

Diritti nella salute mentale: quadro normativo, giurisprudenziale e prospettive politiche

a cura di Claudia Moretti

Indice

Introduzione	3
Diritti di libertà e dignità	4
a) Contenzione meccanica e farmacologica	4
b) Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)	9
Diritti di autodeterminazione	10
a) Le misure di protezione, interdizione, inabilitazione e amministrazione di sostegno	10
b) L'attuazione del consenso informato ai trattamenti sociosanitari (art. 1 l. 219/2017)	11
Diritti di cura nella prospettiva bio-psico-sociale	12
a) Diritto alla personalizzazione della cura. I percorsi sociosanitari integrati	12
b) Diritto effettivo alla psicoterapia mirata	13
Il diritto alla cura non autosufficienza e nella disabilità, profili economici	15
a) Il caso delle Residenze Sanitarie Assistenziali per malati con patologie psichiatriche	15
b) Indennità di accompagnamento e salute mentale dei minori	16
Riduzione del danno nelle dipendenze	18
REMS e misure di sicurezza, presa in carico della salute mentale in carcere	21

Introduzione

Parlare di salute mentale significa parlare di diritti fondamentali, prima ancora che di organizzazione dello Stato e della Sanità.

Dalla riforma Basaglia (L. 180/1978) passando dalle grandi Riforme del SSN (D.lgs 502/92 e 229/99), fino alle più recenti in occasione del PNRR la riforma sull'Assistenza Territoriale (DM 77/22; Disabilità D.lgs e Anzianità, la persona con sofferenza psichica non è più **oggetto di custodia** (le precedenti leggi portavano con sé i diversi valori protetti (la società e il buoncostume) ma **soggetto titolare di dignità e autodeterminazione** (artt. 2, 3, 13, 32 Cost.), nonché **soggetto di diritti di assistenza e cura “personalizzata e partecipata”**.

Eppure, a **quasi cinquant'anni di distanza**, le storture permangono e i diritti, in larghissima parte **già codificati** sono sulla carta. Lettera morta di un legislatore prolioso, intento a stare al passo nella forma, nel linguaggio e negli adempimenti eurocomunitari. Lettera morta anche l'affermazione di qualche sporadico caso che finisce alla Cedu, o in un Consiglio di Stato che magari non si legge nessuno a parte il ricorrente.

Persistono pratiche procedimenti e inadempienze, indotti dalla scarsità dei fondi certo, ma anche dallo stigma, dal pregiudizio, dalla paura del diverso, dalla difesa dell'ordine dei sani e dal risparmio energetico verso gli esclusi, i periferizzati.

Pratiche come la **contenzione meccanica e farmacologica** e il Trattamento Sanitario Obbligatorio (**TSO**), l'uso distorto dell'**amministrazione di sostegno**, le carenze nell'accesso alla **psicoterapia** se non in forma privata e la gestione insufficiente e inefficiente delle **REMS con le sue liste d'attesa**, la difficile attuazione unitaria della **presa in carico e di personalizzazione della cura**, l'assenza di prevenzione nel campo delle **dipendenze** e di percorsi fieri e fattivi di **riduzione del danno**. Difficoltà nella **personalizzazione della cura**, nella **continuità ospedale - territorio - istituzioni scolastiche e socio riabilitative**, nell'individuazione certa di **chi debba sopportare gli oneri economici** di un percorso sociosanitario o socioassistenziale integrato, stante le numerose caselle di difficile declinazione pratica (Lep, Lea, Leps, quote sanitarie, quote alberghiere, tabelle e norme che si sovrappongono e contraddicono, e che solo un tribunale di ultimo grado può con certezza determinare).

Permangono le criticità ad affermare **i contenuti del diritto stesso alla cura**: la prevalenza per non dire **prepotenza del farmaco**, iatrogeno spesso sulla **terapia della parola**. Fatto, allora, il punto sulle tematiche di ordine medico e culturale, sull'eziologia

dei comportamenti degli operatori di SPDC, CSM e assistenti sociali, accusata l'attuale impostazione pan-psichiatrica del sistema, occorre stilare un **vademecum dei diritti di salute mentale** per gli operatori e i cittadini *che conoscano per tempo*, possibilmente *prima di finire nel vortice del farmaco iatrogeno*, cosa, *quando*, *a chi* per poi elaborare strategie per invocarne il rispetto.

Per quanto sia operazione **non facile e che si scontra con i limiti di semplificazione e generalizzazione**, proverò, dunque, in estrema sintesi, a passare in rassegna ***alcuni singoli diritti nell'ambito della salute mentale*** (senza pretesa di esaustività e senza dividere i soggetti portatori di gravi o gravissimi disturbi), come fossero i *mattoni della casa che vogliamo costruire*, identificando la cornice di quanto **già è previsto e cogente**.

Per quanto, infatti, complessa sia la gestione pubblica della salute mentale, un diritto negato rimane il punto di partenza per ogni iniziativa politica sul tema.

E' evidente che la **consapevolezza dei propri diritti** e delle **azioni possibili di ciascuno**, dal basso, con la pazienza e **l'iniziativa di chi sfida la giustizia** (oggi pochi? domani di più), possa fare la sua parte, e realizzare quella *massa critica* spingendo i decisori di turno al reperimento dei fondi necessari, al rispetto delle evidenze scientifiche emergenti, all'*attuazione in concreto* di quel cambiamento bio psico sociale scritto ormai ovunque da svariati anni e di cui le norme sono piene.

Molti diritti, infatti, se non addirittura tutti sono già su carta, nei principi, nei dettagli e procedure. Frutto di un cambiamento di paradigma iniziato qualche anno con la Convenzione ONU di New York e proseguito, in punta di fioretto, con provvedimenti di Ministri, Commissioni, Cabine di Regia, task force, atti dei governi centrali e regionali e accordi delle conferenze stato regioni , Corte Costituzionale, Tribunali di primo e secondo grado, Garanti, Comitati e Cedu. Recentemente sono stati già passati attraverso le Corti, le cui motivazioni formano *quel progetto di casa complesso*, stratificato a più piani e faraonico, per la gestione della salute mentale. Del resto, si sa, scrivere non costa nulla.

Diritti di libertà e dignità

a) Contenzione meccanica e farmacologica

La contenzione (manuale, meccanica, farