A Chiara Crepaldi va il mio sentito ringraziamento per aver voluto condividere con me le sue idee, la sua competenza sociologica e per aver partecipato alle prime correzioni delle bozze.

A Silvana Benaglia un riconoscimento speciale per aver voluto sostenere questo progetto.

Andrea C., è una persona che conosco da molti anni e con il quale abbiamo percorso un lungo cammino fatto di scoperte, fatiche, ironie e condivisioni. Sono contento di averlo incontrato e che abbia accettato di voler dedicare una parte del suo tempo a scrivere l’introduzione.

A Ornella Turrini della Sez. Italiana di A.I. sono grato per l’efficienza con la quale ha risposto alle mie richieste di aiuto.

Per la stesura di questo libro mi sono avvalso anche di una parte dell’intervento (pedagogico/antropologico) realizzato dal Prof. C. M. Mozzanica durante la Giornata di Studio dal titolo “*La cittadinanza della mente*” a novembre 2009 dove ambedue eravamo relatori. La sua capacità di suscitare interrogativi, mettere a soqquadro le parole e aprire nuovi scenari mi stimola costantemente e spesso mi piacerebbe poter dire e scrivere alla sua maniera.

A Giovanna Favilla, che ha creduto in questo progetto sin dall’inizio e ha condiviso con me lunghe telefonate e chiacchierate sui punti centrali di questo testo, va tutta la mia stima e gratitudine (è responsabile del gruppo 11 di Amnesty International).

A mia sorella Franca per aver realizzato le correzioni dell’ultima ora.



## BIBLIOGRAFIA

1. Action Briefing, Mental Health Policy, A.I. Irish Section, 2006
2. A.I. Index: ACT 75/08/90
3. AI Index: ACT 75/01/89
4. A.I. Index: ASA 17/44/93
5. A.I. Index: ASA 22/005/2009
6. A.I. Index: EUR 61/04/94
7. A.I. Index: EUR 02/001/2005
8. A.I. Index: EUR 39/003/2005
9. A.I. Index: EUR 15/008/2002
10. A.I. Index: EUR 15/007/2002
11. A.I. Index: EUR 15/004/2002
12. A.I. Index: EUR 15/005/2002
13. A.I. Index: EUR 15/002/2001
14. A.I. Index: EUR 15/002/2002
15. A.I. Index: EUR 46/01/2002
16. A.I. Index: EUR 61/001/2009
17. A.I. Index: MDE 13/007/2001
18. A.I. Index: MDE 17/001/2008
19. A.I. Sezione Irlandese, Report "*Mental illness: the Neglected Quarter*", febbraio, 2003
20. A.I. Sezione Italiana, *Storie che cambiano il mondo*, EGA Editore
21. Amnesty International, *Mai più! Fermiamo la violenza sulle donne*, EGA Editore, Torino, 2004
22. Amnesty International, *Storie che cambiano il mondo*, EGA Editore, Torino, 2008
23. Augè M., *Non luoghi. Introduzione ad una Antropologia della Surmodernità*, Eleuthera Milano, 1996
24. Benaysag M., Schimt G., *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano, 2004
25. Borgna E., *Le emozioni ferite*, Feltrinelli, Milano 2009
26. Bonaventura S., *Educare la follia: una sfida possibile*, tesi di laurea CdL  
5 Educazione Professionale, Università degli Studi di Milano, a.a. 2008/09
27. CESCR, *The right to health*, osservazione generale n. 14, UN doc. E/C/.12/2000/4
28. Dichiarazione UN WGDA sulla Detenzione Arbitraria – Missione i Italia 3 – 14 novembre 2008,
29. Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 2006
30. Khan I., *Prigionieri della povertà*, Mondadori, Milano, 2010
31. Lyotard J.-F., *La condizione postmoderna*, Feltrinelli, Milano, 1981
32. Mental Health E-Bulletin Issue, 1 Jan/Feb 2009, A. I., Irish Section,
33. Mozzanica C.M., *Pedagogia della/e fragilità*, La Scuola Brescia, 2005
34. OMS, *World Health Report*, 2001
35. Rapporto Annuale di A.I. , Sezione Italiana, 2008

36. Rapporto del Relatore Speciale sul Diritto alla salute, UN Doc. E/CN.4/2005/51
37. S.E. Card Scola A., *Il potere della speranza, sorgente di forza e di salute per la persona*, messaggio per la 20ma Giornata Mondiale della Salute Mentale, 10/10/2009
38. S.E. Card Tettamanzi D., *Crisi economica, salute mentale e comunità cristiana*, messaggio per la 17ma Giornata Mondiale della Salute Mentale, 10/10/2012
39. Sontag S., *Malattia come metafora, Cancro e AIDS*, Mondadori, Milano, 2002
40. Straticò E. e Mencacci C., *L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori*, CIC Ediz. Intern, Roma, 2008
41. The neglected quarter full report 2003, A.I. Irish Section
42. The World Health Report 2001, "*Mental Health: New Understanding, New Hope*"
43. Tibaldi G. & D'Avanzo B., *Il diritto alle seconde occasioni*, in Steele K. & Berman C. "E venne il giorno che le voci tacquero. Un viaggio nella follia e nella speranza, Mimesis, Milano, 2005

### **Sitografia:**

1. A.I. Ireland – Mental Health Network Mr Barry Johnston, First Floor, Ballast House, Westmoreland Street, Dublin 2 - Ireland
2. [Bjohnston@amnesty.ie](mailto:Bjohnston@amnesty.ie)
3. [www.amnesty.ie](http://www.amnesty.ie) – Sito della Sezione Irlandese di A.I.
4. [www.un.org](http://www.un.org) – Sito ufficiale delle Nazioni Unite
5. [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org) - Sito del Segretariato Internazionale di A.I.
6. [www.humanrightsfirst.org](http://www.humanrightsfirst.org) - Sito dell' Org. Intern. Human Rights First
7. [www.wma.net](http://www.wma.net) – Sito di World Medical Association

Amnesty International - Sezione Italiana

Via Magenta, 5

00185 Roma

telefono: 06.44.901

fax: 06.44.90.22

[www.amnesty.it](http://www.amnesty.it)

[info@amnesty.it](mailto:info@amnesty.it)

C.F. 03031110582

Indirizzo Amnesty International - Circoscrizione Lombardia

da lunedì a venerdì dalle 15,00 alle 18,00

Corso Magenta, 57 - 20121 Milano

Telefono: 02.48.11.06.36 – 02.43.98.16.90 fax: 02.87.81.76

[a.i.lombardia@amnesty.it](mailto:a.i.lombardia@amnesty.it)

## DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI UMANI<sup>11</sup>

L'Italia si è inserita nel sistema di protezione dei diritti umani gestito dall'ONU quando ne era già stato delineato il quadro di riferimento. Il nostro Paese non ha infatti preso parte all'elaborazione della Carta delle Nazioni Unite, firmata a San Francisco il 26 giugno 1945, né era membro dell'Organizzazione quando è stata adottata, nel 1948, la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. L'Italia ha ratificato la sua adesione con la legge n. 848 del 17 agosto 1957.

Il 10 dicembre 1948, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato e proclamato la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, il cui testo completo è riportato di seguito. Dopo questa solenne deliberazione, l'Assemblea delle Nazioni Unite diede istruzioni al Segretario Generale di provvedere a diffondere ampiamente questa Dichiarazione e, a tal fine, di pubblicarne e distribuirne il testo non soltanto nelle cinque lingue ufficiali dell'Organizzazione internazionale, ma anche in quante altre lingue fosse possibile usando ogni mezzo a sua disposizione. Il testo ufficiale della Dichiarazione è disponibile nelle lingue ufficiali delle Nazioni Unite, cioè cinese, francese, inglese, russo e spagnolo.

### **Preambolo**

Considerando che il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti eguali e inalienabili costituisce il fondamento della libertà, della pace e della giustizia nel mondo;

Considerando che il non riconoscimento e il disprezzo dei diritti dell'uomo hanno condotto ad atti di barbarie che offendono la coscienza dell'umanità e che l'avvento di un mondo in cui gli esseri umani saranno liberi di parlare e di credere, liberati dal terrore e dalla miseria, è stato proclamato come l'aspirazione più alta dell'uomo;

Considerando che i diritti dell'uomo siano protetti da un regime di diritto per cui l'uomo non sia mai costretto, in supremo ricorso, alla rivolta contro la tirannia e l'oppressione;

Considerando che è indispensabile promuovere lo sviluppo di rapporti amichevoli tra le Nazioni;

Considerando che nella Carta dei popoli le Nazioni Unite hanno proclamato di nuovo la loro fede nei diritti fondamentali dell'uomo, nella dignità e nel valore della persona umana, nell'uguaglianza dei diritti degli uomini e delle donne, e che si sono dichiarati decisi a favorire il progresso sociale e a instaurare le migliori condizioni di vita nella libertà più grande;

Considerando che gli Stati-Membri si sono impegnati ad assicurare, in cooperazione con l'Organizzazione delle Nazioni Unite, il rispetto universale ed effettivo dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali;

Considerando che una concezione comune di questi diritti di libertà è della massima importanza per assolvere pienamente a tale impegno.

L'Assemblea generale proclama la presente Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo come l'ideale comune da raggiungere da tutti i popoli e da tutte le nazioni affinché tutti gli individui e tutti gli organi della società, tenendo sempre presente allo spirito tale

---

<sup>11</sup> Approvata dall'assemblea delle Nazioni Unite il 10 dicembre del 1948

dichiarazione, si sforzino, attraverso l'insegnamento e l'educazione, di sviluppare il rispetto di tali diritti e libertà e di assicurarne, attraverso misure progressive di ordine nazionale e internazionale, il riconoscimento e la applicazione universale ed effettiva, sia fra le popolazioni degli Stati-Membri stessi, sia fra quelle dei territori riposti sotto la loro giurisdizione.

### **Articolo 1**

Tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti. Sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire in uno spirito di fraternità vicendevole.

### **Articolo 2**

Ognuno può valersi di tutti i diritti e di tutte le libertà proclamate nella presente dichiarazione, senza alcuna distinzione di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, d'opinione politica e di qualsiasi altra opinione, d'origine nazionale o sociale, che derivi da fortuna, nascita o da qualsiasi altra situazione. Inoltre non si farà alcuna distinzione basata sullo statuto politico, amministrativo o internazionale del paese o del territorio a cui una persona appartiene, sia detto territorio indipendente, sotto tutela o non autonomo, o subisca qualunque altra limitazione di sovranità.

### **Articolo 3**

Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della sua persona.

### **Articolo 4**

Nessuno potrà essere tenuto in schiavitù né in servitù; la schiavitù e la tratta degli schiavi sono proibiti in tutte le loro forme.

### **Articolo 5**

Nessuno sarà sottoposto a tortura né a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti.

### **Articolo 6**

Ognuno ha diritto al riconoscimento della propria personalità giuridica, in ogni luogo.

### **Articolo 7**

Tutti sono uguali di fronte alla legge ed hanno diritto - senza distinzione - ad un'eguale protezione contro qualsiasi provocazione ad una simile discriminazione.

### **Articolo 8**

Ogni persona ha diritto ad un ricorso effettivo davanti alle competenti giurisdizioni nazionali contro atti che violano i diritti fondamentali riconosciuti dalla Costituzione o dalla legge.

### **Articolo 9**

Nessuno può arbitrariamente essere arrestato, detenuto né esiliato.

### **Articolo 10**

Ogni persona ha diritto - in piena eguaglianza - a che la sua causa sia ascoltata equamente e pubblicamente da un tribunale indipendente e imparziale, che deciderà sia dei suoi diritti e dei suoi obblighi, sia del fondamento di qualunque accusa in materia penale, rivolta contro di essa.

### **Articolo 11**

1) Ogni persona accusata di un reato è presunta innocente fino a che la sua colpevolezza sia stata legalmente stabilita nel corso di un processo pubblico, in cui tutte le garanzie necessarie alla sua difesa le siano state assicurate;

2) Nessuno verrà condannato per azioni o omissioni, che al momento in cui sono state commesse non costituiscono reato in base al diritto nazionale o internazionale. Parimenti non sarà inflitta alcuna pena più forte di quella che era praticata al momento in cui il reato

è stato commesso.

#### **Articolo 12**

Nessuno sarà oggetto di ingerenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nel suo domicilio o nella sua corrispondenza, né di lesioni al suo onore ed alla sua reputazione. Ogni persona ha diritto alla protezione della legge contro simili ingerenze e lesioni.

#### **Articolo 13**

- 1) Ogni persona ha diritto di circolare liberamente e di scegliere la propria residenza entro i confini di uno Stato;
- 2) Ogni persona ha diritto di abbandonare qualsiasi paese, compreso il proprio, e di rientrare nel proprio paese.

#### **Articolo 14**

- 1) Di fronte alla persecuzione ogni persona ha diritto di cercare asilo e di beneficiare dell'esilio in altri paesi;
- 2) Tale diritto non si può invocare in caso di persecuzione realmente fondata su un reato di diritto comune o su azioni contrarie ai principi e agli scopi delle Nazioni Unite.

#### **Articolo 15**

- 1) Ogni individuo ha diritto ad una nazionalità;
- 2) Nessuno può arbitrariamente venir privato né della propria nazionalità né del diritto di cambiare nazionalità.

#### **Articolo 16**

- 1) Raggiunta l'età nubile, l'uomo e la donna, senza restrizione di sorta per ciò che riguarda la razza, la nazionalità o la religione, hanno diritto di sposarsi e di fondare una famiglia. Hanno pari diritti riguardo al matrimonio, durante il matrimonio e al momento del suo scioglimento;
- 2) Il matrimonio non si può concludere che con il pieno e libero consenso dei futuri sposi;
- 3) La famiglia è l'elemento naturale e fondamentale della società e ha diritto alla protezione della società e dello Stato.

#### **Articolo 17**

- 1) Ogni persona, tanto sola quanto in collettività, ha diritto alla proprietà;
- 2) Nessuno può arbitrariamente esser privato della sua proprietà.

#### **Articolo 18**

Ogni persona ha diritto alla libertà di cambiare religione, come pure di manifestare la propria religione o convinzione sola o in comune, in pubblico o in privato, con l'insegnamento, le pratiche, il culto e la celebrazione dei riti.

#### **Articolo 19**

Ogni individuo ha diritto alla libertà d'opinione e d'espressione, il che implica il diritto di non venir disturbato a causa delle proprie opinioni e quello di cercare, ricevere e diffondere con qualunque mezzo di espressione, senza considerazione di frontiere, le informazioni e le idee.

#### **Articolo 20**

- 1) Ogni persona ha il diritto alla libertà di riunione e di associazione pacifica;
- 2) Nessuno può essere costretto a far parte di una associazione.

#### **Articolo 21**

- 1) Ogni persona ha diritto di partecipare alla direzione degli affari pubblici del suo paese, sia direttamente, sia attraverso rappresentanti liberamente eletti;

2) Ogni persona ha diritto ad accedere, in condizioni di uguaglianza, alle cariche pubbliche del proprio paese;

3) La volontà del popolo è il fondamento dell'autorità dei poteri pubblici; questa volontà dev'essere espressa con elezioni serie, che devono aver luogo periodicamente, a suffragio universale uguale e con voto segreto o seguendo una procedura equivalente, che garantisca la libertà del voto.

#### **Articolo 22**

Ogni persona, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale; ha la facoltà di ottenere soddisfazioni dei diritti economici, sociali e culturali indispensabili alla sua dignità e al libero sviluppo della sua personalità, grazie allo sforzo nazionale ed alla cooperazione internazionale, tenuto conto dell'organizzazione e delle risorse dei singoli paesi.

#### **Articolo 23**

1) Ogni persona ha diritto al lavoro, alla libera scelta del suo lavoro, a condizioni eque e soddisfacenti di lavoro e alla protezione contro la disoccupazione;

2) Tutti hanno diritto, senza discriminazione, ad un salario uguale per lavoro uguale;

3) Chi lavora ha diritto ad una remunerazione equa e soddisfacente, che assicuri a lui ed alla sua famiglia un'esistenza conforme alla dignità umana e integrata, se opportuno, da ogni altro mezzo di protezione sociale;

4) Ogni persona ha diritto di fondare con altri dei sindacati e affiliarsi a dei sindacati per la difesa dei suoi interessi.

#### **Articolo 24**

Ogni persona ha diritto al riposo e allo svago, in particolare ad una ragionevole limitazione della durata del lavoro ed a vacanze periodiche pagate.

#### **Articolo 25**

1) Ogni persona ha diritto ad un livello di vita sufficiente ad assicurare la salute e il benessere suo e della sua famiglia, specialmente per quanto concerne l'alimentazione, l'abbigliamento, l'alloggio, le cure mediche e i servizi sociali necessari; ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, di malattia, d'invalidità, di vedovanza, o negli altri casi di perdita dei propri mezzi di sussistenza in seguito a circostanze indipendenti dalla sua volontà;

2) La maternità e l'infanzia hanno diritto ad un aiuto e ad un'assistenza speciali. Tutti i bambini, nati sia nel matrimonio sia fuori del matrimonio, godono della medesima protezione sociale.

#### **Articolo 26**

1) Ogni persona ha diritto alla educazione. Essa dev'essere gratuita, almeno per quanto riguarda l'insegnamento elementare e fondamentale. L'insegnamento elementare è obbligatorio. L'insegnamento tecnico e professionale deve essere diffuso. L'accesso agli studi superiori deve essere aperto a tutti, in piena uguaglianza, in base ai meriti;

2) L'educazione deve mirare al pieno sviluppo della personalità umana e al rafforzamento del rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali. Essa deve favorire la comprensione, la tolleranza e l'amicizia tra tutte le Nazioni e tutti i gruppi razziali o religiosi, come pure lo sviluppo delle attività delle Nazioni Unite per il mantenimento della pace;

3) I genitori hanno in primo luogo il diritto di scegliere il genere di educazione da impartire ai loro figli.

**Articolo 27**

- 1) Ogni persona ha il diritto di partecipare liberamente alla vita culturale della comunità, di godere delle arti e di partecipare al progresso scientifico e ai benefici che ne risultano;
- 2) Ognuno ha diritto alla protezione degli interessi morali e materiali derivanti da ogni produzione scientifica, letteraria o artistica di cui è autore.

**Articolo 28**

Ogni persona ha diritto a che, sul piano sociale e su quello internazionale, regni un ordine tale che i diritti e le libertà enunciate nella presente Dichiarazione possano trovarvi pieno sviluppo.

**Articolo 29**

- 1) L'individuo ha dei doveri nei confronti della comunità, nella quale è possibile il libero e pieno sviluppo della sua personalità;
- 2) Nell'esercizio dei suoi diritti e nel godimento delle sue libertà ognuno è soggetto unicamente alle limitazioni stabilite dalla legge, esclusivamente allo scopo di assicurare il riconoscimento ed il rispetto dei diritti e delle libertà altrui e di soddisfare alle giuste esigenze della morale, dell'ordine pubblico e del benessere generale in una società democratica;
- 3) Tali diritti e libertà non potranno in alcun caso esercitarsi in opposizione agli scopi e ai principi delle Nazioni Unite.

**Articolo 30**

Nessuna disposizione della presente Dichiarazione può essere interpretata come implicante, per uno Stato, un gruppo o un individuo, un qualsiasi diritto di dedicarsi ad una attività o di compiere un'azione mirante alla distruzione dei diritti e delle libertà qui enunciate.

## **IL PATTO INTERNAZIONALE SUI DIRITTI ECONOMICI, SOCIALI E CULTURALI<sup>12</sup>**

### **PREAMBOLO**

Gli Stati Parti del presente Patto,

Considerando che, in conformità ai principi enunciati nello Statuto delle Nazioni Unite, il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali e inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo;

Riconosciuto che questi diritti derivano dalla dignità inerente alla persona umana;

Riconosciuto che, in conformità alla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, l'ideale dell'essere umano libero, che goda della libertà dal timore e dalla miseria, può essere conseguito soltanto se vengono create condizioni le quali permettano ad ognuno di godere dei propri diritti economici, sociali e culturali, nonché dei propri diritti civili e politici;

Considerato che lo Statuto delle Nazioni Unite impone agli Stati l'obbligo di promuovere il rispetto e l'osservanza universale dei diritti e delle libertà dell'uomo;

Considerato infine che l'individuo, in quanto ha dei doveri verso gli altri e verso la collettività alla quale appartiene, è tenuto a sforzarsi di promuovere e di rispettare i diritti riconosciuti nel presente Patto;

Hanno convenuto quanto segue:

### **PARTE I**

#### **Articolo 1.**

1. Tutti i popoli hanno il diritto di autodeterminazione. In virtù di questo diritto, essi decidono liberamente del loro statuto politico e perseguono liberamente il loro sviluppo economico, sociale e culturale.

2. Per raggiungere i loro fini, tutti i popoli possono disporre liberamente delle proprie ricchezze e delle proprie risorse naturali, senza pregiudizio degli obblighi derivanti dalla cooperazione economica internazionale, fondata sul principio del mutuo interesse, e dal diritto internazionale. In nessun caso un popolo può essere privato dei propri mezzi di sussistenza.

3. Gli Stati Parti del presente Patto, ivi compresi quelli che sono responsabili dell'amministrazione di territori non autonomi e di territori in amministrazione fiduciaria, debbono promuovere l'attuazione del diritto di autodeterminazione dei popoli e rispettare tale diritto, in conformità alle disposizioni dello Statuto delle Nazioni Unite.

### **PARTE II**

#### **Articolo 2.**

1. Ciascuno degli Stati Parti del presente Patto si impegna ad operare, sia individualmente sia attraverso l'assistenza e la cooperazione internazionale,

---

<sup>12</sup> L'Italia ha ratificato il presente Patto, aperto alla firma a New York il 16 dicembre 1966, con la legge 25.10.1977 n° 881.



specialmente nel campo economico e tecnico, con il massimo delle risorse di cui dispone al fine di assicurare progressivamente con tutti i mezzi appropriati, compresa in particolare l'adozione di misure legislative, la piena attuazione dei diritti riconosciuti nel presente Patto.

2. Gli Stati Parti del presente Patto si impegnano a garantire che i diritti in esso enunciati verranno esercitati senza discriminazione alcuna, sia essa fondata sulla razza, il colore, il sesso, la lingua, la religione, l'opinione politica o qualsiasi altra opinione, l'origine nazionale o sociale, la condizione economica, la nascita o qualsiasi altra condizione.

3. I paesi in via di sviluppo, tenuto il debito conto dei diritti dell'uomo e delle rispettive economie nazionali, possono determinare in quale misura essi garantiranno a individui non aventi la loro cittadinanza i diritti economici riconosciuti nel presente Patto.

#### **Articolo 3.**

Gli Stati Parti del presente Patto si impegnano a garantire agli uomini e alle donne la parità giuridica nel godimento di tutti i diritti economici, sociali e culturali enunciati nel presente Patto.

#### **Articolo 4.**

Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono che, nell'assicurare il godimento dei diritti in conformità dal presente Patto, lo Stato potrà assoggettarli esclusivamente a quei limiti che siano stabiliti per legge, soltanto nella misura in cui ciò sia compatibile con la natura di tali diritti e unicamente allo scopo di promuovere il benessere generale in una società democratica.

#### **Articolo 5.**

1. Nessuna disposizione del presente Patto può essere interpretata nel senso di implicare un diritto di qualsiasi Stato, gruppo o individuo di intraprendere attività o di compiere atti miranti a sopprimere uno dei diritti o delle libertà riconosciuti nel presente Patto ovvero a limitarlo in misura maggiore di quanto è previsto nel Patto stesso.

2. Nessuna restrizione o deroga a diritti fondamentali dell'uomo, riconosciuti o vigenti in qualsiasi Paese in virtù di leggi, convenzioni, regolamenti o consuetudini, può essere ammessa con il pretesto che il presente Patto non li riconosce o li riconosce in minor misura.

### **PARTE III**

#### **Articolo 6.**

1. Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto al lavoro, che implica il diritto di ogni individuo di ottenere la possibilità di guadagnarsi la vita con un lavoro liberamente scelto od accettato, e prenderanno le misure appropriate per garantire tale diritto.

2. Le misure che ciascuno degli Stati Parti del presente Patto dovrà prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno programmi di orientamento e formazione tecnica e professionale, nonché l'elaborazione di politiche e di tecniche atte ad assicurare un costante sviluppo economico, sociale e culturale ed un pieno impiego produttivo, in condizioni che salvaguardino le fondamentali libertà politiche ed economiche degli individui.

#### **Articolo 7.**

Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo di godere di giuste e favorevoli condizioni di lavoro, le quali garantiscano in particolare:

- a) la remunerazione che assicuri a tutti i lavoratori, come minimo:
  - i) un equo salario ed una uguale remunerazione per un lavoro di eguale valore, senza distinzione di alcun genere; in particolare devono essere garantite alle donne condizioni di lavoro non inferiori a quelle godute dagli uomini, con una eguale remunerazione per un eguale lavoro;
  - ii) un'esistenza decorosa per essi e per le loro famiglie in conformità alle disposizioni del presente Patto;
- b) la sicurezza e l'igiene del lavoro;
- c) la possibilità uguale per tutti di essere promossi, nel rispettivo lavoro, alla categoria superiore appropriata, senza altra considerazione che non sia quella dell'anzianità di servizio e delle attitudini personali;
- d) il riposo, gli svaghi, una ragionevole limitazione delle ore di lavoro, e le ferie periodiche retribuite, nonché la remunerazione per i giorni festivi.

#### **Articolo 8.**

1. Gli Stati Parti del presente Patto si impegnano a garantire:

- a) il diritto di ogni individuo di costituire con altri dei sindacati e di aderire al sindacato di sua scelta, fatte salve soltanto le regole stabilite dall'organizzazione interessata, al fine di promuovere e tutelare i propri interessi economici e sociali. L'esercizio di questo diritto non può essere sottoposto a restrizioni che non siano stabilite dalla legge e che non siano necessarie, in una società democratica, nell'interesse della sicurezza nazionale o dell'ordine pubblico o per la protezione dei diritti e delle libertà altrui;
- b) il diritto dei sindacati di formare federazioni o confederazioni nazionali e il diritto di queste di costituire organizzazioni sindacali internazionali o di aderirvi;
- c) il diritto dei sindacati di esercitare liberamente la loro attività, senza altre limitazioni che quelle stabilite dalla legge e che siano necessarie in una società democratica nell'interesse della sicurezza nazionale o dell'ordine pubblico o per la protezione dei diritti e delle libertà altrui;
- d) il diritto di sciopero, purché esso venga esercitato in conformità alle leggi di ciascun Paese.

2. Il presente articolo non impedisce di imporre restrizioni legali all'esercizio di questi diritti da parte dei membri delle forze armate, della polizia o dell'amministrazione dello Stato.

3. Nessuna disposizione del presente articolo autorizza gli Stati Parti della Convenzione del 1948 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro, concernente la libertà sindacale e la tutela del diritto sindacale, ad adottare misure legislative che portino pregiudizio alle garanzie previste dalla menzionata Convenzione, o ad applicare le loro leggi in modo da causare tale pregiudizio.

#### **Articolo 9.**

Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo alla sicurezza sociale, ivi comprese le assicurazioni sociali.

#### **Articolo 10.**

Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono che:

1. La protezione e l'assistenza più ampia possibile devono essere accordate alla famiglia, che è il nucleo naturale e fondamentale della società, in particolare per la sua costituzione e fin quando essa abbia la responsabilità del mantenimento e dell'educazione di figli a suo carico. Il matrimonio deve essere celebrato con il libero consenso dei futuri coniugi.
2. Una protezione speciale deve essere accordata alle madri per un periodo di tempo ragionevole prima e dopo il parto. Le lavoratrici madri dovranno beneficiare, durante tale periodo, di un congedo retribuito o di un congedo accompagnato da adeguate prestazioni di sicurezza sociale.
3. Speciali misure di protezione e di assistenza devono essere prese in favore di tutti i fanciulli e gli adolescenti senza discriminazione alcuna per ragione di filiazione o per altre ragioni. I fanciulli e gli adolescenti devono essere protetti contro lo sfruttamento economico e sociale. Il loro impiego in lavori pregiudizievoli per la loro moralità o per la loro salute, pericolosi per la loro vita, o tali da nuocere al loro normale sviluppo, deve essere punito dalla legge. Gli Stati devono altresì fissare limiti di età al di sotto dei quali il lavoro salariato di manodopera infantile sarà vietato e punito dalla legge.

#### **Articolo 11.**

1. Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo ad un livello di vita adeguato per sé e per la sua famiglia, che includa alimentazione, vestiario, ed alloggio adeguati, nonché al miglioramento continuo delle proprie condizioni di vita. Gli Stati Parti prenderanno misure idonee ad assicurare l'attuazione di questo diritto, e riconoscono a tal fine l'importanza essenziale della cooperazione internazionale, basata sul libero consenso.
2. Gli Stati Parti del presente Patto, riconoscendo il diritto fondamentale di ogni individuo alla libertà dalla fame, adotteranno, individualmente e attraverso la cooperazione internazionale, tutte le misure, e fra queste anche programmi concreti, che siano necessarie:
  - a) per migliorare i metodi di produzione, di conservazione e di distribuzione delle derrate alimentari mediante la piena applicazione delle conoscenze tecniche e scientifiche, la diffusione di nozioni relative ai principi della nutrizione, e lo sviluppo o la riforma dei regimi agrari, in modo da conseguire l'accrescimento e l'utilizzazione più efficaci delle risorse naturali;
  - b) per assicurare un'equa distribuzione delle risorse alimentari mondiali in relazione ai bisogni, tenendo conto dei problemi tanto dei paesi importatori quanto dei paesi esportatori di derrate alimentari.

#### **Articolo 12.**

1. Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire.
2. Le misure che gli Stati Parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini:
  - a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli;
  - b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale;
  - c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere;

d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia

### **Articolo 13.**

1. Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo all'istruzione. Essi convengono sul fatto che l'istruzione deve mirare al pieno sviluppo della personalità umana e del senso della sua dignità e rafforzare il rispetto per i diritti dell'uomo e le libertà fondamentali. Essi convengono inoltre che l'istruzione deve porre tutti gli individui in grado di partecipare in modo effettivo alla vita di una società libera, deve promuovere la comprensione, la tolleranza e l'amicizia fra tutte le nazioni e tutti i gruppi razziali, etnici o religiosi ed incoraggiare lo sviluppo delle attività delle Nazioni Unite per il mantenimento della pace.

2. Gli Stati Parti del presente Patto, al fine di assicurare la piena attuazione di questo diritto, riconoscono che:

a) l'istruzione primaria deve essere obbligatoria e accessibile gratuitamente a tutti;

b) l'istruzione secondaria, nelle sue diverse forme, inclusa l'istruzione secondaria tecnica e professionale, deve essere resa generale ed accessibile a tutti con ogni mezzo a ciò idoneo, ed in particolare mediante l'instaurazione progressiva dell'istruzione gratuita;

c) l'istruzione superiore deve essere resa accessibile a tutti su un piano d'uguaglianza, in base alle attitudini di ciascuno, con ogni mezzo a ciò idoneo, ed in particolare mediante l'instaurazione progressiva dell'istruzione gratuita;

d) l'istruzione di base deve essere incoraggiata o intensificata, nella misura del possibile, a beneficio degli individui che non hanno ricevuto istruzione primaria o non ne hanno completato il corso;

e) deve perseguirsi attivamente lo sviluppo di un sistema di scuole di ogni grado, stabilirsi un adeguato sistema di borse di studio e assicurarsi un continuo miglioramento delle condizioni materiali del personale insegnante.

3. Gli Stati Parti del presente Patto si impegnano a rispettare la libertà dei genitori e, ove del caso, dei tutori legali, di scegliere per i figli scuole diverse da quelle istituite dalle autorità pubbliche, purché conformi ai requisiti fondamentali che possono essere prescritti o approvati dallo Stato in materia di istruzione, e di curare l'educazione religiosa e morale dei figli in conformità alle proprie convinzioni.

4. Nessuna disposizione di questo articolo sarà interpretata nel senso di recare pregiudizio alla libertà degli individui e degli enti di fondare e dirigere istituti di istruzione, purché i principi enunciati nel 1° paragrafo di questo articolo vengano rispettati e l'istruzione impartita in tali istituti sia conforme ai requisiti fondamentali che possano essere prescritti dallo Stato.

### **Articolo 14.**

Ogni Stato Parte del presente Patto che, al momento di diventarne parte, non sia stato ancora in grado di assicurare nel territorio metropolitano o in altri territori soggetti alla sua giurisdizione, l'obbligatorietà e la gratuità dell'istruzione primaria, si impegna a elaborare ed approvare, entro due anni, un piano particolareggiato di misure al fine di applicare progressivamente, in un ragionevole numero di anni fissato dal piano stesso, il principio dell'istruzione primaria obbligatoria e gratuita per tutti.

### **Articolo 15.**

1. Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo:

- a) a partecipare alla vita culturale;
  - b) a godere dei benefici del progresso scientifico e delle sue applicazioni;
  - c) a godere della tutela degli interessi morali e materiali scaturenti da qualunque produzione scientifica, letteraria o artistica di cui egli sia l'autore.
2. Le misure che gli Stati Parti del presente Patto dovranno prendere per conseguire la piena attuazione di questo diritto comprenderanno quelle necessarie per il mantenimento, lo sviluppo e la diffusione della scienza e della cultura.
3. Gli Stati Parti del presente Patto si impegnano a rispettare la libertà indispensabile per la ricerca scientifica e l'attività creativa.
4. Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono i benefici che risulteranno dall'incoraggiamento e dallo sviluppo dei contatti e dalla collaborazione internazionale nei campi scientifico e culturale.

## **PARTE IV**

### **Articolo 16.**

1. Gli Stati Parti del presente Patto si impegnano a presentare, in conformità alle disposizioni di questa parte del Patto, dei rapporti sulle misure che essi avranno preso e sui progressi compiuti al fine di conseguire il rispetto dei diritti riconosciuti nel Patto.
2. a) Tutti i rapporti sono indirizzati al Segretario generale delle Nazioni Unite, che ne trasmette copie al Consiglio Economico e Sociale per esame, in conformità alle disposizioni del presente Patto;
- b) il Segretario generale delle Nazioni Unite trasmette altresì agli Istituti specializzati copie dei rapporti, o delle parti pertinenti di questi, inviati dagli Stati Parti del presente Patto che siano anche membri di detti Istituti specializzati, in quanto tali rapporti, o parti di rapporti, riguardino questioni rientranti nella competenza di quegli istituti ai sensi dei rispettivi statuti.

### **Articolo 17.**

1. Gli Stati Parti del presente Patto debbono presentare i loro rapporti a intervalli di tempo, secondo un programma che verrà stabilito dal Consiglio Economico e Sociale entro un anno dall'entrata in vigore del presente Patto, dopo aver consultato gli Stati Parti e gli Istituti specializzati interessati.
2. I rapporti possono indicare i fattori e le difficoltà che influiscano sul grado di adempimento degli obblighi previsti nel presente Patto.
3. Qualora informazioni pertinenti siano già state fornite alle Nazioni Unite o ad un istituto specializzato da uno Stato Parte del presente Patto, non sarà necessario fornire nuovamente tali informazioni, ma sarà sufficiente un riferimento preciso alle informazioni già date.

### **Articolo 18.**

In virtù delle competenze ad esso conferite dallo Statuto delle Nazioni Unite nel campo dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, il Consiglio Economico e Sociale può concludere accordi con gli Istituti specializzati, ai fini della presentazione da parte loro di rapporti sui progressi compiuti nel conseguire il rispetto delle disposizioni del presente Patto che rientrano nell'ambito delle loro attività. Questi rapporti possono includere ragguagli circa le decisioni e raccomandazioni adottate dagli organi competenti degli Istituti specializzati in merito a tale attuazione.

**Articolo 19.**

Il Consiglio Economico e Sociale può trasmettere alla Commissione dei diritti dell'uomo a fini di studio e perché formuli raccomandazioni di ordine generale o, eventualmente, per informazione, i rapporti relativi ai diritti dell'uomo presentati dagli Stati in conformità agli articoli 16 e 17 e i rapporti concernenti i diritti dell'uomo, presentati dagli Istituti specializzati in conformità all'art. 18

**Articolo 20.**

Gli Stati Parti del presente Patto e gli Istituti specializzati interessati possono presentare al Consiglio Economico e Sociale osservazioni su qualunque raccomandazione d'ordine generale fatta in base all'art. 19 o su qualunque menzione di una raccomandazione d'ordine generale che figuri in un rapporto della Commissione dei diritti dell'uomo o in un documento menzionato in tale rapporto.

**Articolo 21.**

Il Consiglio Economico e Sociale può presentare di quando in quando all'Assemblea Generale rapporti contenenti raccomandazioni di carattere generale e un riassunto delle informazioni ricevute dagli Stati Parti del presente Patto e dagli Istituti specializzati sulle misure prese e sui progressi compiuti nel conseguire il rispetto generale dei diritti riconosciuti nel presente Patto.

**Articolo 22.**

Il Consiglio Economico e Sociale può sottoporre all'attenzione di altri organi delle Nazioni Unite, dei loro organi sussidiari e degli Istituti specializzati competenti a prestare assistenza tecnica, qualsiasi questione risultante dai rapporti menzionati in questa parte del presente Patto, che possa essere utile a tali organismi per decidere, ciascuno nel proprio ambito di competenza, sull'opportunità di misure internazionali idonee a contribuire all'efficace progressiva attuazione del presente Patto.

**Articolo 23.**

Gli Stati Parti del presente Patto convengono che le misure di ordine internazionale miranti all'attuazione dei diritti riconosciuti nel Patto stesso comprendono, in particolare, la conclusione di convenzioni, l'adozione di raccomandazioni, la prestazione di assistenza tecnica e l'organizzazione, di concerto con i governi interessati, di riunioni regionali e di riunioni tecniche a fini di consultazione e di studio.

**Articolo 24.**

Nessuna disposizione del presente Patto può essere interpretata in senso lesivo delle disposizioni dello Statuto delle Nazioni Unite e degli statuti degli Istituti specializzati che definiscono le funzioni rispettive dei vari organi delle Nazioni Unite e degli Istituti specializzati riguardo alle questioni trattate nel presente Patto

**Articolo 25.**

Nessuna disposizione del presente Patto può essere interpretata in senso lesivo del diritto inerente a tutti i popoli di godere e di disporre pienamente e liberamente delle loro ricchezze e risorse naturali.

**PARTE V****Articolo 26.**

1. Il presente Patto è aperto alla firma di ogni Stato membro delle Nazioni Unite o membro di uno qualsiasi dei loro Istituti specializzati, di ogni Stato Parte dello Statuto

della Corte internazionale di giustizia, nonché di qualsiasi altro Stato che sia invitato all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a divenire parte del presente Patto.

2. Il presente Patto è soggetto a ratifica. Gli strumenti di ratifica saranno depositati presso il Segretario generale delle Nazioni Unite.

3. Il presente Patto sarà aperto all'adesione di qualsiasi Stato fra quelli indicati al paragrafo 1 del presente articolo.

4. L'adesione sarà effettuata mediante deposito di uno strumento di adesione presso il Segretario generale delle Nazioni Unite

5. Il Segretario generale delle Nazioni Unite informerà tutti gli Stati che abbiano firmato il presente Patto, o che vi abbiano aderito, del deposito di ogni strumento di ratifica o di adesione

#### **Articolo 27.**

1. Il presente Patto entrerà in vigore tre mesi dopo la data del deposito presso il Segretario generale delle Nazioni Unite del trentacinquesimo strumento di ratifica o di adesione.

2. Per ognuno degli Stati che ratificheranno il presente Patto o vi aderiranno successivamente al deposito del trentacinquesimo strumento di ratifica o di adesione, il Patto medesimo entrerà in vigore tre mesi dopo la data del deposito, da parte di tale Stato, del suo strumento di ratifica o di adesione.

#### **Articolo 28.**

Le disposizioni del presente Patto si applicano, senza limitazione o eccezione alcuna, a tutte le unità costitutive degli Stati federali.

#### **Articolo 29.**

1. Ogni Stato Parte del presente Patto potrà proporre un emendamento e depositarne il testo presso il Segretario generale delle Nazioni Unite. Il Segretario generale comunicherà quindi le proposte di emendamento agli Stati Parti del presente Patto, chiedendo loro di informarlo se sono favorevoli alla convocazione di una conferenza degli Stati Parti per esaminare dette proposte e metterle ai voti. Se almeno un terzo degli Stati Parti si dichiarerà a favore di tale convocazione, il Segretario generale convocherà la conferenza sotto gli auspici delle Nazioni Unite. Ogni emendamento approvato dalla maggioranza degli Stati presenti e votanti alla conferenza sarà sottoposto all'approvazione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

2. Gli emendamenti entreranno in vigore dopo essere stati approvati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e accettati, in conformità alle rispettive procedure costituzionali, da una maggioranza di due terzi degli Stati Parti del presente Patto.

3. Quando gli emendamenti entreranno in vigore, essi saranno vincolanti per gli Stati Parti che li abbiano accettati, mentre gli altri Stati Parti rimarranno vincolati dalle disposizioni del presente Patto e da qualsiasi emendamento anteriore che essi abbiano accettato

#### **Articolo 30.**

Indipendentemente dalle notifiche effettuate ai sensi del paragrafo 5 dell'articolo 26, il Segretario generale delle Nazioni Unite informerà tutti gli Stati indicati al paragrafo 1 di detto articolo: a) delle firme apposte al presente Patto e degli strumenti di ratifica e di adesione depositati in conformità all'articolo 26; b) della data in cui il presente Patto entrerà in vigore, in conformità all'articolo 27, e della data in cui entreranno in vigore gli emendamenti ai sensi dell'articolo 29

**Articolo 31.**

1. Il presente Patto, di cui i testi cinese, francese, inglese, russo e spagnolo fanno egualmente fede, sarà depositato negli archivi delle Nazioni Unite.
2. Il Segretario Generale delle Nazioni Unite trasmetterà copie autentiche del presente Patto a tutti gli Stati indicati all'articolo 26.



## LA CONVENZIONE DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ<sup>13</sup>

### PREAMBOLO

*Gli Stati Parti alla presente Convenzione,*

- (a) *Richiamando* i principi proclamati nello Statuto delle Nazioni Unite che riconoscono la dignità ed il valore connaturati a tutti i membri della famiglia umana ed i diritti uguali e inalienabili come fondamento di libertà, giustizia e pace nel mondo,
- (b) *Riconoscendo* che le Nazioni Unite, nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e nei Patti Internazionali sui Diritti Umani, hanno proclamato e convenuto che ciascun individuo è titolare di tutti i diritti e delle libertà ivi indicate, senza alcuna distinzione,
- (c) *Riaffermando* l'universalità, l'indivisibilità, l'interdipendenza e interrelazione di tutti i diritti umani e libertà fondamentali e la necessità di garantirne il pieno godimento da parte delle persone con disabilità senza discriminazioni,
- (d) *Richiamando* il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, il Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici, la Convenzione Internazionale sull'Eliminazione di tutte le forme di Discriminazione Razziale, la Convenzione Internazionale sull'Eliminazione di tutte le forme di Discriminazione contro le Donne, la Convenzione contro la Tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti, la Convenzione sui Diritti del Fanciullo e la Convenzione Internazionale per la Tutela dei Diritti di tutti i Lavoratori Migranti e dei membri delle loro famiglie,
- (e) *Riconoscendo* che la disabilità è un concetto in evoluzione e che la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri,
- (f) *Riconoscendo* l'importanza dei principi e delle linee guida contenute nel Programma Mondiale di Azione riguardante le Persone con Disabilità e nelle Regole Standard sulle Pari Opportunità delle Persone con Disabilità e la loro influenza sulla promozione, formulazione e valutazione delle politiche, dei piani, dei programmi e delle azioni a livello nazionale, regionale ed internazionale al fine di perseguire pari opportunità per le persone con disabilità,
- (g) *Sottolineando* l'importanza di integrare i temi della disabilità nelle pertinenti strategie relative allo sviluppo sostenibile,
- (h) *Riconoscendo altresì* che la discriminazione contro qualsiasi persona sulla base della disabilità costituisce una violazione della dignità e del valore connaturati alla persona umana,
- (i) *Riconoscendo inoltre* la diversità delle persone con disabilità,

---

<sup>13</sup> L'Italia ha ratificato la presente Convenzione, approvata a New York il 13 dicembre 2006, con la Legge 3 marzo 2009, n.18.

- (j) *Riconoscendola* necessità di promuovere e proteggere i diritti umani di tutte le persone con disabilità, incluse quelle che richiedono un maggiore sostegno,
- (k) *Preoccupati* per il fatto che, nonostante questi vari strumenti ed impegni, le persone con disabilità continuano a incontrare ostacoli nella loro partecipazione alla società come membri eguali della stessa, e ad essere oggetto di violazioni dei loro diritti umani in ogni parte del mondo,
- (l) *Riconoscendo* l'importanza della cooperazione internazionale per il miglioramento delle condizioni di vita delle persone con disabilità in ogni paese, in particolare nei paesi in via di sviluppo,
- (m) *Riconoscendogli* utili contributi, esistenti e potenziali, delle persone con disabilità in favore del benessere generale e della diversità delle loro comunità, e che la promozione del pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali e della piena partecipazione nella società da parte delle persone con disabilità accrescerà il senso di appartenenza ed apporterà significativi progressi nello sviluppo umano, sociale ed economico della società e nello sradicamento della povertà,
- (n) *Riconoscendo* l'importanza per le persone con disabilità della loro autonomia ed indipendenza individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte,
- (o) *Considerando* che le persone con disabilità dovrebbero avere l'opportunità di essere coinvolte attivamente nei processi decisionali relativi alle politiche e ai programmi, inclusi quelli che li riguardano direttamente,
- (p) *Preoccupati* delle difficili condizioni affrontate dalle persone con disabilità, che sono soggette a molteplici o più gravi forme di discriminazione sulla base della razza, colore della pelle, sesso, lingua, religione, opinioni politiche o di altra natura, origine nazionale, etnica, indigena o sociale, patrimonio, nascita, età o altra condizione,
- (q) *Riconoscendo* che le donne e le minori con disabilità corrono spesso maggiori rischi nell'ambiente domestico ed all'esterno, di violenze, lesioni e abusi, di abbandono o mancanza di cure, maltrattamento e sfruttamento,
- (r) *Riconoscendo* che i minori con disabilità dovrebbero poter godere pienamente di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali su base di uguaglianza rispetto agli altri minori, e richiamando gli obblighi assunti a tal fine dagli Stati Parti alla Convenzione sui diritti del fanciullo,
- (s) *Sottolineandola* necessità di incorporare la prospettiva di genere in tutti gli sforzi tesi a promuovere il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità,
- (t) *Riaffermando* che la maggior parte delle persone con disabilità vive in condizioni di povertà, e riconoscendo a questo proposito la fondamentale necessità di affrontare l'impatto negativo della povertà sulle persone con disabilità,
- (u) *Consapevoli* che le condizioni di pace e sicurezza basate sul pieno rispetto degli scopi e dei principi contenuti nello Statuto delle Nazioni Unite e che l'osservanza degli strumenti applicabili in materia di diritti umani sono indispensabili per la piena protezione delle persone con disabilità, in particolare durante i conflitti armati e le occupazioni straniere,
- (v) *Riconoscendo* l'importanza dell'accessibilità alle strutture fisiche, sociali, economiche e culturali, alla salute, all'istruzione, all'informazione e alla comunicazione,

per consentire alle persone con disabilità di godere pienamente di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali,

(w) *Consapevoli* che ogni individuo, in ragione dei propri obblighi nei confronti degli altri individui e della comunità di appartenenza, ha una responsabilità propria per la promozione e l'osservanza dei diritti riconosciuti dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e dai Patti internazionali sui diritti civili e politici e sui diritti economici, sociali e culturali,

(x) *Convinti* che la famiglia sia il nucleo naturale e fondamentale della società e che abbia diritto alla protezione da parte della società e dello Stato, e che le persone con disabilità ed i membri delle loro famiglie debbano ricevere la protezione ed assistenza necessarie a permettere alle famiglie di contribuire al pieno ed uguale godimento dei diritti delle persone con disabilità,

(y) *Convinti* che una convenzione internazionale globale ed integrata per la promozione e la protezione dei diritti e della dignità delle persone con disabilità potrà contribuire in modo significativo a riequilibrare i profondi svantaggi sociali delle persone con disabilità e a promuovere la loro partecipazione nella sfera civile, politica, economica, sociale e culturale, con pari opportunità, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo,

*Convengono quanto segue:*

## **ARTICOLO 1**

### **Scopo**

1. Scopo della presente Convenzione è promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità.

2. Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.

## **ARTICOLO 2**

### **Definizioni**

Ai fini della presente Convenzione: per "comunicazione" si intendono le lingue, la visualizzazione di testi, il Braille, la comunicazione tattile, la stampa a grandi caratteri, i supporti multimediali accessibili nonché i sistemi, gli strumenti ed i formati di comunicazione migliorativa ed alternativa scritta, sonora, semplificata, con ausilio di lettori umani, comprese le tecnologie dell'informazione e della comunicazione accessibili; per "linguaggio" si intendono le lingue parlate e la lingua dei segni, come pure altre forme di espressione non verbale; per "discriminazione fondata sulla disabilità" si intende qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo. Essa include ogni forma di discriminazione, compreso il rifiuto di un accomodamento ragionevole; per "accomodamento ragionevole" si intendono le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza

con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali; per “progettazione universale” si intende la progettazione di prodotti, strutture, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate.

La “progettazione universale” non esclude dispositivi di sostegno per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari.

### **ARTICOLO 3**

#### ***Principi generali***

I principi della presente Convenzione sono:

- (a) il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone;
- (b) la non discriminazione;
- (c) la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- (d) il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;
- (e) la parità di opportunità;
- (f) l'accessibilità;
- (g) la parità tra uomini e donne;
- (h) il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità.

### **ARTICOLO 4**

#### ***Obblighi generali***

1. Gli Stati Parti si impegnano a garantire e promuovere la piena realizzazione di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali per tutte le persone con disabilità senza discriminazioni di alcun tipo sulla base della disabilità. A tal fine, gli Stati Parti si impegnano:

- (a) ad adottare tutte le misure legislative, amministrative e di altra natura adeguate ad attuare i diritti riconosciuti nella presente Convenzione;
- (b) ad adottare tutte le misure, incluse quelle legislative, idonee a modificare o ad abrogare qualsiasi legge, regolamento, consuetudine e pratica vigente che costituisca una discriminazione nei confronti di persone con disabilità;
- (c) a tener conto della protezione e della promozione dei diritti umani delle persone con disabilità in tutte le politiche e in tutti i programmi;
- (d) ad astenersi dall'intraprendere ogni atto o pratica che sia in contrasto con la presente Convenzione ed a garantire che le autorità pubbliche e le istituzioni agiscano in conformità con la presente Convenzione;
- (e) ad adottare tutte le misure adeguate ad eliminare la discriminazione sulla base della disabilità da parte di qualsiasi persona, organizzazione o impresa privata;
- (f) ad intraprendere o promuovere la ricerca e lo sviluppo di beni, servizi, apparecchiature e attrezzature progettati universalmente, secondo la definizione di cui all'articolo 2 della presente Convenzione, che dovrebbero richiedere il minimo adattamento possibile ed il costo più contenuto possibile per venire incontro alle esigenze specifiche delle persone con disabilità, promuoverne la disponibilità ed uso, ed incoraggiare la progettazione universale nell'elaborazione di norme e linee guida;

(g) ad intraprendere o promuovere la ricerca e lo sviluppo, ed a promuovere la disponibilità e l'uso di nuove tecnologie, incluse tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ausili alla mobilità, dispositivi e tecnologie di sostegno, adatti alle persone con disabilità, dando priorità alle tecnologie dai costi più accessibili;

(h) a fornire alle persone con disabilità informazioni accessibili in merito ad ausili alla mobilità, dispositivi e tecnologie di sostegno, comprese le nuove tecnologie, così come altre forme di assistenza, servizi di supporto ed attrezzature;

(i) a promuovere la formazione di professionisti e di personale che lavora con persone con disabilità sui diritti riconosciuti nella presente Convenzione, così da fornire una migliore assistenza e migliori servizi garantiti da questi stessi diritti.

2. Con riferimento ai diritti economici, sociali e culturali, ogni Stato Parte si impegna a prendere misure, sino al massimo delle risorse di cui dispone e, ove necessario, nel quadro della cooperazione internazionale, al fine di conseguire progressivamente la piena realizzazione di tali diritti, senza pregiudizio per gli obblighi contenuti nella presente Convenzione che siano immediatamente applicabili in conformità al diritto internazionale.

3. Nell'elaborazione e nell'attuazione della legislazione e delle politiche da adottare per attuare la presente Convenzione, così come negli altri processi decisionali relativi a questioni concernenti le persone con disabilità, gli Stati Parti operano in stretta consultazione e coinvolgono attivamente le persone con disabilità, compresi i minori con disabilità, attraverso le loro organizzazioni rappresentative.

4. Nessuna disposizione della presente Convenzione può pregiudicare provvedimenti più favorevoli per la realizzazione dei diritti delle persone con disabilità, contenuti nella legislazione di uno Stato Parte o nella legislazione internazionale in vigore per quello Stato. Non sono ammesse restrizioni o deroghe ai diritti umani ed alle libertà fondamentali riconosciuti o esistenti in ogni Stato Parte alla presente Convenzione in virtù di leggi, convenzioni, regolamenti o consuetudini, con il pretesto che la presente Convenzione non riconosca tali diritti o libertà o che li riconosca in minor misura.

5. Le disposizioni della presente Convenzione si estendono a tutte le unità costitutive degli Stati federali senza limitazione ed eccezione alcuna.

## **ARTICOLO 5**

### ***Uguaglianza e non discriminazione***

1. Gli Stati Parti riconoscono che tutte le persone sono uguali dinanzi alla legge ed hanno diritto, senza alcuna discriminazione, a uguale protezione e uguale beneficio dalla legge.

2. Gli Stati Parti devono vietare ogni forma di discriminazione fondata sulla disabilità e garantire alle persone con disabilità uguale ed effettiva protezione giuridica contro ogni discriminazione qualunque ne sia il fondamento.

3. Al fine di promuovere l'uguaglianza ed eliminare le discriminazioni, gli Stati Parti adottano tutti i provvedimenti appropriati, per garantire che siano forniti accomodamenti ragionevoli.

4. Le misure specifiche che sono necessarie ad accelerare o conseguire *de facto* l'uguaglianza delle persone con disabilità non costituiscono una discriminazione ai sensi della presente Convenzione.

## **ARTICOLO 6**

### ***Donne con disabilità***

1. Gli Stati Parti riconoscono che le donne e le minori con disabilità sono soggette a discriminazioni multiple e, a questo riguardo, adottano misure per garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali da parte delle donne e delle minori con disabilità.
2. Gli Stati Parti adottano ogni misura idonea ad assicurare il pieno sviluppo, progresso ed emancipazione delle donne, allo scopo di garantire loro l'esercizio ed il godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali enunciati nella presente Convenzione.

## **ARTICOLO 7**

### ***Minori con disabilità***

1. Gli Stati Parti adottano ogni misura necessaria a garantire il pieno godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali da parte dei minori con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri minori.
2. In tutte le azioni concernenti i minori con disabilità, il superiore interesse del minore costituisce la considerazione preminente.
3. Gli Stati Parti garantiscono ai minori con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri minori, il diritto di esprimere liberamente le proprie opinioni su tutte le questioni che li riguardano e le loro opinioni sono debitamente prese in considerazione, tenendo conto della loro età e grado di maturità, assicurando che sia fornita adeguata assistenza in relazione alla disabilità e all'età, allo scopo di realizzare tale diritto.

## **ARTICOLO 8**

### ***Accrescimento della consapevolezza***

1. Gli Stati Parti si impegnano ad adottare misure immediate, efficaci ed adeguate allo scopo di:
  - (a) sensibilizzare la società nel suo insieme, anche a livello familiare, sulla situazione delle persone con disabilità e accrescere il rispetto per i diritti e la dignità delle persone con disabilità;
  - (b) combattere gli stereotipi, i pregiudizi e le pratiche dannose concernenti le persone con disabilità, compresi quelli fondati sul sesso e l'età, in tutti gli ambiti;
  - (c) promuovere la consapevolezza delle capacità e i contributi delle persone con disabilità.
2. Nell'ambito delle misure che adottano a tal fine, gli Stati Parti:
  - (a) avviano e conducono efficaci campagne di sensibilizzazione del pubblico al fine di:
    - (i) favorire un atteggiamento recettivo verso i diritti delle persone con disabilità;
    - (ii) promuovere una percezione positiva ed una maggiore consapevolezza sociale nei confronti delle persone con disabilità;
    - (iii) promuovere il riconoscimento delle capacità, dei meriti e delle attitudini delle persone con disabilità, del loro contributo nell'ambiente lavorativo e sul mercato del lavoro;
  - (b) promuovono a tutti i livelli del sistema educativo, includendo specialmente tutti i minori, sin dalla più tenera età, un atteggiamento di rispetto per i diritti delle persone con disabilità;
  - (c) incoraggiano tutti i mezzi di comunicazione a rappresentare le persone con disabilità in modo conforme agli obiettivi della presente Convenzione;

(d) promuovono programmi di formazione per accrescere la consapevolezza riguardo alle persone con disabilità e ai diritti delle persone con disabilità.

## **ARTICOLO 9**

### ***Accessibilità***

1. Al fine di consentire alle persone con disabilità di vivere in maniera indipendente e di partecipare pienamente a tutti gli aspetti della vita, gli Stati Parti adottano misure adeguate a garantire alle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri, l'accesso all'ambiente fisico, ai trasporti, all'informazione e alla comunicazione, compresi i sistemi e le tecnologie di informazione e comunicazione, e ad altre attrezzature e servizi aperti o forniti al pubblico, sia nelle aree urbane che in quelle rurali. Queste misure, che includono l'identificazione e l'eliminazione di ostacoli e barriere all'accessibilità, si applicano, tra l'altro, a:

- (a) edifici, viabilità, trasporti e altre strutture interne ed esterne, comprese scuole, alloggi, strutture sanitarie e luoghi di lavoro;
- (b) ai servizi di informazione, comunicazione e altri, compresi i servizi informatici e quelli di emergenza.

2. Gli Stati Parti inoltre adottano misure adeguate per:

- (a) sviluppare ed emanare norme nazionali minime e linee guida per l'accessibilità alle strutture ed ai servizi aperti o forniti al pubblico e verificarne l'applicazione;
- (b) garantire che gli organismi privati, che forniscono strutture e servizi aperti o forniti al pubblico, tengano conto di tutti gli aspetti dell'accessibilità per le persone con disabilità;
- (c) fornire una formazione relativa ai problemi di accesso con cui si confrontano le persone con disabilità a tutti gli interessati;
- (d) dotare le strutture e gli edifici aperti al pubblico di segnaletica in caratteri Braille e in formati facilmente leggibili e comprensibili;
- (e) mettere a disposizione forme di assistenza da parte di persone o animali e servizi di mediazione, incluse guide, lettori e interpreti professionisti esperti nella lingua dei segni, allo scopo di agevolare l'accessibilità a edifici ed altre strutture aperte al pubblico;
- (f) promuovere altre forme idonee di assistenza e di sostegno a persone con disabilità per garantire il loro accesso all'informazione;
- (g) promuovere l'accesso delle persone con disabilità alle nuove tecnologie ed ai sistemi di informazione e comunicazione, compreso internet;
- (h) promuovere alle primissime fasi la progettazione, lo sviluppo, la produzione e la distribuzione di tecnologie e sistemi di informazione e comunicazione, in modo che tali tecnologie e sistemi divengano accessibili al minor costo.

## **ARTICOLO 10**

### ***Diritto alla vita***

Gli Stati Parti riaffermano che il diritto alla vita è connaturato alla persona umana ed adottano tutte le misure necessarie a garantire l'effettivo godimento di tale diritto da parte delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri.

## **ARTICOLO 11**

### ***Situazioni di rischio ed emergenze umanitarie***

Gli Stati Parti adottano, in conformità agli obblighi derivanti dal diritto internazionale, compreso il diritto internazionale umanitario e le norme internazionali sui diritti umani, tutte le misure necessarie per garantire la protezione e la sicurezza delle persone con

disabilità in situazioni di rischio, incluse le situazioni di conflitto armato, le emergenze umanitarie e le catastrofi naturali.

## **ARTICOLO 12**

### ***Uguale riconoscimento dinanzi alla legge***

1. Gli Stati Parti riaffermano che le persone con disabilità hanno il diritto al riconoscimento in ogni luogo della loro personalità giuridica.
2. Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità godono della capacità giuridica su base di uguaglianza con gli altri in tutti gli aspetti della vita.
3. Gli Stati Parti adottano misure adeguate per consentire l'accesso da parte delle persone con disabilità al sostegno di cui dovessero necessitare per esercitare la propria capacità giuridica.
4. Gli Stati Parti assicurano che tutte le misure relative all'esercizio della capacità giuridica forniscano adeguate ed efficaci garanzie per prevenire abusi in conformità alle norme internazionali sui diritti umani. Tali garanzie devono assicurare che le misure relative all'esercizio della capacità giuridica rispettino i diritti, la volontà e le preferenze della persona, che siano scevre da ogni conflitto di interesse e da ogni influenza indebita, che siano proporzionate e adatte alle condizioni della persona, che siano applicate per il più breve tempo possibile e siano soggette a periodica revisione da parte di una autorità competente, indipendente ed imparziale o di un organo giudiziario. Queste garanzie devono essere proporzionate al grado in cui le suddette misure incidono sui diritti e sugli interessi delle persone.
5. Sulla base di quanto disposto nel presente articolo, gli Stati Parti adottano tutte le misure adeguate ed efficaci per garantire l'uguale diritto delle persone con disabilità alla proprietà o ad ereditarla, al controllo dei propri affari finanziari e ad avere pari accesso a prestiti bancari, mutui e altre forme di credito finanziario, e assicurano che le persone con disabilità non vengano arbitrariamente private della loro proprietà.

## **ARTICOLO 13**

### ***Accesso alla giustizia***

1. Gli Stati Parti garantiscono l'accesso effettivo alla giustizia per le persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri, anche attraverso la previsione di idonei accomodamenti procedurali e accomodamenti in funzione dell'età, allo scopo di facilitare la loro partecipazione effettiva, diretta e indiretta, anche in qualità di testimoni, in tutte le fasi del procedimento giudiziario, inclusa la fase investigativa e le altre fasi preliminari.
2. Allo scopo di aiutare a garantire l'effettivo accesso delle persone con disabilità alla giustizia, gli Stati Parti promuovono una formazione adeguata per coloro che operano nel campo dell'amministrazione della giustizia, comprese le forze di polizia ed il personale penitenziario.

## **ARTICOLO 14**

### ***Libertà e sicurezza della persona***

1. Gli Stati Parti garantiscono che le persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri:
  - (a) godano del diritto alla libertà e alla sicurezza personale;



(b) non siano private della loro libertà illegalmente o arbitrariamente, che qualsiasi privazione della libertà sia conforme alla legge e che l'esistenza di una disabilità non giustifichi in nessun caso una privazione della libertà.

2. Gli Stati Parti assicurano che, nel caso in cui le persone con disabilità siano private della libertà a seguito di qualsiasi procedura, esse abbiano diritto su base di uguaglianza con gli altri, alle garanzie previste dalle norme internazionali sui diritti umani e siano trattate conformemente agli scopi ed ai principi della presente Convenzione, compreso quello di ricevere un accomodamento ragionevole.

## **ARTICOLO 15**

### ***Diritto di non essere sottoposto a tortura, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti***

1. Nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. In particolare, nessuno può essere sottoposto, senza il proprio libero consenso, a sperimentazioni mediche o scientifiche.

2. Gli Stati Parti adottano tutte le misure legislative, amministrative, giudiziarie o di altra natura idonee ad impedire che persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri, siano sottoposte a tortura, a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti.

## **ARTICOLO 16**

### ***Diritto di non essere sottoposto a sfruttamento, violenza e maltrattamenti***

1. Gli Stati Parti adottano tutte le misure legislative, amministrative, sociali, amministrative, sociali, educative e di altra natura adeguate a proteggere le persone con disabilità, all'interno e all'esterno della loro dimora, contro ogni forma di sfruttamento, di violenza e di abuso, compresi gli aspetti di genere.

2. Gli Stati Parti adottano altresì tutte le misure adeguate ad impedire ogni forma di sfruttamento, di violenza e di maltrattamento, assicurando, segnatamente alle persone con disabilità, alle loro famiglie ed a coloro che se ne prendono cura, appropriate forme di assistenza e sostegno adatte al genere ed all'età, anche mettendo a disposizione informazioni e servizi educativi sulle modalità per evitare, riconoscere e denunciare casi di sfruttamento, violenza e abuso. Gli Stati Parti assicurano che i servizi di protezione tengano conto dell'età, del genere e della disabilità.

3. Allo scopo di prevenire il verificarsi di ogni forma di sfruttamento, violenza e abuso, gli Stati Parti assicurano che tutte le strutture e i programmi destinati alle persone con disabilità siano effettivamente controllati da autorità indipendenti.

4. Gli Stati Parti adottano tutte le misure adeguate per facilitare il recupero fisico, cognitivo e psicologico, la riabilitazione e la reintegrazione sociale delle persone con disabilità vittime di qualsiasi forma di sfruttamento, violenza o maltrattamento, in particolare prevedendo servizi di protezione. Il recupero e la reintegrazione devono aver luogo in un ambiente che promuova la salute, il benessere, l'autostima, la dignità e l'autonomia della persona e che prenda in considerazione le esigenze specifiche legate al genere ed all'età.

5. Gli Stati Parti devono adottare una legislazione e delle politiche efficaci, ivi comprese una legislazione e delle politiche specifiche per le donne ed i minori, per garantire che i casi di sfruttamento, di violenza e di abuso contro persone con disabilità siano identificati, indagati e, ove del caso, perseguiti.

## **ARTICOLO 17**

### ***Protezione dell'integrità della persona***

Ogni persona con disabilità ha diritto al rispetto della propria integrità fisica e mentale su base di uguaglianza con gli altri.

## **ARTICOLO 18**

### ***Libertà di movimento e cittadinanza***

1. Gli Stati Parti riconoscono alle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri, il diritto alla libertà di movimento, alla libertà di scelta della propria residenza e il diritto alla cittadinanza, anche assicurando che le persone con disabilità:

- (a) abbiano il diritto di acquisire e cambiare la cittadinanza e non siano private della cittadinanza arbitrariamente o a causa della loro disabilità;
- (b) non siano private a causa della disabilità, della capacità di ottenere, detenere ed utilizzare la documentazione attinente alla loro cittadinanza o altra documentazione di identificazione, o di utilizzare le procedure pertinenti, quali le procedure di immigrazione, che si rendano necessarie per facilitare l'esercizio del diritto alla libertà di movimento;
- (c) siano libere di lasciare qualunque paese, incluso il proprio;
- (d) non siano private, arbitrariamente o a motivo della loro disabilità, del diritto di entrare nel proprio paese.

2. I minori con disabilità devono essere registrati immediatamente dopo la nascita e hanno diritto sin dalla nascita a un nome, al diritto di acquisire una cittadinanza, e, per quanto possibile, al diritto di conoscere i propri genitori e di essere da questi allevati.

## **ARTICOLO 19**

### ***Vita indipendente ed inclusione nella società***

Gli Stati Parti alla presente Convenzione riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società, anche assicurando che:

- (a) le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione;
- (b) le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione;
- (c) i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di uguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni.

## **ARTICOLO 20**

### ***Mobilità personale***

Gli Stati Parti adottano misure efficaci a garantire alle persone con disabilità la mobilità personale con la maggiore autonomia possibile, provvedendo in particolare a:

- (a) facilitare la mobilità personale delle persone con disabilità nei modi e nei tempi da loro scelti ed a costi accessibili;

(b) agevolare l'accesso da parte delle persone con disabilità ad ausili per la mobilità, apparati ed accessori, tecnologie di supporto, a forme di assistenza da parte di persone o animali e servizi di mediazione di qualità, in particolare rendendoli disponibili a costi accessibili;

(c) fornire alle persone con disabilità e al personale specializzato che lavora con esse una formazione sulle tecniche di mobilità;

(d) incoraggiare i produttori di ausili alla mobilità, apparati e accessori e tecnologie di supporto a prendere in considerazione tutti gli aspetti della mobilità delle persone con disabilità.

## **ARTICOLO 21**

### ***Libertà di espressione e opinione e accesso all'informazione***

Gli Stati Parti adottano tutte le misure adeguate a garantire che le persone con disabilità possano esercitare il diritto alla libertà di espressione e di opinione, ivi compresa la libertà di richiedere, ricevere e comunicare informazioni e idee su base di uguaglianza con gli altri e attraverso ogni mezzo di comunicazione di loro scelta, come definito dall'articolo 2 della presente Convenzione, provvedendo in particolare a:

(a) mettere a disposizione delle persone con disabilità le informazioni destinate al grande pubblico in forme accessibili e mediante tecnologie adeguate ai differenti tipi di disabilità, tempestivamente e senza costi aggiuntivi;

(b) accettare e facilitare nelle attività ufficiali il ricorso da parte delle persone con disabilità, alla lingua dei segni, al Braille, alle comunicazioni aumentative ed alternative e ad ogni altro mezzo, modalità e sistema accessibile di comunicazione di loro scelta;

(c) richiedere agli enti privati che offrono servizi al grande pubblico, anche attraverso internet, di fornire informazioni e servizi con sistemi accessibili e utilizzabili dalle persone con disabilità;

(d) incoraggiare i mass media, inclusi gli erogatori di informazione tramite internet, a rendere i loro servizi accessibili alle persone con disabilità;

(e) riconoscere e promuovere l'uso della lingua dei segni.

## **ARTICOLO 22**

### ***Rispetto della vita privata***

1. Nessuna persona con disabilità, indipendentemente dal luogo di residenza o dalla propria sistemazione, può essere soggetta ad interferenze arbitrarie o illegali nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa, nella sua corrispondenza, o in altri tipi di comunicazione, o a lesioni illegali al proprio onore o alla propria reputazione. Le persone con disabilità hanno il diritto di essere protette dalla legge contro tali interferenze o lesioni.

2. Gli Stati Parti tutelano il carattere confidenziale delle informazioni personali, di quelle relative alla salute ed alla riabilitazione delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri.

## **ARTICOLO 23**

### ***Rispetto del domicilio e della famiglia***

1. Gli Stati Parti adottano misure efficaci ed adeguate ad eliminare le discriminazioni nei confronti delle persone con disabilità in tutto ciò che attiene al matrimonio, alla famiglia, alla paternità e alle relazioni personali, su base di uguaglianza con gli altri, in modo da garantire che:

(a) sia riconosciuto il diritto di ogni persona con disabilità, che sia in età per contrarre matrimonio, di sposarsi e fondare una famiglia sulla base del pieno e libero consenso dei contraenti;

(b) sia riconosciuto il diritto delle persone con disabilità di decidere liberamente e responsabilmente riguardo al numero dei figli e all'intervallo tra le nascite e di avere accesso in modo appropriato secondo l'età, alle informazioni in materia di procreazione e pianificazione familiare, e siano forniti i mezzi necessari ad esercitare tali diritti;

(c) le persone con disabilità, inclusi i minori, conservino la loro fertilità su base di uguaglianza con gli altri.

2. Gli Stati Parti devono garantire i diritti e le responsabilità delle persone con disabilità in materia di tutela, di curatela, di custodia e di adozione di minori o di simili istituti, ove tali istituti siano previsti dalla legislazione nazionale; in ogni caso l'interesse superiore del minore resta la considerazione preminente. Gli Stati Parti forniscono un aiuto appropriato alle persone con disabilità nell'esercizio delle loro responsabilità di genitori.

3. Gli Stati Parti devono garantire che i minori con disabilità abbiano pari diritti per quanto riguarda la vita in famiglia. Ai fini della realizzazione di tali diritti e per prevenire l'occultamento, l'abbandono, la mancanza di cure e la segregazione di minori con disabilità, gli Stati Parti si impegnano a fornire informazioni, servizi e sostegni tempestivi e completi ai minori con disabilità e alle loro famiglie.

4. Gli Stati Parti devono garantire che un minore non sia separato dai propri genitori contro la sua volontà, a meno che le autorità competenti, soggette a verifica giurisdizionale, non decidano, conformemente alla legge e alle procedure applicabili, che tale separazione è necessaria nel superiore interesse del minore. In nessun caso un minore deve essere separato dai suoi genitori in ragione della propria disabilità o di quella di uno o di entrambi i genitori.

5. Gli Stati Parti si impegnano, qualora i familiari più stretti non siano in condizioni di prendersi cura di un minore con disabilità, a non tralasciare alcuno sforzo per assicurare una sistemazione alternativa all'interno della famiglia allargata e, ove ciò non sia possibile, all'interno della comunità in un contesto familiare.

## **ARTICOLO 24**

### ***Educazione***

1. Gli Stati Parti riconoscono il diritto all'istruzione delle persone con disabilità. Allo scopo di realizzare tale diritto senza discriminazioni e su base di pari opportunità, gli Stati Parti garantiscono un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita, finalizzati:

(a) al pieno sviluppo del potenziale umano, del senso di dignità e dell'autostima ed al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, delle libertà fondamentali e della diversità umana;

(b) allo sviluppo, da parte delle persone con disabilità, della propria personalità, dei talenti e della creatività, come pure delle proprie abilità fisiche e mentali, sino alle loro massime potenzialità;

(c) a porre le persone con disabilità in condizione di partecipare effettivamente a una società libera.

2. Nell'attuazione di tale diritto, gli Stati Parti devono assicurare che:

(a) le persone con disabilità non siano escluse dal sistema di istruzione generale in ragione della disabilità e che i minori con disabilità non siano esclusi in ragione della disabilità da una istruzione primaria gratuita libera ed obbligatoria o dall'istruzione secondaria;

(b) le persone con disabilità possano accedere su base di uguaglianza con gli altri, all'interno delle comunità in cui vivono, ad un'istruzione primaria, di qualità e libera ed all'istruzione secondaria;

(c) venga fornito un accomodamento ragionevole in funzione dei bisogni di ciascuno;

(d) le persone con disabilità ricevano il sostegno necessario, all'interno del sistema educativo generale, al fine di agevolare la loro effettiva istruzione;

(e) siano fornite efficaci misure di sostegno personalizzato in ambienti che ottimizzino il progresso scolastico e la socializzazione, conformemente all'obiettivo della piena integrazione.

3. Gli Stati Parti offrono alle persone con disabilità la possibilità di acquisire le competenze pratiche e sociali necessarie in modo da facilitare la loro piena ed uguale partecipazione al sistema di istruzione ed alla vita della comunità. A questo scopo, gli Stati Parti adottano misure adeguate,

in particolare al fine di:

(a) agevolare l'apprendimento del Braille, della scrittura alternativa, delle modalità, mezzi, forme e sistemi di comunicazione aumentativi ed alternativi, delle capacità di orientamento e di mobilità ed agevolare il sostegno tra pari ed attraverso un mentore;

(b) agevolare l'apprendimento della lingua dei segni e la promozione dell'identità linguistica della comunità dei sordi;

(c) garantire che le persone cieche, sorde o sordo-cieche, ed in particolare i minori, ricevano un'istruzione impartita nei linguaggi, nelle modalità e con i mezzi di comunicazione più adeguati per ciascuno ed in ambienti che ottimizzino il progresso scolastico e la socializzazione.

4. Allo scopo di facilitare l'esercizio di tale diritto, gli Stati Parti adottano misure adeguate nell'impiegare insegnanti, ivi compresi insegnanti con disabilità, che siano qualificati nella lingua dei segni o nel Braille e per formare i dirigenti ed il personale che lavora a tutti i livelli del sistema educativo. Tale formazione dovrà includere la consapevolezza della disabilità e l'utilizzo di appropriate modalità, mezzi, forme e sistemi di comunicazione aumentativi ed alternativi, e di tecniche e materiali didattici adatti alle persone con disabilità.

5. Gli Stati Parti garantiscono che le persone con disabilità possano avere accesso all'istruzione secondaria superiore, alla formazione professionale, all'istruzione per adulti ed all'apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita senza discriminazioni e su base di uguaglianza con gli altri. A

questo scopo, gli Stati Parti garantiscono che sia fornito alle persone con disabilità un accomodamento ragionevole.

## **ARTICOLO 25**

### **Salute**

Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità. Gli Stati Parti adottano tutte le misure adeguate a garantire loro l'accesso a servizi sanitari che

tengano conto delle specifiche differenze di genere, inclusi i servizi di riabilitazione. In particolare, gli Stati Parti devono:

- (a) fornire alle persone con disabilità servizi sanitari gratuiti o a costi accessibili, che coprano la stessa varietà e che siano della stessa qualità dei servizi e programmi sanitari forniti alle altre persone, compresi i servizi sanitari nella sfera della salute sessuale e riproduttiva e i programmi di salute pubblica destinati alla popolazione;
- (b) fornire alle persone con disabilità i servizi sanitari di cui hanno necessità proprio in ragione delle loro disabilità, compresi i servizi di diagnosi precoce e di intervento d'urgenza, e i servizi destinati a ridurre al minimo ed a prevenire ulteriori disabilità, segnatamente tra i minori e gli anziani;
- (c) fornire questi servizi sanitari alle persone con disabilità il più vicino possibile alle proprie comunità, comprese le aree rurali;
- (d) richiedere agli specialisti sanitari di prestare alle persone con disabilità cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri, in particolare ottenendo il consenso libero e informato della persona con disabilità coinvolta, accrescendo, tra l'altro, la conoscenza dei diritti umani, della dignità, dell'autonomia, e dei bisogni delle persone con disabilità attraverso la formazione e l'adozione di regole deontologiche nel campo della sanità pubblica e privata;
- (e) vietare nel settore delle assicurazioni le discriminazioni a danno delle persone con disabilità, le quali devono poter ottenere, a condizioni eque e ragionevoli, un'assicurazione per malattia e, nei paesi nei quali sia consentito dalla legislazione nazionale, un'assicurazione sulla vita;
- (f) prevenire il rifiuto discriminatorio di assistenza medica o di prestazione di cure e servizi sanitari o di cibo e liquidi in ragione della disabilità.

## **ARTICOLO 26**

### ***Abilitazione e riabilitazione***

1. Gli Stati Parti adottano misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali, ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita. A questo scopo, gli Stati Parti organizzano, rafforzano e sviluppano servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione, in particolare nei settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali, in modo che questi servizi e programmi:

- (a) abbiano inizio nelle fasi più precoci possibili e siano basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni e delle abilità di ciascuno;
- (b) facilitino la partecipazione e l'integrazione nella comunità e in tutti gli aspetti della società, siano volontariamente posti a disposizione delle persone con disabilità nei luoghi più vicini possibili alle proprie comunità, comprese le aree rurali.

2. Gli Stati Parti promuovono lo sviluppo della formazione iniziale e permanente per i professionisti e per il personale che lavora nei servizi di abilitazione e riabilitazione.

3. Gli Stati Parti promuovono l'offerta, la conoscenza e l'utilizzo di tecnologie e strumenti di sostegno, progettati e realizzati per le persone con disabilità, che ne facilitino l'abilitazione e la riabilitazione.

## **ARTICOLO 27**

### ***Lavoro e occupazione***

1. Gli Stati Parti riconoscono il diritto al lavoro delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri; segnatamente il diritto di potersi mantenere attraverso un lavoro liberamente scelto o accettato in un mercato del lavoro e in un ambiente lavorativo aperto, che favorisca l'inclusione e l'accessibilità alle persone con disabilità. Gli Stati Parti devono garantire e favorire l'esercizio del diritto al lavoro, anche a coloro i quali hanno subito una disabilità durante l'impiego, prendendo appropriate iniziative – anche attraverso misure legislative – in particolare al fine di:

- (a) vietare la discriminazione fondata sulla disabilità per tutto ciò che concerne il lavoro in ogni forma di occupazione, in particolare per quanto riguarda le condizioni di reclutamento, assunzione e impiego, la continuità dell'impiego, l'avanzamento di carriera e le condizioni di sicurezza e di igiene sul lavoro;
- (b) proteggere il diritto delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri, di beneficiare di condizioni lavorative eque e favorevoli, compresa la parità di opportunità e l'uguaglianza di remunerazione per un lavoro di pari valore, condizioni di lavoro sicure e salubri, la protezione da molestie e le procedure di composizione delle controversie;
- (c) garantire che le persone con disabilità siano in grado di esercitare i propri diritti di lavoratori e sindacali su base di uguaglianza con gli altri;
- (d) consentire alle persone con disabilità di avere effettivo accesso ai programmi di orientamento tecnico e professionale, ai servizi per l'impiego e alla formazione professionale e continua;
- (e) promuovere opportunità di impiego e l'avanzamento di carriera per le persone con disabilità nel mercato del lavoro, quali l'assistenza nella ricerca, nell'ottenimento e nel mantenimento di un lavoro, e nella reintegrazione nello stesso;
- (f) promuovere opportunità di lavoro autonomo, l'imprenditorialità, l'organizzazione di cooperative e l'avvio di attività economiche in proprio;
- (g) assumere persone con disabilità nel settore pubblico;
- (h) favorire l'impiego di persone con disabilità nel settore privato attraverso politiche e misure adeguate che possono includere programmi di azione antidiscriminatoria, incentivi e altre misure;
- (i) garantire che alle persone con disabilità siano forniti accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro;
- (j) promuovere l'acquisizione, da parte delle persone con disabilità, di esperienze lavorative nel mercato del lavoro;
- (k) promuovere programmi di orientamento e riabilitazione professionale, di mantenimento del posto di lavoro e di reinserimento nel lavoro per le persone con disabilità.

2. Gli Stati Parti assicurano che le persone con disabilità non siano tenute in schiavitù o in stato di servitù e siano protette, su base di uguaglianza con gli altri, dal lavoro forzato o coatto.

## **ARTICOLO 28**

### ***Adeguati livelli di vita e protezione sociale***

1. Gli Stati Parti riconoscono il diritto ad un livello di vita adeguato alle persone con disabilità ed alle loro famiglie, incluse adeguate condizioni di alimentazione, abbigliamento e alloggio, ed al miglioramento continuo delle loro condizioni di vita, e adottano misure adeguate per proteggere e promuovere l'esercizio di questo diritto senza alcuna discriminazione fondata sulla disabilità.

2. Gli Stati Parti riconoscono il diritto delle persone con disabilità alla protezione sociale ed al godimento di questo diritto senza alcuna discriminazione fondata sulla disabilità, e adottano misure adeguate a tutelare e promuovere l'esercizio di questo diritto, ivi incluse misure per:

- (a) garantire alle persone con disabilità parità di accesso ai servizi di acqua salubre, ed assicurare loro l'accesso a servizi, attrezzature e altri tipi di assistenza per i bisogni derivanti dalla disabilità, che siano appropriati ed a costi accessibili;
- (b) garantire l'accesso delle persone con disabilità, in particolare delle donne e delle minori con disabilità nonché delle persone anziane con disabilità, ai programmi di protezione sociale ed a quelli di riduzione della povertà;
- (c) garantire alle persone con disabilità e alle loro famiglie, che vivono in situazioni di povertà, l'accesso all'aiuto pubblico per sostenere le spese collegate alle disabilità, includendo una formazione adeguata, forme di sostegno ed orientamento, aiuto economico o forme di presa in carico;
- (d) garantire l'accesso delle persone con disabilità ai programmi di alloggio sociale;
- (e) garantire alle persone con disabilità pari accesso ai programmi ed ai trattamenti pensionistici.

## **ARTICOLO 29**

### ***Partecipazione alla vita politica e pubblica***

Gli Stati Parti garantiscono alle persone con disabilità il godimento dei diritti politici e la possibilità di esercitarli su base di uguaglianza con gli altri, e si impegnano a:

- (a) garantire che le persone con disabilità possano effettivamente e pienamente partecipare alla vita politica e pubblica su base di uguaglianza con gli altri, direttamente o attraverso rappresentanti liberamente scelti, compreso il diritto e la possibilità per le persone con disabilità di votare ed essere elette, tra l'altro:
  - (i) assicurando che le procedure, le strutture ed i materiali elettorali siano appropriati, accessibili e di facile comprensione e utilizzo;
  - (ii) proteggendo il diritto delle persone con disabilità a votare tramite scrutinio segreto, senza intimidazioni, in elezioni ed in referendum popolari, e a candidarsi alle elezioni, ad esercitare effettivamente i mandati elettivi e svolgere tutte le funzioni pubbliche a tutti i livelli di governo, agevolando, ove appropriato, il ricorso a tecnologie nuove e di supporto;
  - (iii) garantendo la libera espressione della volontà delle persone con disabilità come elettori e a questo scopo, ove necessario, su loro richiesta, autorizzandole a farsi assistere da una persona di loro scelta per votare.
- (b) promuovere attivamente un ambiente in cui le persone con disabilità possano effettivamente e pienamente partecipare alla conduzione degli affari pubblici, senza



discriminazione e su base di uguaglianza con gli altri, e incoraggiare la loro partecipazione alla vita pubblica, in particolare attraverso:

- (i) la partecipazione ad associazioni e organizzazioni non governative impegnate nella vita pubblica e politica del paese e alle attività e all'amministrazione dei partiti politici;
- (ii) la costituzione di organizzazioni di persone con disabilità e l'adesione alle stesse al fine di rappresentarle a livello internazionale, nazionale, regionale e locale.

## **ARTICOLO 30**

### ***Partecipazione alla vita culturale e ricreativa, agli svaghi ed allo sport***

1. Gli Stati Parti riconoscono il diritto delle persone con disabilità a prendere parte su base di uguaglianza con gli altri alla vita culturale e adottano tutte le misure adeguate a garantire che le persone con disabilità:

- (a) abbiano accesso ai prodotti culturali in formati accessibili;
- (b) abbiano accesso a programmi televisivi, film, spettacoli teatrali e altre attività culturali, in formati accessibili;
- (c) abbiano accesso a luoghi di attività culturali, come teatri, musei, cinema, biblioteche e servizi turistici, e, per quanto possibile, abbiano accesso a monumenti e siti importanti per la cultura nazionale.

2. Gli Stati Parti adottano misure adeguate a consentire alle persone con disabilità di sviluppare e realizzare il loro potenziale creativo, artistico e intellettuale, non solo a proprio vantaggio, ma anche per l'arricchimento della società.

3. Gli Stati Parti adottano tutte le misure adeguate, in conformità al diritto internazionale, a garantire che le norme che tutelano i diritti di proprietà intellettuale non costituiscano un ostacolo irragionevole e discriminatorio all'accesso da parte delle persone con disabilità ai prodotti culturali.

4. Le persone con disabilità hanno il diritto, su base di uguaglianza con gli altri, al riconoscimento ed al sostegno della loro specifica identità culturale e linguistica, ivi comprese la lingua dei segni e la cultura dei sordi.

5. Al fine di consentire alle persone con disabilità di partecipare su base di uguaglianza con gli altri alle attività ricreative, agli svaghi e allo sport, gli Stati Parti adottano misure adeguate a:

- (a) incoraggiare e promuovere la partecipazione più estesa possibile delle persone con disabilità alle attività sportive ordinarie a tutti i livelli;
- (b) garantire che le persone con disabilità abbiano la possibilità di organizzare, sviluppare e partecipare ad attività sportive e ricreative specifiche per le persone con disabilità e, a tal fine, incoraggiare la messa a disposizione, su base di uguaglianza con gli altri, di adeguati mezzi di istruzione, formazione e risorse;
- (c) garantire che le persone con disabilità abbiano accesso a luoghi che ospitano attività sportive, ricreative e turistiche;
- (d) garantire che i minori con disabilità possano partecipare, su base di uguaglianza con gli altri minori, alle attività ludiche, ricreative, agli svaghi ed allo sport, incluse le attività previste dal sistema scolastico;
- (e) garantire che le persone con disabilità abbiano accesso ai servizi forniti da coloro che sono impegnati nell'organizzazione di attività ricreative, turistiche, di tempo libero e sportive.

## **ARTICOLO 31**

### ***Statistiche e raccolta dei dati***

1. Gli Stati Parti si impegnano a raccogliere le informazioni appropriate, compresi i dati statistici e i risultati di ricerche, che permettano loro di formulare ed attuare politiche allo scopo di dare attuazione alla presente Convenzione. Il processo di raccolta e di conservazione di tali informazioni deve:

(a) essere coerente con le garanzie stabilite per legge, compresa la legislazione sulla protezione dei dati, per garantire la riservatezza e il rispetto della vita privata e familiare delle persone con disabilità;

(b) essere coerente con le norme accettate a livello internazionale per la protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali e dei principi etici che regolano la raccolta e l'uso delle statistiche.

2. Le informazioni raccolte in conformità al presente articolo devono essere disaggregate in maniera appropriata, e devono essere utilizzate per valutare l'adempimento degli obblighi contrattati dagli Stati Parti alla presente Convenzione e per identificare e rimuovere le barriere che le persone con disabilità affrontano nell'esercizio dei propri diritti.

3. Gli Stati Parti assumono la responsabilità della diffusione di tali statistiche e garantiscono la loro accessibilità sia alle persone con disabilità che agli altri.

## **ARTICOLO 32**

### ***Cooperazione internazionale***

1. Gli Stati Parti riconoscono l'importanza della cooperazione internazionale e della sua promozione, a sostegno degli sforzi dispiegati a livello nazionale per la realizzazione degli scopi e degli obiettivi della presente Convenzione, e adottano adeguate ed efficaci misure in questo senso, nei rapporti reciproci e al proprio interno e, ove del caso, in partenariato con le organizzazioni internazionali e regionali competenti e con la società civile, in particolare con organizzazioni di persone con disabilità. Possono, in particolare, adottare misure destinate a:

(a) far sì che la cooperazione internazionale, compresi i programmi internazionali di sviluppo, includa le persone con disabilità e sia a loro accessibile;

(b) agevolare e sostenere lo sviluppo di competenze, anche attraverso lo scambio e la condivisione di informazioni, esperienze, programmi di formazione e buone prassi di riferimento;

(c) agevolare la cooperazione nella ricerca e nell'accesso alle conoscenze scientifiche e tecniche;

(d) fornire, ove del caso, assistenza tecnica ed economica, anche attraverso agevolazioni all'acquisto ed alla condivisione di tecnologie di accesso e di assistenza e operando trasferimenti di tecnologie.

2. Le disposizioni del presente articolo non pregiudicano l'obbligo di ogni Stato Parte di adempiere agli obblighi che ha assunto in virtù della presente Convenzione.

## **ARTICOLO 33**

### ***Applicazione a livello nazionale e monitoraggio***

1. Gli Stati Parti designano, in conformità al proprio sistema di governo, uno o più punti di contatto per le questioni relative all'attuazione della presente Convenzione, e si propongono di creare o individuare in seno alla propria amministrazione una struttura di

coordinamento incaricata di facilitare le azioni legate all'attuazione della presente Convenzione nei differenti settori ed a differenti livelli.

2. Gli Stati Parti, conformemente ai propri sistemi giuridici e amministrativi, mantengono, rafforzano, designano o istituiscono al proprio interno una struttura, includendo uno o più meccanismi indipendenti, ove opportuno, per promuovere, proteggere e monitorare l'attuazione della presente Convenzione. Nel designare o stabilire tale meccanismo, gli Stati Parti devono tenere in considerazione i principi relativi allo *statute* al funzionamento delle istituzioni nazionali per la protezione e la promozione dei diritti umani.

3. La società civile, in particolare le persone con disabilità e le loro organizzazioni rappresentative, è associata e pienamente partecipa al processo di monitoraggio.

#### **ARTICOLO 34**

##### ***Comitato sui diritti delle persone con disabilità***

1. E' istituito un Comitato sui diritti delle persone con disabilità (da qui in avanti denominato "Comitato"), che svolge le funzioni qui di seguito indicate.

2. Il Comitato si compone, a decorrere dall'entrata in vigore della presente Convenzione, di dodici esperti. Alla data del deposito di sessanta ratifiche o adesioni alla presente Convenzione, saranno aggiunti sei membri al Comitato, che raggiungerà la composizione massima di diciotto membri.

3. I membri del Comitato siedono a titolo personale e sono personalità di alta autorità morale e di riconosciuta competenza ed esperienza nel settore oggetto della presente Convenzione. Nella designazione dei propri candidati, gli Stati Parti sono invitati a tenere in debita considerazione le disposizioni stabilite nell'articolo 4 paragrafo 3 della presente Convenzione.

4. I membri del Comitato sono eletti dagli Stati Parti, tenendo in considerazione i principi di equa ripartizione geografica, la rappresentanza delle diverse forme di civiltà e dei principali sistemi giuridici, la rappresentanza bilanciata di genere e la partecipazione di esperti con disabilità.

5. I membri del Comitato sono eletti a scrutinio segreto su una lista di persone designate dagli Stati Parti tra i propri cittadini in occasione delle riunioni della Conferenza degli Stati Parti. A tali riunioni, ove il *quorum* è costituito dai due terzi degli Stati Parti, sono eletti membri del Comitato i candidati che abbiano ottenuto il maggior numero di voti e la maggioranza assoluta dei voti dei rappresentanti degli Stati Parti presenti e votanti.

6. La prima elezione ha luogo entro sei mesi dopo l'entrata in vigore della presente Convenzione. Almeno quattro mesi prima della data di ogni elezione, il Segretario Generale dell'Organizzazione Nazioni Unite invita per iscritto gli Stati Parti a proporre i propri candidati nel termine di due mesi. Successivamente il Segretario Generale prepara una lista in ordine alfabetico dei candidati così designati, indicando gli Stati Parti che li hanno proposti, e la comunica agli Stati Parti della presente Convenzione.

7. I membri del Comitato sono eletti per quattro anni. Sono rieleggibili una sola volta. Tuttavia, il mandato di sei dei membri eletti alla prima elezione scadrà al termine di due anni; subito dopo la prima elezione, i nominativi dei sei membri sono estratti a sorte dal Presidente della riunione di cui al paragrafo 5 del presente articolo.

8. L'elezione dei sei membri addizionali del Comitato si terrà in occasione delle elezioni ordinarie, in conformità con le disposizioni del presente articolo.

9. In caso di decesso o di dimissioni di un membro del Comitato o se, per qualsiasi altro motivo, questi dichiara di non potere più svolgere le sue funzioni, lo Stato Parte che ne aveva proposto la candidatura nomina un altro esperto in possesso delle qualifiche e dei requisiti stabiliti dalle disposizioni pertinenti del presente articolo, per ricoprire il posto vacante fino allo scadere del mandato corrispondente.

10. Il Comitato adotta il proprio regolamento interno.

11. Il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite mette a disposizione del Comitato il personale e le strutture necessari ad esplicare efficacemente le funzioni che gli sono attribuite in virtù della presente Convenzione, e convoca la prima riunione.

12. I membri del Comitato ricevono, con l'approvazione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, emolumenti provenienti dalle risorse delle Nazioni Unite nei termini ed alle condizioni fissate dall'Assemblea Generale, tenendo in considerazione l'importanza delle funzioni del Comitato.

13. I membri del Comitato beneficiano delle facilitazioni, dei privilegi e delle immunità accordate agli esperti in missione per conto dell'Organizzazione delle Nazioni Unite come stabilito nelle sezioni pertinenti della Convenzione sui privilegi e le immunità delle Nazioni Unite.

## **ARTICOLO 35**

### ***I rapporti degli Stati Parti***

1. Ogni Stato Parte presenta al Comitato, tramite il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, un rapporto dettagliato sulle misure prese per adempiere ai propri obblighi in virtù della presente Convenzione e sui progressi conseguiti al riguardo, entro due anni dall'entrata in vigore della presente Convenzione per lo Stato Parte interessato.

2. Successivamente, gli Stati Parti presentano rapporti complementari almeno ogni quattro anni ed ogni altro rapporto che il Comitato richieda.

3. Il Comitato stabilisce le linee guida applicabili per quanto attiene al contenuto dei rapporti.

4. Gli Stati Parti che hanno presentato al Comitato un rapporto iniziale completo non sono tenuti, nei propri rapporti successivi, a ripetere informazioni già fornite. Gli Stati Parti sono invitati a redigere i propri rapporti secondo una procedura aperta e trasparente e a tenere in dovuta considerazione le disposizioni di cui all'articolo 4 paragrafo 3 della presente Convenzione.

5. I rapporti possono indicare i fattori e le difficoltà che incidono sull'adempimento degli obblighi previsti dalla presente Convenzione.

## **ARTICOLO 36**

### ***Esame dei rapporti***

1. Ogni rapporto viene esaminato dal Comitato, il quale formula su di esso i suggerimenti e le raccomandazioni di carattere generale che ritiene appropriati e li trasmette allo Stato Parte interessato. Lo Stato Parte può rispondere fornendo al Comitato tutte le informazioni che ritenga utili. Il Comitato può richiedere ulteriori informazioni agli Stati Parti in relazione all'attuazione della presente Convenzione.

2. Se uno Stato Parte è significativamente in ritardo nella presentazione del rapporto, il Comitato può notificare allo Stato Parte in causa che esso sarà costretto ad esaminare l'applicazione della presente Convenzione nello Stato Parte sulla base di attendibili informazioni di cui possa disporre, a meno che il rapporto atteso non venga consegnato entro i tre mesi successivi alla notifica. Il Comitato invita lo Stato Parte interessato a partecipare a tale esame. Qualora lo Stato Parte risponda presentando il suo rapporto, saranno applicate le disposizioni del paragrafo 1 del presente articolo.

3. Il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite dà comunicazione dei rapporti a tutti gli Stati Parti.

4. Gli Stati Parti rendono i propri rapporti ampiamente disponibili al pubblico nei rispettivi paesi e facilitano l'accesso ai suggerimenti e alle raccomandazioni generali che fanno seguito a questi rapporti.

5. Il Comitato trasmette, se lo ritiene necessario, alle agenzie specializzate, ai Fondi e Programmi delle Nazioni Unite, ed agli altri organismi competenti, i rapporti degli Stati Parti che contengano una richiesta o indichino l'esigenza di un parere o di assistenza tecnica, accompagnati, ove del caso, da osservazioni e suggerimenti del Comitato, concernenti tale richiesta o esigenza.

## **ARTICOLO 37**

### ***Cooperazione tra gli Stati Parti ed il Comitato***

1 Gli Stati Parti collaborano con il Comitato e assistono i suoi membri nell'adempimento del loro mandato.

2 Nelle sue relazioni con gli Stati Parti, il Comitato accorda tutta l'attenzione necessaria alle modalità ed ai mezzi per incrementare le capacità nazionali al fine dell'attuazione della presente Convenzione, in particolare attraverso la cooperazione internazionale.

## **ARTICOLO 38**

### ***Relazione del Comitato con altri organismi***

Per promuovere l'applicazione effettiva della presente Convenzione e di incoraggiare la cooperazione internazionale nel settore interessato dalla presente Convenzione:

(a) le Agenzie specializzate e gli altri organismi delle Nazioni Unite hanno il diritto di farsi rappresentare in occasione dell'esame dell'attuazione delle disposizioni della presente Convenzione che rientrano nel loro mandato. Il Comitato può invitare le istituzioni specializzate e ogni altro organismo che ritenga adeguato a fornire pareri specialistici sull'attuazione della Convenzione nei settori che rientrano nell'ambito dei loro rispettivi mandati. Il Comitato può invitare le istituzioni specializzate e gli altri organismi delle Nazioni Unite a presentare rapporti sull'applicazione della Convenzione nei settori che rientrano nel loro ambito di attività;

(b) il Comitato, nell'esecuzione del proprio mandato, consulta, ove lo ritenga opportuno, altri organismi istituiti dai trattati internazionali sui diritti umani, al fine di garantire la coerenza delle rispettive linee guida sulla stesura dei rapporti, dei suggerimenti e delle raccomandazioni generali e di evitare duplicazioni e sovrapposizioni nell'esercizio delle rispettive funzioni.

## **ARTICOLO 39**

### ***Rapporto del Comitato***

Il Comitato riferisce sulle proprie attività ogni due anni all'Assemblea Generale e al Consiglio Economico e Sociale, e può formulare suggerimenti e raccomandazioni

generali basati sull'esame dei rapporti e delle informazioni ricevute dagli Stati Parti. Tali suggerimenti e raccomandazioni generali sono inclusi nel rapporto del Comitato accompagnati dai commenti, ove del caso, degli Stati Parti.

#### **ARTICOLO 40**

##### ***Conferenza degli Stati Parti***

1. Gli Stati Parti si riuniscono regolarmente in una Conferenza degli Stati Parti per esaminare ogni questione concernente l'applicazione della presente Convenzione.
2. La Conferenza degli Stati Parti viene convocata dal Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente Convenzione. Le riunioni successive vengono convocate dal Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite ogni biennio o su decisione della Conferenza degli Stati Parti.

#### **ARTICOLO 41**

##### ***Depositario***

Il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite è il depositario della presente Convenzione.

#### **ARTICOLO 42**

##### ***Firma***

La presente Convenzione è aperta alla firma da parte di tutti gli Stati e delle Organizzazioni d'integrazione regionale presso la sede della Organizzazione delle Nazioni Unite a New York, a decorrere dal 30 marzo 2007.

#### **ARTICOLO 43**

##### ***Consenso ad essere vincolato***

La presente Convenzione è sottoposta a ratifica degli Stati firmatari ed alla conferma formale delle Organizzazioni d'integrazione regionale firmatarie. E' aperta all'adesione di ogni Stato o Organizzazione d'integrazione regionale che non abbia firmato la Convenzione stessa.

#### **ARTICOLO 44**

##### ***Organizzazioni d'integrazione regionale***

1. Per "Organizzazione d'integrazione regionale" si intende ogni organizzazione costituita dagli Stati sovrani di una determinata regione, a cui gli Stati membri hanno trasferito competenze per quanto riguarda le questioni disciplinate dalla presente Convenzione. Nei propri strumenti di conferma o adesione formale, tali Organizzazioni dichiarano l'estensione delle loro competenze nell'ambito disciplinato dalla presente Convenzione. Successivamente, esse notificano al depositario qualsiasi modifica sostanziale dell'estensione delle proprie competenze.
2. I riferimenti agli "Stati Parti" nella presente Convenzione si applicano a tali organizzazioni nei limiti delle loro competenze.
3. Ai fini del paragrafo 1 dell'articolo 45, e dei paragrafi 2 e 3 dell'articolo 47 della presente Convenzione, non vengono tenuti in conto gli strumenti depositati da un'Organizzazione d'integrazione regionale.
4. Le Organizzazioni d'integrazione regionale possono esercitare il loro diritto di voto nelle questioni rientranti nell'ambito delle loro competenze, nella Conferenza degli Stati Parti, con un numero di voti uguale al numero dei propri Stati membri che sono Parti

alla presente Convenzione. Tali Organizzazioni non esercitano il diritto di voto se uno degli Stati membri esercita il proprio diritto, e viceversa.

## **ARTICOLO 45**

### ***Entrata in vigore***

1. La presente Convenzione entrerà in vigore il trentesimo giorno successivo alla data del deposito del ventesimo strumento di ratifica o di adesione.
2. Per ciascuno degli Stati o Organizzazioni d'integrazione regionale che ratificheranno o confermeranno formalmente la presente Convenzione o vi aderiranno dopo il deposito del ventesimo strumento, la Convenzione entrerà in vigore il trentesimo giorno successivo alla data del deposito da parte dello Stato o dell'Organizzazione del proprio strumento di ratifica, di adesione o di conferma formale.

## **ARTICOLO 46**

### ***Riserve***

1. Non sono ammesse riserve incompatibili con l'oggetto e lo scopo della presente Convenzione.
2. Le riserve possono essere ritirate in qualsiasi momento.

## **ARTICOLO 47**

### ***Emendamenti***

1. Ogni Stato Parte può proporre un emendamento alla presente Convenzione e sottoporlo al Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. Il Segretario Generale comunica le proposte di emendamento agli Stati Parti, chiedendo loro di far conoscere se sono favorevoli alla convocazione di una conferenza degli Stati Parti al fine di esaminare tali proposte e di pronunciarsi su di esse. Se, entro quattro mesi dalla data di tale comunicazione, almeno un terzo degli Stati Parti si pronunziano a favore della convocazione di tale conferenza, il Segretario Generale convoca la conferenza sotto gli auspici dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. Ogni emendamento adottato dalla maggioranza dei due terzi degli Stati Parti presenti e votanti viene sottoposto dal Segretario Generale all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite per l'approvazione e a tutti gli Stati Parti per la successiva accettazione.
2. Ogni emendamento adottato ed approvato in conformità alle disposizioni del paragrafo 1 del presente articolo entra in vigore il trentesimo giorno successivo alla data in cui il numero di strumenti di accettazione depositati raggiunga i due terzi del numero degli Stati Parti alla data dell'adozione dell'emendamento. Successivamente, l'emendamento entra in vigore per ogni Stato Parte il trentesimo giorno seguente al deposito del proprio strumento di accettazione. L'emendamento è vincolante solo per gli Stati Parti che l'hanno accettato.
3. Se la Conferenza degli Stati Parti decide in questi termini per consenso, un emendamento adottato e approvato in conformità al paragrafo 1 del presente articolo e riguardante esclusivamente gli articoli 34, 38, 39 e 40 entra in vigore per tutti gli Stati Parti il trentesimo giorno successivo alla data in cui il numero di strumenti di accettazione depositati raggiunga i due terzi del numero degli Stati Parti alla data dell'adozione dell'emendamento.

**ARTICOLO 48*****Denuncia***

Ogni Stato Parte può denunciare la presente Convenzione per mezzo di notifica scritta al Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. La denuncia avrà effetto un anno dopo la data di ricezione della notifica da parte del Segretario Generale.

**ARTICOLO 49*****Formati accessibili***

Il testo della presente Convenzione viene reso disponibile in formati accessibili.

**ARTICOLO 50*****Testi autentici***

I testi in arabo, cinese, inglese, francese, russo e spagnolo della presente Convenzione fanno ugualmente fede. In fede di che i sottoscritti Plenipotenziari, debitamente autorizzati dai rispettivi Governi, hanno firmato la presente Convenzione.



## APPENDICE

### **CASI DI VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI, DOCUMENTATI DA AMNESTY INTERNATIONAL, IN RELAZIONE ALLA SALUTE MENTALE**

Ho ritenuto di mettere in allegato una selezione dei casi di violazione dei diritti umani relativamente alla salute mentale raccolti da Amnesty International in questi ultimi trent'anni in America, in Asia e più recentemente in Europa. In alcuni casi il fatto che i governi internino in strutture psichiatriche gli oppositori politici ci fa capire che le stesse sono concepite come luoghi di sopraffazione e negazione dell'identità e dignità umana. Altrove si esamina l'applicazione della pena di morte nei confronti di persone affette da patologie psichiatriche e infine si approfondisce la negazione al diritto alla salute in paesi dell'Unione Europea. Approfondire la condizione degli ospedali psichiatrici in questi tre paesi può aiutarci a comprendere come il percorso per la piena attuazione del diritto alla salute sarà lungo e articolato così com'è accaduto in Italia.

Le informazioni sulle situazioni e i casi presentati sono state tradotte (dall'inglese all'italiano) dal sottoscritto. Per gli obiettivi di questo libro i documenti non sono riportati nella loro versione integrale ma per approfondimenti e maggiori informazioni si possono consultare nella loro versione originale i documenti di Amnesty International segnalati in bibliografia.

#### **TURKMENISTAN (trattamenti inumani e degradanti – reprimere il dissenso)**

Sazak Durdymuradov, un insegnante di storia del Turkmenistan, era collaboratore freelance a titolo gratuito di Radio Free Europe/Radio Liberty da circa due mesi. L'emittente è l'unica radio non controllata dal governo che può essere ascoltata in quel Paese. Nei suoi interventi Durdymuradov aveva affermato la necessità di riforme costituzionali e del sistema educativo e aveva criticato le limitazioni alla libertà di parola nel suo Paese. Il 20 giugno 2008 Durdymuradov fu posto agli arresti domiciliari da un gruppo di agenti della polizia segreta presso la sua casa nella città di Bakharden, distante 200 km dalla capitale Ashgabadan. Successivamente fu condotto presso l'ospedale psichiatrico della città di Bezmein, non lontano dalla capitale, dove dieci medici gli avrebbero diagnosticato la sua instabilità mentale. Fu quindi portato in una stazione della polizia e, stante le dichiarazioni della moglie che gli fece visita il 24 giugno e che lo trovò in pessime condizioni di salute, egli fu torturato con elettroshock perché firmasse una dichiarazione con cui si impegnavo a interrompere la collaborazione con Radio Free Europe. Successivamente fu coattivamente trasferito nell'ospedale psichiatrico di Boinuzin nella regione orientale di Lebap, noto per essere usato per imprigionare i dissidenti e definito "Turkmen Gulag" dove egli è rimasto fino al 4 luglio 2008. In questa data Durdymuradov è stato rilasciato grazie anche alle pressioni giunte da varie associazioni internazionali per i diritti umani.

Il rilascio è avvenuto dopo che egli aveva firmato una lettera in cui dichiarava che avrebbe cessato di svolgere l'attività di giornalista per conto di Radio Free Europe. Nel dicembre dello stesso anno la sua candidatura per le elezioni al parlamento sono state respinte. Durdymuradov ha dichiarato all'emittente radiofonica di aver ricevuto minacce di morte, nei suoi confronti e in quella famiglia, da agenti della polizia locale.

Questo non è un caso isolato. Accade spesso che gli oppositori politici o i difensori dei diritti umani siano colpiti per le loro idee, per la loro opera di promozione e tutela dei diritti umani all'interno di un Paese o per il loro tentativo di far conoscere e denunciare all'esterno le violazioni dei diritti che si verificano nel proprio Paese.

### **REPUBBLICA POPOLARE DELLA CINA (trattamenti crudeli, inumani e degradanti - repressione del dissenso)**

Xing Jandong, un uomo di 28 anni di Shanghai è stato arrestato il 7 settembre 1993 per aver partecipato ad una dimostrazione pacifica davanti al Consolato Australiano. In precedenza aveva chiesto il permesso per poter partecipare alla manifestazione ma l'Ufficio di Sicurezza Pubblico glielo aveva negato. Egli ha presentato ricorso contro il diniego e quando anche quest'atto fu rifiutato decise di partecipare comunque alla manifestazione. Xing Jandong è stato sottoposto a detenzione amministrativa fino al 13 settembre ma al momento del rilascio la polizia lo ha trasferito nel reparto di Pubblica Sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico di An Kang a Shanghai. Dopo le dimissioni egli ha affermato di essere stato legato al letto per tre giorni e tre notti. A sua moglie, incinta di otto mesi, fu comunicato l'arresto del marito solo dopo diversi giorni. La sua famiglia ha dichiarato di essere stata informata solo verbalmente del fatto che il loro congiunto era affetto da una patologia psichiatrica ma nessuno ha mostrato loro nessuna documentazione a supporto di questo stato di malattia. Inoltre la famiglia subì pressioni da parte dell'Ufficio di Pubblica Sicurezza perché desse il consenso al confino di Xing Jandong in un ospedale psichiatrico, minacciandola che, in caso contrario, lo avrebbero mandato in un campo di lavoro per due o tre anni.

Wang Wanxing, un uomo di 43 anni, è stato arrestato dalla polizia di Pechino il 3 giugno 1992 mentre cercava di spiegare un banner in piazza Tienanmen per commemorare gli eventi del 4 giugno 1989 quando l'esercito sopprime nel sangue le dimostrazioni pacifiche per riforme democratiche. Sua moglie è stata informata del suo arresto 4 giorni dopo e senza fornire le motivazioni dell'arresto. Nell'aprile 1993, durante un'intervista filmata in segreto dalla sede televisiva della British Yorkshire, Wang Wanxing ha dichiarato di essere stato portato in ospedale sin dal luglio 1992 dopo essere stato inizialmente detenuto per un mese presso la prigione di Chao Yang. L'Ospedale Psichiatrico di An Kang è noto per essere gestito dall'Ufficio di Sicurezza Pubblica di Pechino e per assumere personale medico e poliziotti. Non esiste documentazione passata che attesti una patologia psichiatrica di Wang. La moglie ha dichiarato che i sanitari le hanno detto che suo marito soffriva di "paranoia politica". Non le è stato comunicato a quali trattamenti farmacologici era stato sottoposto suo marito sebbene, stante alle dichiarazioni dell'organizzazione per i diritti umani *Asia Watch and Physicians for Human Rights*, Wang abbia assunto farmaci oppiacei e benzodiazepine

che gli hanno causato intorpidimento articolare, vertigini, nausea e stanchezza. A seguito del suo trasferimento nell'ospedale psichiatrico sua moglie è stata sottoposta dal personale sanitario a pressioni affinché firmasse un foglio in cui si confermavano i problemi psichiatrici del marito. Davanti al suo netto rifiuto il personale le ha fatto notare che il marito sarebbe stato rilasciato in tempi rapidissimi con la cancellazione dell'accusa. Tuttavia Wang è stato detenuto per un anno e mezzo. Negli anni '70 egli era stato imprigionato per aver appoggiato l'allora leader caduto in disgrazia Deng Xiaoping. Anni dopo ha ricevuto le scuse ufficiali da parte del governo per il suo imprigionamento. Wang Miaogen fu arrestato dalla polizia a Shanghai nel mese di aprile 1993 e coattivamente condotto nel reparto di Pubblica Sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico di An Kang a Shanghai. E' stato dichiarato che egli è stato arrestato preventivamente per impedirgli di partecipare ad una manifestazione pubblica di protesta durante i Giochi Olimpici Asiatici che furono tenuti a Shanghai a maggio 1993 quando la Cina stava partecipando alle selezioni per ospitare i Giochi Olimpici del 2000. La protesta di Miaogen era relativa alla sua opposizione a questi ultimi. Il suo arresto preventivo è stato uno dei numerosi effettuati dalla polizia di Shanghai per evitare azioni di disturbo durante i Giochi Olimpici Asiatici. Molti degli arrestati sono stati detenuti per brevi periodi ma Miaogen risulta essere ancora detenuto. Stante alle informazioni ufficiali egli non soffrirebbe di patologie psichiatriche e non ci sono motivi per trattenerlo in una struttura psichiatrica. A seguito del suo arresto numerosi suoi amici avevano avviato una petizione con raccolta di firme e altre iniziative per chiedere il suo rilascio e a causa di ciò molti di loro furono arrestati tra maggio e luglio 1993. Zhang Xianliang uno dei veterani della campagna a favore della democrazia condannato a tre anni di reclusione senza un regolare processo. Miaogen non aveva una famiglia che potesse fargli visita e prima del suo arresto viveva a Shanghai da solo. Ai suoi amici è stato vietato di fargli visita e ancora dopo 8 mesi a nessuno fu consentito fargli visita.

Wang Miaogen aveva 41 anni ed era uno dei leader della Federazione Autonoma dei Lavoratori di Shanghai (SWAF) che fu fondata nel 1989 durante la campagna pro-democrazia soppressa nel sangue. Il suo ruolo nella SWAF lo aveva portato agli arresti insieme ad altri 8 sindacalisti, nel giugno 1989 con l'accusa di "aver diffuso false informazioni, di aver diffuso volantini e aver incitato allo sciopero". Egli fu detenuto per 2 anni senza un'accusa e un regolare processo e condannato "alla rieducazione attraverso il lavoro" e quando fu rilasciato non fu in grado di trovare un'altra occupazione. L'Agenzia France Presse il 4 giugno 1993 ha dichiarato che durante la custodia in mano alla polizia, e prima del suo invio in ospedale psichiatrico, Miaogen per diverse volte fu picchiato sul corpo e con calci sulla testa, legato e imbavagliato con un calzino.

## **U.S.A. (PENA DI MORTE)**

Una grave violazione dei diritti umani è l'uso della pena di morte contro le persone affette da una patologia psichiatrica, perché spesso tali persone non sono neppure in grado di comprendere la natura della punizione. Nonostante ciò molte di queste persone nel mondo sono state condannate e uccise.

Negli USA le persone affette da gravi forme di patologie psichiatriche possono essere messe a morte a meno che non siano legalmente riconosciute incapaci. Secondo una

ricerca, almeno una persona su 10 messa a morte in quel Paese dal 1977 soffriva di una grave forma di patologia psichiatrica, antecedente al crimine per il quale era stata condannata o presente al momento dell'esecuzione. Alcune di queste persone erano affette da ritardo mentale, altre da malattia mentale, talvolta da entrambi i disturbi.

In alcuni casi era stata diagnosticata una forma di malattia mentale causata o aggravata da abusi subiti in tenera età, da violenze avvenute in detenzione o da esperienze vissute in guerra. In altri, la malattia mentale era ereditaria. Dal 1977, alcuni fra i più di cento condannati a morte volontari - rinunciatari, cioè, a ricorrere in appello - erano affetti da malattia mentale e avevano espresso in modo inconsapevole il proprio consenso all'esecuzione; un desiderio di morte reso possibile da un sistema giudiziario anche fin troppo ansioso di garantire la libertà di scelta di questi individui, assecondata fino alla sua inevitabile conclusione.

In qualche caso è accaduto che si manifestassero seri dubbi sulla capacità dell'imputato di riuscire a sostenere il processo, ovvero, non era chiaro se comprendesse realmente la natura e la gravità del procedimento a suo carico o se fosse in grado di occuparsi della propria difesa.

In altri, rappresentanti legali inadeguati, hanno consentito che il processo avesse luogo senza che i giudici si rendessero conto che l'imputato soffriva di una patologia psichiatrica.

L'esecuzione di persone con patologie psichiatriche è una chiara violazione del diritto internazionale. Queste persone possono essere messe a morte negli Usa a meno che non siano riconosciute legalmente incapaci. Ma gli standard usati per determinare la sanità mentale di un individuo risultano spesso poco efficaci. In alcuni casi era stata diagnosticata una forma di malattia mentale causata o aggravata da abusi subiti in tenera età, da violenze avvenute in detenzione o da esperienze vissute in guerra. In qualche caso è accaduto che si manifestassero seri dubbi sulla capacità dell'imputato di riuscire a sostenere il processo. In altri, dei rappresentanti legali inadeguati hanno consentito che il processo avesse luogo senza che i giudici si rendessero conto che l'imputato soffriva di una patologia psichiatrica.

Un caso celebre fu quello di Scott Panetti, con una diagnosi di schizofrenia e soggetto ad allucinazioni e più volte ricoverato, che nel 1995 fu condannato a morte in Texas per aver ucciso, tre anni prima, i genitori adottivi. Panetti, che si difese da solo, si presentò al processo vestito da cowboy raccontando di demoni apparsi dopo il suo delitto per prenderlo in giro. Un medico che assistette alle udienze affermò che *“Scott era completamente ignaro dell'effetto delle sue parole e delle sue azioni. I giurati gli lanciavano occhiate ostili e lo guardavano con disprezzo mentre farfugliava e faceva cose prive di senso”*

Il 9 giugno 2008, a poche ore dall'esecuzione, il governatore della Virginia ha commutato la condanna a morte di Percy Walton. L'esecuzione era stata già sospesa nel 2003 e rinviata altre due volte nel 2006.

Il Governatore ha affermato di aver preso la decisione a causa delle gravi condizioni psichiatriche di Walton ed ha citato la sentenza della Corte Suprema Federale secondo la quale è incostituzionale mettere a morte persone prive di competenze mentali.

## GIAPPONE (Pena di morte)

Attualmente nei bracci della morte di questo paese ci sono 102 i prigionieri in attesa di sapere se e quando la loro esecuzione avrà luogo. Coloro che hanno esaurito le procedure legali sono costretti a vivere ogni giorno come se fosse l'ultimo, poiché la notifica dell'esecuzione arriva con un preavviso di poche ore. Per alcuni di loro, la vita va avanti in questo modo anche da decenni. L'esatto numero dei condannati a morte affetti da una patologia psichiatrica non è noto. Il clima di segretezza sulla pena di morte e sulle condizioni di salute dei prigionieri, insieme all'impossibilità di una verifica indipendente da parte di esperti sanitari, costringono ad affidarsi a documentazione e testimonianze indirette. Il governo non consente contatti con i condannati alla pena capitale e ha respinto la richiesta di Amnesty International di entrare nei bracci della morte. I condannati non possono parlare tra loro e sono detenuti in condizioni di stretto isolamento. Gli incontri con familiari, avvocati e altre persone possono durare anche solo cinque minuti. I detenuti in attesa dell'esecuzione non possono muoversi all'interno della propria cella, se non per andare in bagno, e sono costretti a rimanere seduti. Rispetto agli altri prigionieri hanno minore accesso all'aria aperta e alla luce naturale e vanno incontro a punizioni supplementari ogni volta che il loro atteggiamento contrasta le rigide regole imposte. *'Queste condizioni aumentano l'ansia e l'angoscia dei prigionieri, li spingono verso la pazzia e la malattia mentale'* – ha commentato Welsh ricercatore del Segretariato Internazionale di A.I. . Gli studi condotti sulla pena di morte nel mondo, da parte dell'associazione, hanno dimostrato che coloro che hanno problemi di salute mentale rischiano in modo particolare di finire nel braccio della morte, di commettere più facilmente crimini, di non essere in grado di collaborare efficacemente alla propria difesa legale e di rinunciare a ulteriori appelli contro la condanna. Rispetto agli altri prigionieri, hanno minore accesso all'aria aperta e alla luce naturale e vanno incontro a punizioni supplementari ogni volta che il loro atteggiamento contrasta le rigide regole imposte. *"Queste condizioni aumentano l'ansia e l'angoscia dei prigionieri, li spingono verso la pazzia e la malattia mentale"* - ha commentato Welsh. Nel 2003 Mukai Shinji, una persona con patologia psichiatrica, è stato messo a morte mentre il suo avvocato stava preparando la difesa per una revisione del processo. Il 23 agosto 2007 sono stati messi a morte tre prigionieri, incluso Takezawa Hifumi, nato nel 1937, che soffriva di una patologia psichiatrica esitata dopo un ictus che lo aveva reso paranoico e aggressivo. Stante gli atti relativi al suo processo medici peritali erano gli stessi sia dell'accusa che della difesa. Tuttavia egli fu giudicato completamente responsabile e condannato a morte. Il 7 dicembre 2007, Fujima Seiha e altre due persone furono condannate a morte nonostante la Corte Suprema, già in precedenza, lo avesse dichiarato incapace di intendere e volere. Miyazaki Tsutomu fu condannato nel 1997 per aver mutilato e ucciso 4 ragazze, di un'età compresa tra 4 e sette anni, tra il 1988 e il 1989. Egli fu arrestato a luglio 1989 dopo essere stato sorpreso a molestare una ragazza ed egli ripetutamente non ha mostrato alcun rimorso per il crimine commesso.

Dopo essere stato sottoposto a valutazione psichiatrica gli fu diagnosticata la schizofrenia. Tuttavia la Corte Distrettuale di Tokyo lo ha giudicato consapevole della gravità delle conseguenze e per ciò condannabile. Nonostante in passato fosse stato

sottoposto a trattamenti psichiatrici egli fu condannato a morte il 18 giugno 2008 attraverso l'impiccagione. La legislazione internazionale sui diritti umani proibisce di condannare a morte alcune categorie di persone, tra cui le persone affette da una patologia psichiatrica. Considerata la dimensione di segretezza che avvolge la pena di morte, gli avvocati sono una fonte importante di informazioni perché, insieme ad altre poche persone, possono fare visita ai prigionieri. ". Non ci sono informazioni affidabili e certe circa i prigionieri con patologie psichiatriche che sono stati messi a morte. Nakamichi Takeyoshi, l'avvocato di Kawanaka Tetsuo (condannato a morte nel 1993), in una dichiarazione ad un giornalista di Japan Times " *il mio cliente non avrebbe dovuto essere messo a morte. Già nel 1984, quando fu emessa la sentenza, il suo stato patologico era discutibile, e quando l'ho incontrato nel 1989 mi comunicò che era dominato dai computer e dalle onde magnetiche. Durante la sua detenzione era visitato semestralmente e gli venivano somministrati farmaci stabilizzatori*"

Il caso di Takuma Mamoru nato nel 1963 ben illustra la mancanza di obbligatorietà dell'appello nel caso di sospetta patologia psichiatrica. Già in giovane età (dagli inizi del 1980) soffriva di una patologia psichiatrica e nel 1984 fu accusato di stupro sebbene l'accusa fosse successivamente ritirata. Durante il ricovero in un ospedale psichiatrico si è lanciato dall'ultimo piano dello stabile fratturandosi la mascella. Dopo le dimissioni fu arrestato con l'accusa di essere coinvolto in due stupri e fu condannato a tre anni. Nel frattempo la diagnosi di schizofrenia venne confermata. Dopo il rilascio e per circa una decina di anni fu protagonista di molteplici comportamenti criminali ma non venne incarcerato a causa del suo stato patologico. Successivamente fu ricoverato coattivamente in una struttura psichiatrica dove gli fu diagnosticato inizialmente un disturbo di personalità, per poi passare alla schizofrenia e infine riconoscimento della diagnosi iniziale. Egli fu poi dimesso ed ha continuato ad avere comportamenti devianti e disturbi psichiatrici. A metà 2001 tentò il suicidio attraverso l'impiccagione, sopravvisse ma circa 2 settimane più tardi accoltellò 20 bambini – 8 tra loro morirono -e due maestre di una scuola elementare.

Takuma Mamoru fu processato e condannato a morte dalla Corte Distrettuale di Osaka Osaka District il 28 agosto 2003 nonostante la sua storia psichiatrica. Egli ha espresso il desiderio di morire e si rifiutò di ricorrere in appello e fu messo a morte il 14 settembre 2004, tre anni dopo gli omicidi. Nonostante la pena di morte continui ad essere applicata esistono molte voci contrarie: la Federazione degli Avvocati Giapponesi, ONG in difesa dei diritti umani e di quelli dei prigionieri quali ad esempio il Centro per i Diritti dei Prigionieri, Forum 90, Il Centro di Salute Mentale e Diritti Umani di Tokyo, il Centro d'Informazione sulla Pena di Morte, ecc., il Gruppo Diet (un gruppo interpartitico che chiede l'abolizione delle esecuzioni capitali ma non tutti i membri di questo gruppo vogliono essere identificati pubblicamente a causa dei costi politici che una simile scelta potrebbe significare), il Consiglio Nazionale delle Chiese Giapponesi, la Tendaishu Buddhist, il giornale Yomiuri Shimbun.

## **BULGARIA (diritto alla salute negata)**

Su questo paese Amnesty International ha prodotto 4 documenti molto circostanziati e dettagliati, com'è caratteristica specifica di questa organizzazione internazionale, che presentano gravissime violazioni dei diritti umani in special modo sul diritto alla salute (cure inadeguate, trattamenti terapeutici inappropriati, ecc.) In questo paese le persone con patologie psichiatriche soffrono serie violazioni dei loro diritti umani e subiscono azioni discriminatorie a causa della loro disabilità. Le ricerche condotte da Amnesty International negli ospedali e nelle case di cura sociali hanno evidenziato detenzione arbitraria, maltrattamenti e altri trattamenti crudeli, inumani e degradanti a carico delle persone con patologie psichiatriche o cognitive. Negli ospedali psichiatrici i pazienti sono arbitrariamente ricoverati e sottoposti a trattamenti coattivi senza la possibilità di ricorrere a procedimenti indipendenti da parte dell'autorità giudiziaria. L'alto tasso di morti nelle case di cura sociali testimonia la mancanza di cibo sufficiente e adeguato, di riscaldamento e assistenza medico-sanitaria. La contenzione fisica e l'isolamento – in stanze o celle speciali - sono usati in maniera eccessiva e sproporzionata e i finanziamenti governativi risultano gravemente inadeguati. Questi luoghi, collocati lontani dai centri urbani abitati, sono spesso anche lontano dai presidi medico-sanitari che dovrebbero garantire il loro buon funzionamento. Gli abusi commessi nei confronti di queste persone violano i diritti garantiti dai trattati internazionali, e ratificati dalla Bulgaria, che stabiliscono che tutte le persone devono essere trattate e curate allo stesso modo senza distinzioni di sorta.

Nell'aprile del 2002 in seguito ad un appello di A.I. il Pubblico Ministero della Contea di Pleven aprì un'inchiesta sulla morte di 27 residenti della casa di cura sociale Dragash Voivoda. L'Istituto di Igiene e Epidemiologia, a seguito dell'ispezione, ne ordinò la chiusura. Nei mesi più freddi del 2001 su un totale di 140 ricoverati, almeno 22 persone morirono per assistenza inadeguata, scarsità di cibo e di riscaldamento. Alcuni membri dello staff hanno dichiarato che negli inverni più rigidi le morti erano state anche più superiori. Sebbene in molti casi le ragioni di tali morti fossero registrate dovute a "insufficienze respiratorie e cardiache" gli esami autopsici di 5 casi, a febbraio e marzo 2002, dimostrarono che le cause di morte erano da addebitare a polmonite e malnutrizione. Non risulta siano stati aperti provvedimenti giudiziari per investigare su queste morti. Ad aprile 2002 sedici persone ricoverate che presentavano sintomi bronchiali non hanno ricevuto gli antibiotici prescritti per mancanza di fondi necessari. In una delle stanze di isolamento un angolo era stato recintato con fil di ferro.

Alcuni ricoverati hanno dichiarato che quando una persona veniva rinchiusa nel recinto "per punizione" all'interno veniva posta una panca. Nell'agosto del 2002 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali pubblicò una dichiarazione in cui si affermava che la casa di cura sociale Dragash Voivoda sarebbe stata chiusa entro la fine dell'anno. Il 20 settembre 2002, 70 residenti, 55 dei quali descritti come "mentalmente ritardati" furono trasferiti in altri istituti nel paese; 15 uomini affetti da schizofrenia furono trasferiti a Risokastro, un istituto che si occupa di uomini con disabilità cognitive. Altri furono trasferiti in istituti che non fornivano cure adeguate alle loro necessità.

Secondo A.I. le autorità bulgare non sono riuscite a prendere misure appropriate per mettere fine alla discriminazione e alla segregazione di persone con disabilità mentali e

per facilitare la loro integrazione nella comunità. Chiudendo un posto orribile e trasferendone i residenti in istituti ristrutturati inadeguati non hanno risolto affatto il problema. Sempre in questa struttura, un uomo anziano sanguinava dopo che il barbiere lo aveva rasato. Lo stesso barbiere, che aveva rasato 144 ricoverati, affermò di aver usato lo stesso rasoio per radere 6 o 7 persone.

Il 9 dicembre 2002 osservatori del Comitato Bulgaro Helsinki, insieme ad un giornalista della BBC, visitarono la casa di cura sociale di Pastra e dichiararono che la situazione in questo istituto era ulteriormente peggiorata.

In questa struttura 107 uomini erano rinchiusi in tre padiglioni recintati. In uno di questi il dormitorio era pieno di fumo proveniente da una cucina dove venivano bruciati rami e foglie.

Le preoccupazioni di Amnesty International riguardarono il caso di tre uomini sistematicamente soggetti ad abusi sessuali e stupro da parte di un altro ricoverato. Il personale non prese mai misure efficaci per proteggerli. Quando uno degli uomini si lamentò con un'infermiera, la risposta fu: *"I ragazzi non dovrebbero fare cose stupide. Va' a leggere un libro o qualcos'altro"*.

Un'altra preoccupazione di A.I. era che i ricoverati potessero subire maltrattamenti da parte del personale e che fossero soggetti a metodi di isolamento proibiti dalla legge internazionale sui diritti umani.

In una stanza nello scantinato del Blocco 2, che aveva barre di ferro alle finestre senza vetri, c'era un materasso sul pavimento con alcuni indumenti e pezzi di pane relativamente fresco, il che supportava le dichiarazioni fatte dai ricoverati che questa stanza veniva usata spesso per isolamento. Inoltre i ricoverati si lamentavano della mancanza di riscaldamento. In effetti al momento della visita c'erano 5 gradi centigradi. L'istituto non aveva ricevuto il carburante per il riscaldamento. Solo un gruppo di una ventina di persone nel dormitorio del Blocco 3 aveva una stufa a legna.

Amnesty International inviò una lettera al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali esprimendo le sue preoccupazioni tra cui anche per la mancanza di riscaldamento. La risposta fu che il problema era stato risolto nel 2000.

A settembre 2008 il Paese ha firmato la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità.

L'ospedale di Karlukovo disponeva di risorse economiche insufficienti per far fronte alla manutenzione ordinaria, all'acquisto di farmaci e di cibo. I dirigenti della struttura hanno dichiarato di aver ricevuto solo il 50% delle risorse economiche necessarie e il funzionamento dell'intero ospedale era reso possibile solo grazie al sostegno di organizzazioni umanitarie.

L'ospedale psichiatrico di Patalenitsa, situato in una regione montagnosa, nel 2002 non era provvisto di adeguato riscaldamento. Non c'erano fondi sufficienti per mettere in funzione il sistema di riscaldamento centrale e le stanze dei ricoverati venivano riscaldate con stufe elettriche che riuscivano a malapena a portarle alla temperatura di 14 o 15 gradi centigradi. L'accademia di polizia decise di donare alcuni cappotti.

In Bulgaria le persone ricoverate negli ospedali psichiatrici hanno poche possibilità di poter accedere e usufruire di terapie occupazionali e di risocializzazione. La televisione è l'unico diversivo. In un ospedale, dove erano ricoverate persone in TSO – cioè in trattamento sanitario obbligatorio - la loro unica possibilità di movimento era quella di



fare alcuni esercizi di aerobica nel corridoio. In alcuni casi dove la funzione tutoriale non era esercitata dai famigliari gli stessi hanno acconsentito alla somministrazione di alcuni trattamenti – persino l'elettroshockterapia - per persone che non erano state considerate incapaci da un punto di vista legale di fornire il loro consenso. Anche le procedure per il consenso informato di persone in trattamento volontario (TV) sono risultate inadeguate. In Bulgaria la terapia elettroconvulsiva è somministrata in molte strutture e nella forma immodificata del passato e cioè senza l'uso dell'anestesia o di farmaci muscolo- rilassanti. Tale modalità viene giudicata dalla gran parte della classe medica come una *poor practice* e contraria agli standard internazionali.

In una sezione chiusa del reparto femminile per acuti di Kardzali un letto, con un materasso bagnato, strappato e con macchie evidenti di feci, era stato fissato al cemento del pavimento in una stanza di isolamento. Quando fu chiesto di dimostrare in che modo lo staff avrebbe legato a letto un paziente uno di loro ha risposto *“Devo usare le cinture?”*. Un altro collega affermò che loro non usavano le cinture e che avevano poca esperienza nell'uso delle lenzuola come mezzo contenitivo. L'isolamento , anche per le persone ricoverate in TV (cioè in trattamento volontario), è apparso essere usato come punizione per i tentativi di fuga. Nel periodo di visita dei ricercatori di Amnesty International, in un reparto maschile chiuso e controllato dello stesso ospedale, c'erano quattro persone in TV . Uno di quegli uomini, Suleiman O., non aveva firmato la documentazione di ricovero volontario. Egli era stato ripetutamente inviato in ospedale dai suoi famigliari dopo le sue fughe da casa. Egli affermò che non c'erano registrazioni documentali da parte dei sanitari per il suo isolamento. Il direttore dell'ospedale affermò che i quattro uomini erano stati posti in isolamento perché *“...noi vogliamo essere sicuri che al momento del rilascio andranno a casa sani e salvi ...”* ma gli stessi erano liberi di auto dimettersi dall'ospedale *“contro il parere medico”*.

I Principi dell'ONU per la Protezione delle Persone con Patologia Psichiatrica e per il Miglioramento delle Cure nella Salute Mentale afferma *“ Ogni paziente deve essere curato in un ambiente il meno possibile restrittivo e con un trattamento meno intrusivo e restrittivo possibile. Tali cure devono essere appropriate alla salute e ai bisogni di paziente e al bisogno di protezione fisica e sicurezza degli altri”* (Principio 9). Inoltre viene stabilito che il provvedimento di TSO deve essere deciso o confermato dall'autorità giudiziaria e chiunque sia sottoposto a tali provvedimenti senza la preventiva autorizzazione deve avere il diritto di contrastare in tempi rapidi tale provvedimento davanti ad una corte.

In Bulgaria invece essi non rispondono a tali requisiti.

Kostadin K. Aveva 37 anni quando morì nella casa di cura sociale di Radovets il 5 gennaio 2001 alle 8,35. A quanto pare aveva manifestato i primi sintomi schizofrenici nel 1995 o 1996 mentre stava lavorando in Russia.

Sebbene la causa della morte fosse registrata come *“sepsi dovuta al morbo di Burger”*(o tromboangioite obliterante - si intende una forma di vasculite che interessa le piccole e medie arterie, vene o nervi) tale malattia, così come la schizofrenia, non risultava dalla cartella clinica dove era riportato che il 3 e il 4 gennaio 2001 le sue condizioni si erano aggravate e che egli soffriva di insufficienza cardiaca. Un esame medico risalente a dicembre 2000, dopo che era stato trasferito dalla casa di cura sociale di Terter dove le condizioni generali della struttura erano inadeguate, non

aveva rivelato condizioni di acuzie nonostante il direttore avesse affermato che egli presentava un congelamento a livello delle gambe. Un ricoverato della stessa struttura affermò *“...il dolore aumentava gradualmente e Kostadin ha continuato a richiedere assistenza medica. Le sue gambe e i suoi piedi erano gonfi dai polpacci in giù e camminava come un’anatra facendo un rumore martellante...Egli aveva patito molto freddo a Terter ma anche quando è stato trasferito a Radovets c’era freddo. Non è stato curato immediatamente subito dopo l’arrivo...egli fu solo lasciato a letto”*. Sempre in questa struttura molti uomini si lamentavano di essere stati sottoposti al taglio molto corto dei capelli, molto simile a quello usato per i prigionieri o per i soldati.

Molte delle case di cura sociali visitate dai ricercatori di A.I. risultavano inadatte per la cura delle persone con patologie psichiatriche e molte non erano neanche idonee come abitazioni umane.

Il luogo di alcune di queste strutture (distanza dai centri abitati, altitudine, ecc.) le rende inadatte per i ricoveri di lungodegenza. La casa di cura sociale di Razdol, situata ad un’altitudine di 1100 metri, in inverno talvolta è inaccessibile. Nel gennaio 2002 i padiglioni erano fatiscenti, sudici e pericolosi e il riscaldamento centrale non funzionava. Un dormitorio che misurava 10 metri x 10 conteneva 33 letti. Un operatore affermò che solo due letti erano forniti di lenzuola perché *“le donne sono malate e macchiano solo quelle”*. Alcuni materassi risultavano molto sporchi e rotti ed era presente solo una cucina a legna, spenta per la gran parte del giorno. Le persone ricoverate, alcuni a piedi nudi, camminavano sui sentieri ghiacciati tra un padiglione e l’altro. Questa struttura ospitava 110 donne.

In molte di queste case i ricoverati sono vestiti con stracci o vecchie uniformi dell’esercito e quasi nessuno ha propri indumenti personali. Per riscaldare molte di queste vecchie strutture o per sopperire un sistema di riscaldamento centrale inesistente o inadeguato, vengono utilizzate vecchie stoviglie ponendo i ricoverati in una costante situazione di rischio d’incendio. I servizi igienici (docce, vasche, wc, ecc.) sono spesso non funzionanti e collocati in padiglioni separati distanti dal dormitorio.

Nella struttura della città di Cherni Vrh, in specifico le celle d’isolamento si presentano con porte sbarrate e larghe a sufficienza per un letto, S.T. una persona di 38 anni è rimasta reclusa in una di queste per un mese. La stessa ha dichiarato che i propri bisogni fisiologici era costretta ad usare un secchio. L’infermiera ha affermato che S.T. era in isolamento perché *“...litiga con gli altri ricoverati e le verrà concesso di uscire dalla cella solo se si comporterà bene...”*. M.D. una signora di 50 anni è stata rinchiusa nella cella di isolamento per oltre un anno su richiesta del fratello, con l’approvazione dello psichiatra, dopo che la stessa era scappata di casa parecchie volte. Le uniche informazioni registrate nelle cartelle di tutti i ricoverati contenevano i dati anagrafici dei pazienti rinchiusi nelle celle d’isolamento e solo occasionalmente brevi note.

Non era presente la documentazione relativa ai tempi, alle persone che avevano deciso l’esecuzione di tali provvedimenti coercitivi e con quali modalità. Lo staff ha affermato che le decisioni venivano prese dopo una consultazione telefonica con lo psichiatra. In un’altra stanza, nel gennaio 2002, una giovane donna con una diagnosi di ritardo moderato è stata legata con una camicia di forza tutte le sere e talvolta anche durante il giorno. La paziente era stata legata perché, nel luglio 2001, si era ferita gravemente ad un dito della mano (si era legata in maniera molto stretta un filo intono al dito) a tal

punto da doverle amputare l'arto. In un'altra stanza, J.S. una ragazza di 28 anni, era distesa sul suo letto con le caviglie incatenate al muro per uno anno perché era scappata dalla casa di cura.

In tutta la Bulgaria le case di cura sociali presentano una grave insufficienza di personale sanitario medico, paramedico e ausiliario e si è evidenziata una non sufficiente preparazione specifica nell'ambito della salute mentale e delle disabilità in generale. Le retribuzioni sono basse e le abitazioni sono lontane dai centri di cura aggravando così la difficoltà di assumere personale e fornire loro un appropriato *training*. In alcune case di cura lo psichiatra è presente una volta al mese e in altre non è prevista una presenza costante e regolare.

In molte strutture la scelta a favore di un farmaco dipende dal ridotto o nullo costo dello stesso. Nel periodo di visita dei ricercatori di A.I. nella casa di cura della città di Samuil molti ricoverati continuavano ad assumere rischiosi farmaci anticolinergici nonostante non assumessero più farmaci antipsicotici (gli anticolinergici bloccano l'azione del neurotrasmettitore acetilcolina, a volte attraverso un'azione diretta, ma spesso come effetto collaterale. L'acetilcolina è un messaggero chimico – un neurotrasmettitore sia a livello di Sistema Nervoso Centrale (SNC) che di Sistema Nervoso Periferico (SNP) – implicato in una serie di funzioni chiave dell'essere umano tra le quali memoria e funzionamento cognitivo. I neurolettici - o antipsicotici - sono utilizzati genericamente per definire una famiglia di psicofarmaci che agiscono su precisi sistemi di neurotrasmettitori, utilizzati per il trattamento delle psicosi come, ad esempio, la schizofrenia o il disturbo bipolare). Un eccessivo dosaggio di vecchi antipsicotici come ad es. la clorpromozina o l'aloiperidolo, così come anche di farmaci di nuova generazione, che ha pochi effetti collaterali possono trasformare il paziente in "uno zombie". L'obiettivo di qualsiasi trattamento farmacologico è quello di liberare le persone dalle esperienze dolorose e devastanti che sperimentano quando soffrono di una patologia psichiatrica e non quello di paralizzarle.

Non è riconosciuto il diritto dei pazienti al consenso informato sul trattamento farmacologico. In molte delle strutture visitate dai ricercatori di Amnesty International venivano liberamente usati farmaci psicotropi per controllare alcuni comportamenti i quali potevano non avere un'origine psichiatrica ma essere dovuti a rabbia e angoscia derivanti dall'ambiente. In molte case di cura la terapia occupazionale consisteva in svolgere alcuni lavori quali pulire e fare la lavatrice.

In molte strutture la sola "attività" disponibile era guardare la televisione. Il Servizio Nazionale per l'Assistenza Sociale, che afferisce al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha approvato la chiusura di alcune strutture e ha indicato le linee guida per l'osservazione degli standard minimi per l'operatività di quelle nuove. Gli ispettori del Ministero non erano stati in nessuna delle strutture visitate dai ricercatori dell'Associazione nell'ottobre 2001 e a gennaio e aprile 2002. Le prestazioni mediche nelle case di cura sociali non sono soggette a nessuna specifica ispezione o regolamento e i controlli da parte delle autorità statali sono sporadiche o inadeguate. I rapporti citati dall'Associazione sono basati solo sulle condizioni delle strutture esistenti al momento della visita da parte dei suoi ricercatori. In quella data i servizi territoriali non erano una priorità all'interno del Sistema Socio-Sanitario bulgaro.

Tuttavia questo è stato uno degli obiettivi del Programma Nazionale per la Salute Mentale dei Cittadini della repubblica bulgara 2001-2005 e adottato dalle autorità nel giugno 2001. I rappresentanti di A.I. hanno effettuato quattro visite in molte istituzioni psichiatriche tra gennaio 2001 e luglio 2002 (alcune strutture sono state visitate due volte). Essi hanno visitato 16 case di cura per bambini ed adulti con disabilità mentali e sono tornati in quattro istituti per una seconda visita. A ottobre A.I. e il Comitato Helsinki bulgaro, un'organizzazione per i diritti umani locale, si sono incontrati in un forum internazionale a Sofia in cui hanno evidenziato le sistematiche discriminazioni contro le persone con disabilità mentali e hanno richiesto alle autorità di riformare il sistema sanitario mentale, dell'assistenza sociale e dell'istruzione. All'evento hanno preso parte i partecipanti al processo di riforma, organizzazioni non governative nazionali ed internazionali così come rappresentanti del Commissario per i Diritti Umani del Consiglio d'Europa e il Relatore Speciale delle Nazioni Unite sulle Disabilità. La Bulgaria ha ereditato dal periodo comunista precedente il 1990 l'abitudine di tenere le persone con disabilità mentali lontani dagli occhi della società. Oggi, come affermato dal rappresentante del Comitato Helsinki della Bulgaria, le condizioni nelle case di cura sono peggiori che nelle carceri. A differenza di queste ultime, situate nei centri cittadini per fungere da deterrente contro la criminalità, le case di cura per i disabili mentali si trovano in villaggi di montagna isolati o in piccole cittadine senza infrastrutture adeguate o professionisti in grado di trattare le persone con esigenze particolari - lontane dall'attenzione dei cittadini che, se sensibilizzati sul tema, potrebbero esercitare pressioni per ottenere cambiamenti.

Il trattamento inumano dei residenti riflette anche l'attitudine della gente nei confronti delle persone con disabilità mentali, le cui vite non sono ritenute meritevoli di attenzione. Per un paese economicamente povero in seguito alla caduta del comunismo, questi temi non sono una priorità. Sono necessari investimenti consistenti a favore dell'abbandono di questi istituti e programmi di sensibilizzazione sociale. Inoltre, per assicurare che i residenti nelle strutture di assistenza sociale vengano trattati umanamente e nel rispetto dei loro diritti umani, le autorità bulgare devono definire standard appropriati per il trattamento e la cura delle persone con disabilità mentali ed istituire un meccanismo indipendente di monitoraggio delle strutture. È importante ricordare che la semplice chiusura degli istituti non è una soluzione, come dimostra il caso del trasferimento dei residenti dalla struttura di Sanadinovo nel giugno 2002: 48 donne sono state trasferite a Kachulka, 7 a Razdol, mentre dei circa 40 residenti restanti ancora oggi non si conosce la destinazione.

Fino a che non ci sarà un'azione internazionale e non si raggiungeranno dei miglioramenti concreti, i residenti degli istituti bulgari continueranno a languire in queste strutture. Fortunatamente le autorità bulgare sono in una buona posizione per agire in questo senso. Non solo diverse istituzioni come la Banca mondiale, l'OMS e l'Iniziativa sulla Psichiatria di Ginevra hanno cominciato a finanziare dei programmi o a sponsorizzare eventi che migliorino la vita delle persone con disabilità mentali in tutti i paesi del mondo, ma la comunità internazionale sta dando importanza al tema, chiedendo che i diritti sociali economici e culturali diventino una priorità accanto alla tradizionale attenzione per i diritti civili e politici.

Con uno sforzo comune e consapevole, le autorità bulgare ed una coalizione unica di istituzioni locali e internazionali possono promuovere cambiamenti radicali. L'atteggiamento fino ad oggi disponibile del governo bulgaro nei confronti degli appelli di A.I. e del Comitato Helsinki della Bulgaria lascia sperare in un inizio promettente.

### **IRLANDA (diritto alla salute negata)**

Sin dal 2003 la sezione irlandese si è occupata di violazioni dei diritti umani in relazione alla salute mentale nel paese. A partire da quella data Amnesty International ha pubblicato 4 rapporti sulle negligenze governative in merito alla salute mentale come questione connessa con i diritti umani. Sebbene una persona su quattro soffra di malattia mentale, questa non è mai stata una priorità per il governo irlandese. In tutto il paese mancano servizi basati sulla comunità e l'ammissione ingiustificata di persone negli ospedali psichiatrici toglie letti a chi ne ha veramente bisogno. La sezione irlandese di A.I. fa parte della Coalizione Irlandese della Salute Mentale fondata nel 2006.

Le condizioni fisiche in alcune strutture di degenza sono insoddisfacenti e molte persone non conoscono i propri diritti e non sanno come esercitarli. Questo perché in Irlanda la cura delle malattie mentali non ha ricevuto le attenzioni e le risorse dovute. Il peso e il costo delle malattie mentali possono ricadere sulla famiglia provocando stress emozionali che, in mancanza di assistenza, possono avere un impatto negativo sulla salute mentale di tutto il nucleo familiare. Questo aspetto è stato anche sottolineato dall'Alta Corte quando un giovane era stato ricoverato in ospedale 23 volte, 15 delle quali in trattamento sanitario obbligatorio, a causa dell'assenza di sostegno da parte dei servizi territoriali e della comunità. C'è un grande e ben documentato stigma che circonda le malattie mentali e l'atteggiamento del pubblico ha origine dalla mancanza di consapevolezza e da un concetto errato delle malattie mentali. In generale l'atteggiamento verso le persone con disabilità mentali è meno positivo di quello verso le persone con disabilità fisiche.

L'obiettivo del rapporto citato in bibliografia intende promuovere una maggiore consapevolezza sul tema della salute mentale: essa non è importante solo perché ha differenti impatti sulle vite di tutti ma perché è una questione intrinsecamente connessa al godimento dei diritti umani internazionalmente sanciti in molti documenti e ratificati dal governo irlandese. La sezione irlandese di Amnesty International che sin da 2003 è impegnata attivamente sul tema della salute mentale con un approccio basato sui diritti umani, dal 2008 al giugno 2011 ha costantemente coinvolto le associazioni degli utenti, dei famigliari e di altre ONG irlandesi. La caratteristica peculiare di questo lavoro in rete è che gli utenti sono coinvolti direttamente con i membri di A.I. nei gruppi di pressione sul governo, nelle scuole, attraverso i mass media e in tutte le iniziative di sensibilizzazione rivolte alla società civile. Nel gennaio 2006 il governo irlandese si pronunciò a favore di un nuovo piano, definito *A Vision for Change (AVFC)*, per quanto riguardava la salute mentale promettendo un approccio alla questione basato sulla persona con il coinvolgimento diretto di associazioni di utenti, di famigliari e di A.I. Tale piano era impostato con un approccio olistico che teneva in considerazione fattori

biologici, psicologici e sociali. A.I. accolse con soddisfazione il piano che si presentava come un modello ambizioso e multicomprendivo su diversi livelli: promozione, prevenzione e supporto sociale. Il nucleo di valori e principi di AVFC è “... *La persona è al centro del sistema di salute mentale. I diritti umani delle persone con patologia psichiatrica devono essere sempre rispettati...*”

In seguito la sezione irlandese del movimento lanciò alcune campagne per chiedere alle istituzioni di implementare quanto avevano dichiarato nel progetto di riforma e di individuare risorse economico-finanziarie certe e appropriate.

## **ROMANIA (diritto alla salute negata)**

A.I. ritiene che le persone con patologie psichiatriche necessitino di una protezione particolare per quanto riguarda la loro integrità fisica e intellettuale, nonché i loro diritti umani. L'organizzazione internazionale prende atto con soddisfazione dei passi avanti compiuti dal governo rumeno per attuare la riforma del sistema di salute mentale e la volontà di includere Amnesty International come uno degli attori del dibattito sulla salute mentale. L'organizzazione internazionale considera le persone sottoposte a trattamenti psichiatrici in una posizione particolarmente vulnerabile.

Tuttavia la situazione degli istituti psichiatrici della Romania e le prospettive per un migliore trattamento delle persone ivi ricoverate rimane difficile nonostante il dialogo costruttivo che Amnesty International è riuscita a stabilire con le autorità rumene. Nel 2004 l'organizzazione internazionale ha prodotto un memorandum per il governo sollecitandolo a risolvere immediatamente la situazione allarmante degli ospedali psichiatrici: metodi di contenzione e provvedimenti di isolamento, la mancanza di riabilitazione o cure mediche, nonché l'incapacità di indagare in modo imparziale e indipendente le segnalazioni di maltrattamenti. Una delegazione di Amnesty International, nel novembre 2003, ha visitato 6 ospedali psichiatrici e l'associazione ha apprezzato la collaborazione dello staff che ha concesso ai membri della delegazione di visitare tutti i luoghi e in alcuni casi ha anche fornito informazioni circa la vita dei ricoverati e delle istituzioni stesse. Durante le visite lo staff è apparso genuinamente disponibile a fornire il miglior livello possibile di cure e assistenza ai ricoverati considerate le scarse risorse finanziarie e l'assenza di formazione adeguata. La delegazione ha raccolto informazioni anche da operatori che avevano lavorato in molte istituzioni psichiatriche, nel corso degli anni. Molti di loro erano preoccupati delle conseguenze nei confronti delle persone di cui dovevano prendersi cura a causa delle informazioni fornite ad Amnesty International sugli abusi di cui erano stati testimoni (possibili limitazioni all'accesso ai reparti e agli ospedali). Molte delle persone ricoverate nei reparti psichiatrici non sono affette da patologie psichiatriche e il loro ricovero in tali strutture non trova giustificazione nella legislazione rumena e quindi deve essere considerata un'arbitraria privazione della libertà. La loro ospedalizzazione, avvenuta non su base medica, è stata effettuata solo perché non potevano usufruire di adeguati servizi e supporti all'interno del loro territorio e delle loro famiglie. Nel novembre 2003 ad un rappresentante di A.I. in visita al reparto psichiatrico di Obregia a Bucharest fu riferito che molte persone condotte in ospedale rifiutavano il ricovero ma successivamente venivano “persuase” che era fatto per il loro interesse e firmavano in

consenso al trattamento. 20 uomini rinchiusi in reparto venivano trattati su base volontaria e alcuni di loro dichiararono che avrebbero voluto uscire ma non era loro concesso. Un uomo, fu riferito, che non soffriva di patologie psichiatriche e a cui non stavano somministrando psicofarmaci, fu condotto in ospedale dalla polizia e fu descritto come un homeless affetto da oligofrenia dopo esser stato dimesso dall'orfanotrofio dove era stato allevato. Durante il ricovero non ha usufruito di nessuna attività terapeutica o di risocializzazione e non è stato visitato da nessun assistente sociale per la rilevazione del suo bisogno di esser reintegrato nella comunità e di essere accompagnato durante questa fase.

Nell'ospedale psichiatrico di Poroschia il delegato di Amnesty International ha avuto modo di parlare con Gheorghina Podcoreanu, una donna di 24 anni che era stata ricoverata all'età di 18 anni. Era stata allevata in un istituto per bambini con disabilità intellettive. Al raggiungimento della maggiore età è stata inviata ai servizi del comune dove era nata che l'hanno ricoverata in maniera inappropriata in un ospedale psichiatrico poiché non c'erano servizi sociali idonei ad occuparsi di lei all'interno della sua comunità di appartenenza. All'epoca della visita Gheorghina era in buona salute: era sdraiata a letto che stava leggendo un libro perché il riscaldamento non funzionava e non vi erano attività appropriate per lei. A novembre 2003 un rappresentante di A.I. visitò l'ospedale di Poroschia gestito da un nuovo direttore. Nonostante al tempo della visita le pareti fossero state ridecorate e fossero stati acquistati nuovi letti e lenzuola si notarono solo piccoli cambiamenti nella cura dei degenti. In una stanza con una nuova porta d'acciaio con doppie sbarre di chiusura, erano ospitate 4 persone descritte dallo psichiatra come "molto aggressive". Il medico non riuscì a fornire una ragione per tenere degenti "aggressivi" chiusi nella stessa stanza con una scarsa supervisione da parte del personale. Durante la visita uno dei degenti che era anziano, fragile e affetto da demenza, era addormentato. Anche in questo caso fu chiesta al medico la ragione per tenere quella persona in una stanza chiusa e la risposta fu che si temeva che potesse abbandonare il reparto. Un altro anziano degente stava immobile nei pressi del letto. Le condizioni della terza persona, che era distesa in stato di incoscienza, fu presentato dal medico come affetto da *delirium tremens*. Il quarto degente, un uomo di 41 anni affetto da schizofrenia sin dal 1981, non dimostrò nessun segno di comportamento aggressivo al tempo della visita. Come gli altri non riceveva nessun trattamento farmacologico e non gli era consentito di lasciare la stanza (i servizi igienici erano adiacenti).

Nell'ospedale di Mocrea solo una persona era ricoverata in trattamento non volontario e la grande maggioranza degli uomini ricoverati e metà delle donne ricoverate erano tenute in reparti chiusi. Non c'erano chiare procedure per il collocamento di persone in dormitori chiusi. Inoltre erano presenti 20 persone diagnosticate come oligofrenici ricoverate in modo inappropriato in quell'ospedale (e non ricevevano trattamenti farmacologici psichiatrici). Una di loro era una minorenne, Anghela Ciurar di 17 anni, ed era stata condotta in ospedale dalla polizia all'età di 13 anni con una diagnosi di "oligofrenia di secondo livello".

Nell'ospedale di Gătaia il direttore della struttura riferì al delegato di Amnesty International che 40/50 delle persone ricoverate non necessitavano di nessun programma specifico. Molti di loro erano stati trasferiti nell'ospedale provenienti da un

istituto per bambini con disabilità intellettive sito in Lugos. Successivamente lo stesso direttore affermò che almeno 100 delle persone ricoverate non necessitavano di essere istituzionalizzate in una struttura con 450 posti letto se ci fossero stati idonei servizi socio-sanitari all'interno della comunità

Al tempo della visita di A.I. nel febbraio 2004, nell'ospedale di Nucet, erano presenti 4 casi di persone con diagnosi di schizofrenia sottoposte a ricovero non volontario su richiesta dei famigliari o della polizia a seguito dei comportamenti delle persone. Non risultava documentazione in merito al ricovero al TSO ma in breve tempo, su sollecitazione di A.I., il procuratore ha attivato con solerzia le procedure idonee per il ripristino della legalità (monitoraggio e verifica da parte di una commissione di esperti della necessità di adottare il provvedimento del TSO). Nell'ospedale erano ricoverate da 15 a 20 persone per "ragioni sociali". Il 1 dicembre 2003 un reparto dell'ospedale è stato trasformato in un centro socio-sanitario e 98 persone sono state ivi trasferite provenienti da un'istituzione per bambini. Non sono state effettuate appropriate valutazioni psico-diagnostiche e uno psichiatra responsabile ha così risposto *"L'autismo è una condizione rilevabile solo nell'infanzia. Negli anni si trasforma in un'altra diagnosi psichiatrica"*. Il centro ha in carico anche 20 persone che sono state collocate in strutture protette all'interno della comunità.

ha seguito gli sviluppi dei fatti accaduti nell'ospedale di Poiana Mare, nel sud della Romania, dove 18 persone sono morte di malnutrizione e ipotermia nei mesi di gennaio e febbraio 2004. Le condizioni di vita nell'ospedale erano deprecabili, le esigenze dei pazienti per cure mediche primarie non sono state rispettate e le prove raccolte indicano che le morti si sono verificate in circostanze sospette (assenza di medico, mancate registrazioni dei pazienti, diagnosi errate, trattamenti sanitari inadeguati, ecc.). A febbraio 2005 il Procuratore Generale ha deciso di chiudere il caso delle morti in Poiana Mare dopo che non si è riusciti a stabilire un collegamento tra le morti ed eventuali negligenze e omissioni da parte del personale. Molti dei reparti si presentavano inadeguatamente attrezzati sul piano igienico-sanitario, delle suppellettili (letti e materassi) e degli spazi in generale (in alcune strutture i ricoverati dividevano con un altro degente il proprio letto perché questo rappresentava l'unico modo per scaldarsi a causa del non o mal funzionamento dell'impianto di riscaldamento). La situazione è ben più peggiore nelle strutture a lungo-degenza e tali strutture sono spesso collocate in località remote e lontano dai centri abitati.

Molti dei Direttori Generali di queste strutture hanno dichiarato ai delegati di A.I. che i finanziamenti pubblici sono insufficienti. In un caso uno di loro ha dichiarato che il Direttore della Salute Pubblica della contea gli ha detto di cercare uno sponsor privato. Sebbene la situazione sia differente da contea a contea il budget degli ospedali è persino insufficiente per coprire i fabbisogni primari dei ricoverati. Il cibo fornito ai degenti è risultato insufficiente e di scarsa qualità e in alcune strutture di lungo degenza i ricoverati apparivano malnutriti. In molti reparti il livello di igiene personale era generalmente inadeguato e i degenti facevano la doccia in servizi malfunzionanti e non adatti per le persone con disabilità motorie, una volta alla settimana e in bagni in misere condizioni. I lungodegenti avevano pochi effetti personali, risultavano malvestiti e talvolta senza scarpe, alcuni erano vestiti succintamente o giravano nudi. Molti reparti e ospedali avevano limitati spazi per attività ricreative o di risocializzazione e in alcuni di



questi ai degenti non era concesso uscire all'esterno. Il problema del riscaldamento negli ospedali psichiatrici è cronico e persino in quelli costruiti nel 2003/2004 nel periodo invernale è ancora molto difficile avere adeguate condizioni di degenza.

Tutto questo produce effetti negativi sullo stato psicologico e della salute dei ricoverati specialmente nei confronti di coloro che sono ricoverati da lungo tempo. Nel dicembre 2001 causa della mancanza di riscaldamento, nell'ospedale psichiatrico di Jebel, sono morte 5 persone a causa di ipotermia.

Nel 2003, nel reparto femminile dell'ospedale psichiatrico di Tarnaveni, la maggior parte delle degenti era rinchiusa in due grandi stanze che erano costantemente sbarrate. C'erano 100 ricoverati nel cosiddetto "reparto superiore chiuso" e circa 50 in quello cosiddetto "reparto inferiore chiuso". Accanto ai servizi igienici c'era "il lato inferiore chiuso" dove erano tenute 10 donne con gravi disabilità senza possibilità d'utilizzo dell'acqua corrente e il gabinetto non aveva lo scarico. Le degenti non avevano accesso ai servizi igienici primari ed era consentito loro di fare la doccia solo una volta alla settimana e nel giro di due ore, nella giornata di venerdì e senza la fornitura di asciugamani. Anche le degenti erano poche vestite e talvolta camminavano anche senza scarpe nella corsia. I pavimenti erano spesso freddi e umidi e spesso coperti di feci e urine a causa dell'incontinenza di alcune degenti. Le persone si alimentavano con le mani, senza stoviglie e i pasti venivano serviti in piatti di metallo che spesso i degenti si lanciavano l'un l'altro perché non venivano ritirate subito dopo. I pasti venivano serviti attraverso una piccola apertura nella porta e lo staff non prestava l'attenzione necessaria durante la consumazione dei pasti. Alle donne ricoverate nei reparti chiusi veniva applicato un taglio di capelli molto corto o venivano sbarbate. Le degenti del "reparto inferiore chiuso" erano spesso obbligate a condividere il letto con altre persone (in alcuni casi addirittura 3 persone nello stesso letto) a causa del numero insufficiente di materassi e coperte.

Nell'ospedale psichiatrico di Gânești, che nell'estate 2003 ospitava circa 150 persone in tre padiglioni, le condizioni generali erano scarse anche se in quello che ospitava degenti con lievi disabilità appariva un po' meglio. I materassi erano in pessime condizioni e spesso con le molle sporgenti e le lenzuola erano spesso sudicie e cambiate di rado. La maggior parte dei ricoverati era vestita in modo inappropriato e con pigiami laceri e le donne non erano fornite neanche di pannolini durante il periodo mestruale. Durante la consumazione dei pasti c'era molto rumore e litigi tra i degenti che non erano supervisionati. La qualità del cibo era scarsa e non veniva servita acqua durante i pasti che venivano consumati solo con l'uso del cucchiaino. Nell'estate del 2003, uno dei tre reparti dell'ospedale psichiatrico di Gânești, ospitava tre uomini che erano sottoposti a trattamento coattivo penale perché si erano resi responsabili di reati. Durante il giorno, nonostante rimanessero chiusi nel reparto, potevano liberamente accedere agli spazi e mescolarsi con gli altri degenti. Gli altri due reparti ospitavano ricoverati di ambo i sessi e alcune degenti dichiararono di essere state ripetutamente stuprate da altri degenti uomini. Il 29 luglio una di loro fu inviata all'ospedale di Galati per l'interruzione della gravidanza e lo staff non era al corrente dello stato di gravidanza. Alcuni degenti dichiararono al personale di aver subito violenze da altri ricoverati e in alcuni casi lo staff non aveva intrapreso i provvedimenti necessari. Alcuni

degenti venivano utilizzati dal personale per mantenere l'ordine o per pratiche contenitive.

Il 21 febbraio 2003 nell'ospedale psichiatrico di Gânești un uomo di 59 anni fu ucciso da un altro degente e al momento dell'incidente mortale un ausiliario stava sedando un lite in un'altra stanza. In passato l'assalitore aveva attaccato altri ricoverati e nell'ospedale il personale era numericamente insufficiente e accadeva che un solo ausiliario fosse in turno per la cura e l'assistenza di 50 ricoverati.

Nel 2003 nell'ospedale psichiatrico universitario di Socola a Iași è stata registrata la mancanza di farmaci, cibo, igiene di base e persino di elettricità. I degenti si lamentavano che la loro dieta consistesse solo di zuppa, patate e riso. I dirigenti dell'ospedale dichiararono che i fondi allocati per l'assistenza psichiatrica erano insufficienti.

A luglio 2003 per circa 3 settimane nel reparto psichiatrico dell'ospedale della contea di Bacău i degenti sono stati costretti a dividere il proprio letto a causa di sovraffollamento. Uno psichiatra dichiarò che la situazione nel reparto di pronto soccorso era "insopportabile".

L'8 dicembre 2003 nell'ospedale psichiatrico di Gătaia, che aveva in carico 450 degenti, il riscaldamento non funzionava a causa della carenza di carbone nonostante la temperatura esterna fosse di 6 gradi. Al momento della visita della delegazione di Amnesty International nel febbraio 2004 la situazione era solo lievemente migliorata. Tre dei dieci padiglioni erano stati chiusi in inverno a causa dell'assenza di riscaldamento e i degenti trasferiti in altri reparti aggravando la già precaria situazione di sovraffollamento. Nelle sale da pranzo, di cui una molto piccola e stretta, c'erano alcune sedie e tavoli di plastica fissati al pavimento ma era comunque difficile stabilire se venivano usate. Molte stanze erano in condizioni inaccettabili e non c'erano sufficienti cuscini per tutti. Alcuni servizi igienici era in condizioni terribili e le porte di alcuni di loro, al piano terra del padiglione n. 32, erano rotte, senza acqua corrente e con gli scarichi dei gabinetti fuori uso. Nello stesso padiglione, nella stanza adibita per le attività diurne, c'era alcune sedie rotte e un televisore non funzionante. In molte stanze non c'erano armadi dove poter custodire gli effetti personali. Le risorse finanziarie per l'acquisto del cibo sono state definite disperatamente inadeguate. Nel corso del 2003 i pasti consistevano per lo più in pasta e riso. A metà dicembre 2003 furono allocate risorse aggiuntive tuttavia scarse per l'acquisto di latticini, frutta fresca o verdure. Inoltre la cucina versava in pessime condizioni e con personale numericamente insufficiente con il risultato che occasionalmente il cibo preparato non veniva servito.

A dicembre inoltrato del 2003 nel reparto psichiatrico dell'ospedale di Petroșani, ospitato in un vecchio stabile, con scarsa manutenzione e con servizi igienici malfunzionanti, i degenti erano a letto completamente vestiti incluso i cappelli a causa del freddo (alcuni di loro usavano durante il giorno piccole stufe elettriche per riscaldarsi, vietate di notte, perché l'impianto elettrico era obsoleto e si voleva scongiurare il pericolo di incendi). Il dott. Victor Marge, responsabile del reparto, dichiarò ad un giornalista locale *“La situazione è la stessa del passato ma ora è persino ben più peggiore perché non ci soldi per riparare l'impianto elettrico, per pagare le bollette o persino per comprare i farmaci”*.

Agli inizi di gennaio 2004 l'ospedale psichiatrico di Vulcan rimase al freddo per una settimana nonostante la temperatura esterna fosse di 10 gradi Celsius. Sempre nello stesso periodo, l'ospedale psichiatrico di Turceni, ospitava 105 degenti in strutture che andavano in rovina, in spazi umidi, sudici e maleodoranti di urina. I ricoverati indossavano pigiama lisi, sbrindellati e sporchi. L'infermeria disponeva solo di poche dosi di diazepam e levopromazina (il primo appartiene alla categoria delle benzodiazepine e possiede proprietà ansiolitiche, anticonvulsivanti, sedative e miorilassanti. Il diazepam è comunemente utilizzato per trattare i disturbi d'ansia, l'insonnia e gli spasmi muscolari. Il secondo è un neurolettico che appartiene alla famiglia delle fenozipine. L'azione principale del farmaco è sedativa in particolare dove esistano disturbi del sonno). Altri farmaci venivano consegnati con modalità discontinue e in quantità insufficienti. Dopo che l'unico psichiatra della struttura aveva lasciato l'incarico, i degenti venivano visitati una volta alla settimana da un medico in pensione. Durante la visita dei delegati di Amnesty International, il 4 febbraio 2004, l'ospedale di Mocrea era sprovvisto di corrente elettrica, acqua o riscaldamento a causa di corto circuito che aveva distrutto le tubature provocando l'allagamento della cucina. Nella struttura era presente solo una stanza per i servizi igienici provvista di due docce per 115 degenti. Per raggiungere le docce bisognava percorrere lunghi corridoi freddi. A causa delle scarse risorse economiche l'ospedale era obbligato ad usare legname, proveniente dal parco, produrre fuoco per scaldare. Molte stanze erano solo dotate di stufe che venivano accese solo al mattino ma in tre stanze, nel reparto maschile, non c'erano neanche le stufe. In una di queste stanze erano ospitati 22 degenti con 15 letti disponibili. L'accesso di un'altra stanza era bloccato da una panca e da un lungo tavolo, le finestre erano ricoperte da un compensato e non c'era illuminazione. C'erano solo 4 letti sgangherati per sei uomini affetti da disabilità intellettive, fisiche e sensoriali. Si potevano riscontrare simili terribili condizioni anche in una stanza chiusa del reparto femminile dove erano tenute 6 donne, in 5 letti, con la necessità di essere lavate e cambiate.

Lungo tutto l'arco del 2003 Amnesty International ha ricevuto denunce da parte di molti degenti ai quali erano state negate cure e sanitarie adeguate a causa della scarsità di fondi ed erano stati effettuati trattamenti coattivi senza il necessario rispetto delle procedure consentite dalla legge. Molti ospedali erano sprovvisti di programmi e attività di riabilitazione e di risocializzazione. Nei reparti di alcuni nosocomi le attività riabilitative consistevano nell'effettuazione delle pulizie (pulire, lavare, ecc.) al posto del personale preposto e senza alcuna remunerazione. I pochi degenti incontrati da A.I. hanno dichiarato di aver ricevuto scarse informazioni sui trattamenti farmacologici ai quali venivano sottoposti e i loro effetti. In molti reparti i degenti non ricevevano cure adeguate per altre malattie somatiche (per es, le cure stomatologiche). A.I. ha anche ricevuto denunce circa la scarsa accuratezza e l'assenza di tutela della privacy da parte del personale sanitario scarsamente formato e numericamente insufficiente. Solo pochi infermieri avevano una specifica formazione psichiatrica. Agli ausiliari, anch'essi in numero ridotto e scarsamente formati, veniva affidato gran parte del lavoro di monitoraggio e assistenza e spesso non erano in grado di proteggere i degenti più vulnerabili da abusi inclusi quelli sessuali. In alcune dichiarazioni scritte gli ausiliari sono stati accusati di uso eccessivo della forza e di aver sottoposto deliberatamente a

maltrattamenti i degenti. Le contenzioni e le pratiche di isolamento in molti reparti degli ospedali psichiatrici non rispettavano gli standard internazionali in materia e in alcuni casi si configuravano come trattamenti crudeli, inumani e degradanti. Non c'erano protocolli né registrazioni delle contenzioni effettuate e delle pratiche di isolamento poste in essere. Alcuni reparti non avevano un sistema procedurale per assistere i degenti che dichiaravano di essere stati maltrattati dalla polizia prima di essere condotti in ospedale. Alcuni medici hanno dichiarato ad Amnesty International che alcuni degenti, che al momento del ricovero avevano dichiarato di essere stati picchiati, presentavano ecchimosi ed altri tipi di lesioni dovute al maltrattamento subito.

Nel febbraio 2003 è stato denunciato che nel reparto psichiatrico l'ospedale municipale di Roman aveva ripristinato "pratiche medievali" per contenere i degenti violenti legandoli ai letti. Il direttore del reparto dichiarò ad un giornalista locale (Ziarul de Roman – giornale di Roman -) che *"..non avendo ricevuto, sin dal novembre 2002, farmaci con effetti sedativi erano costretti ad usare quei metodi poco ortodossi..."*. Inoltre la struttura, che disponeva di 74 posti letti, era pesantemente decurtata con personale ridotto ed era presente un solo infermiere per turno.

Nel marzo 2003 nell'ospedale psichiatrico della contea di Alexandria un giornalista denunciò di aver trovato 5 uomini chiusi in una stanza con quattro letti. Uno di loro era incatenato alla mano destra. Non c'erano vetri alle finestre e i degenti erano obbligati ad usare un secchio per le loro esigenze fisiologiche. Anche in questo caso il direttore affermò che non erano in possesso di farmaci adeguati, a causa della scarsità delle risorse finanziarie, per sedare le persone violente, che quelle persone comunque necessitavano di essere contenute, e che altri erano confinati in una stanza chiusa perché non c'era personale sufficiente per accompagnarli ai servizi igienici che in ogni caso erano malfunzionanti. Nel maggio 2003 il Ministro della Sanità revocò la sua decisione di chiudere l'ospedale perché c'erano stati alcuni miglioramenti. A novembre 2003 un rappresentante di Amnesty International visitò l'ospedale di Poroschia gestito da un nuovo direttore. Nonostante al tempo della visita le pareti erano state ridecorate ed erano stati acquistati nuovi letti e lenzuola si notarono piccoli cambiamenti nella cura dei degenti. In una stanza con una nuova porta d'acciaio con doppie triple sbarre di chiusura ospitava 4 persone descritte dallo psichiatra come "molte aggressive". Il medico non riuscì a fornire una ragione per tenere degenti "aggressivi" chiusi nella stessa stanza con una scarsa supervisione da parte del personale. Durante la visita un anziano degente, affetto da demenza, era addormentato. Anche in questo caso fu chiesta al medico la ragione per tenere quella persona in una stanza chiusa e la risposta fu che si temeva che potesse abbandonare il reparto. Un altro anziano degente stava immobile nei pressi del letto. Le condizioni della terza persona, che era distesa in stato di incoscienza, fu presentato dal medico come affetto da *delirium tremens*. Il quarto degente, un uomo di 41 anni affetto da schizofrenia sin dal 1981, non dimostrò nessun segno di comportamento aggressivo al tempo della visita. Come gli altri non riceveva nessun trattamento farmacologico e non gli era consentito di lasciare la stanza (i servizi igienici erano adiacenti).

Nel reparto femminile dell'ospedale psichiatrico di Târnaveni i degenti distribuivano i farmaci agli ricoverati su mandato degli infermieri e senza che questi ultimi verificassero la correttezza della somministrazione e l'effettiva assunzione degli stessi. I farmaci

venivano lasciati spesso incustoditi e infrequenti incidenti o condotte violente tra i degenti non venivano monitorate con la necessaria attenzione. Il 19 luglio 2002 una donna, la cui identità viene mantenuta segreta per proteggerla da eventuali ritorsioni, si rifiutò di essere rasata e iniziò a urlare. Un ausiliario la schiaffeggiò, le torse il braccio e con l'aiuto di un altro degente cercò di trascinarla lungo il pavimento per raderla. L'episodio fu riferito alla coordinatrice infermieristica, da una volontaria presente del reparto, che apparve preoccupata per l'uso della forza ma successivamente giustificò l'azione affermando che la degente era agitata.

Nell'ospedale di Gătaia un gruppo di ricoverati con disabilità intellettive, che non richiedevano alcun trattamento psichiatrico, lavoravano come addetti allo scarico e alla conservazione del carbone che veniva usato per il riscaldamento. Tali compiti venivano loro assegnati dagli operatori dell'ospedale e si lamentavano di non ricevere alcun compenso economico sin dal 2000, data d'inizio dell'incarico. Sempre in questa struttura la stanza di isolamento aveva sbarre di ferro, finestre con vetri rotti e materassi sudici. I delegati di A.I. hanno anche visto un topo nella stanza che al tempo della visita era vuota.

L'ospedale psichiatrico di Mocrea oltre alla somministrazione di farmaci non forniva altri trattamenti: le attività di riabilitazione erano cessate nel 1989. I degenti non avevano accesso al soggiorno perché la porta era chiusa. I degenti avevano scarso accesso ai trattamenti non psichiatrici e le cure stomatologiche erano fornite solo in pronto soccorso per quei degenti che potevano pagarle. Un uomo che soffriva di miastenia (appartenente alle malattie neuromuscolari caratterizzata da debolezza muscolare fluttuante e affaticabilità; è una delle malattie autoimmuni meglio conosciute) per due o tre anni non ricevette nessun trattamento per la sua malattia. Per muoversi usava un ausilio in alluminio che era rotto ed aveva bisogno dell'assistenza di un altro degente o di un membro dello staff. L'ospedale non era in grado di fornire un adeguato trattamento anche ad un altro ricoverato che non soffriva di disturbi mentali ma che aveva riportato gravi danni cerebrali a causa di incidente avvenuto nel 2001. La sua fronte mostrava una larga parte di pelle mancante dalla quale sporgevano ossa del cranio.

I delegati di A.I., durante la loro visita al nosocomio, videro una donna di 38 anni distesa con la faccia rivolta al pavimento e quasi nuda. Due settimane prima la donna aveva riportato ustioni sulla schiena dopo che i suoi indumenti presero fuoco mentre si stava appoggiando alla stufa. L'ospedale generale rifiutò di ricoverare la donna e le furono prestate le cure necessarie all'interno del reparto psichiatrico e dopo un consulto telefonico con i sanitari dell'ospedale generale.

Il direttore dell'ospedale psichiatrico di Ștei a dicembre 2003 e gennaio 2004 dichiarò ai delegati di A.I. che erano sprovvisti di levopromazina e le quantità usate erano state acquistate grazie ad una colletta tra i membri dello staff per garantire almeno il trattamento farmacologico di 50-60 degenti. Il budget ospedaliero per l'acquisto dei farmaci era stato ridotto da 1.7 bilioni di lei del 2003 a 1.2 bilioni di lei del 2004. Sempre durante la visita di Amnesty International, nel febbraio 2004, la quantità di diazepam presente era sufficiente solo per un mese. La stessa situazione si è presentata anche nell'ospedale psichiatrico di Nucet dove lo staff avrebbe preferito usare gli psicofarmaci di nuova generazione. Il budget per l'acquisto dei farmaci del centro medico-sociale di

Nucet era persino inferiore a quello dell'ospedale stesso sebbene i bisogni dei degenti, stante a quanto dichiarato dallo psichiatra del centro, fossero uguali.

Lungo tutto il 2003 A.I. ha ricevuto denunce sull'inadeguatezza delle cure erogate negli ospedali psichiatrici a causa della scarsità di fondi persino i due dei migliori ospedali psichiatrici universitari quello di Bucarest, diretto dal Prof. Alexandru Obregia, e quello di Iași Socola. Pochi ospedali erano forniti di staff in grado di fornire attività riabilitative e terapeutiche.

Pochi degenti, intervistati da Amnesty International, dichiararono di essere stati informati circa i trattamenti farmacologici e i loro effetti. In molti ospedali e reparti psichiatrici le contenzioni e l'isolamento non erano in linea con gli standard internazionali e in alcuni casi si configuravano come trattamenti crudeli, inumani e degradanti. I medici di alcuni ospedali hanno dichiarato che alcuni dei degenti condotti in ospedale riportavano ferite dovute ai maltrattamenti ad opera della polizia. Le denunce riportate dai degenti venivano segnalate nelle cartelle cliniche ma non era presente un sistema procedurale per assisterli nella formulazione dei reclami.

La mattina del 30 maggio 2003 nell'ospedale psichiatrico di Brăila un infermiere scoprì il cadavere di un ragazzo di 20 anni che era stato strangolato con un lenzuolo, gli erano stati tagliati testicoli ed era stato sgozzato con un rasoio. L'uomo era ospitato in una stanza con altri dieci degenti e uno di loro fu sospettato dell'omicidio. Il fatto era avvenuto durante la notte quando, nelle dieci stanze del reparto al terzo piano, erano ricoverati degenti ritenuti pericolosi posti in isolamento e con un solo ausiliario in servizio. Il dr Gabriel Gheorghiu, responsabile del Dipartimento di Sanità Pubblica di Brăila, dichiarò che il numero degli operatori avrebbe dovuto essere aumentato perché all'epoca dei fatti c'erano solo 35 operatori per 140 degenti. Nello stesso ospedale il 28 settembre 2003, un uomo di 33 anni morì dopo essere stato aggredito da altri due degenti. La polizia fu informata dell'accaduto dai sanitari dell'ambulanza che riferirono che le cause della morte erano da ascrivere a ferite alla testa.

Il 12 settembre 2003 un degente dell'ospedale psichiatrico di Arad, che era stato ricoverato il giorno prima, fu aggredito da un altro degente che gli ha sbattuto parecchie volte la testa contro il pavimento prima di staccargli un testicolo con un morso. La vittima morì a causa delle gravi ferite riportate durante l'aggressione. I famigliari della vittima dichiararono che l'incidente non sarebbe accaduto se ci fosse stato in servizio un numero maggiore di operatori invece che un infermiere e un usciere che controllava l'accesso al reparto.

Il 29 gennaio 2004 nell'ospedale psichiatrico di Becelan, il Sig. Sorin Baciù dell'età di 36 anni, fu ucciso con pugni e calci che gli causarono molte ferite che provocarono il sanguinamento degli organi interni da Laurențiu Tarmure, un altro degente. Quattro giorni prima dell'accaduto, quest'ultimo aveva già aggredito un altro degente e a seguito da questa aggressione era stato trasferito nella stanza di isolamento insieme a Sorin. Stante le dichiarazioni del procuratore generale, riportate il 31 gennaio dal giornale *Ziua* ("Il Giorno"), l'assalitore voleva sdraiarsi sul letto di Sorin il quale se ne lagnò con gli operatori che lo invitarono ad usare un altro letto. Lo stesso procuratore dichiarò che quella notte c'erano in servizio solo due ausiliari per tutto l'ospedale che ospitava 140 degenti e che le condizioni di vita all'interno del reparto erano miserevoli.



Il testo affronta il tema della salute mentale e le violazioni dei diritti umani ad esso correlate, un argomento poco conosciuto e spesso negletto. Si è scelto di utilizzare, in maniera rilevante e significativa, come punto di riferimento culturale, sociale e giuridico i documenti pubblicati da Amnesty International (o buona parte di essi) poiché tale organizzazione è nota in tutto il mondo per la sua imparzialità e per la sua accuratezza.

Nel primo capitolo viene offerta una panoramica storica della salute mentale per poi tracciare dei segni nell'ambito dei diritti umani. Vengono inoltre presentate le dimensioni della fragilità e della marginalità, spesso peculiari caratteristiche di chi soffre di una patologia psichiatrica, con uno sguardo antropologico e pedagogico.

Il tema centrale del secondo capitolo è l' *empowerment* delle persone e della comunità di appartenenza.

Il terzo capitolo presenta la posizione di Amnesty International sul tema delle violazioni dei diritti umani in merito alla salute mentale.

Il quarto capitolo affronta l'indivisibilità, l'interdipendenza e l'universalità dei diritti umani, la lotta allo stigma e la promozione della salute mentale.

In coda sono riportati i testi integrali della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali, Culturali, la Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità.

Nell'appendice vengono presentati alcuni casi di violazione dei diritti umani in relazione alla salute mentale documentati da Amnesty International.

Pubblico a cui si rivolge: Operatori sociali (Assistenti Sociali, Infermieri, Psicologi, Psichiatrici, Educatori), Insegnanti, familiari, utenti, studenti, cittadini sensibili alle tematiche sociali, associazioni/enti attivi nell'ambito della salute mentale.

Per quali ragioni dovrebbero acquistare l'opera? E' uno dei rari testi che affronta il tema della salute mentale dal punto di vista delle violazioni dei diritti umani così come riconosciuti nei maggiori documenti internazionali. La riflessione su questo tema viene effettuata anche attraverso lo sguardo di Amnesty International.

Per quali ragioni dovrebbe essere preferito? In questo saggio vengono forniti spunti di riflessione su questioni salienti in psichiatria: *empowerment*, cittadinanza attiva, coinvolgimento nel percorso di cura, diritto alla salute e a servizi accessibili e idonei, coinvolgimento della comunità, tutela dei diritti umani.

**CARLO SCOVINO** - vive e lavora a Milano in qualità di Educatore Professionale presso il Centro Psico Sociale di zona 4 dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico. E' Co-Responsabile delle Attività di Riabilitazione dell'Unità Operativa di Psichiatria n. 55 della stessa Azienda. E' laureato in Scienze della Formazione e svolge da molti anni un'intensa attività di formazione e sensibilizzazione sul tema dell'intervento educativo in psichiatria presso Scuole Medie Superiori, Università, all'estero (in Iraq per conto dell'UNICEF), associazioni del privato sociale e del no-profit. Sempre su questo tema ha pubblicato numerosi articoli e ha partecipato a convegni e seminari. Lavora in ambito sociale da oltre 30 anni.

Attività di insegnamento svolte attualmente: Docente c/o Università degli Studi di Milano - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Corso di Laurea Educazione Professionale.

Altre pubblicazioni:

Pubblicazione di articoli sul tema dell'animazione sociale, della riabilitazione psichiatrica, della riabilitazione cognitiva e dell'educazione.

Stesura e pubblicazione del libro *"La congiura del silenzio. Rompere la paura e l'isolamento: violazioni dei diritti umani nei confronti delle persone che presentano una condizione di HIV-AIDS"* con il patrocinio di Amnesty International.

Stesura e Pubblicazione dell'e-book *"Il tempo libero nella disabilità"* a cura di Arcipelago Ed.



L'espressione dei punti di vista riportati in questo testo appartengono all'Autore che ne risponde personalmente, e non rappresentano necessariamente le posizioni di Amnesty International. Le sottolineature e le evidenziazioni non sono da attribuire ad Amnesty International e non hanno lo scopo di stabilire delle graduatorie di responsabilità circa le violazioni dei diritti umani. Laddove l'Autore le ha poste servono solo a richiamare l'attenzione dei lettori sul tema del presente libro.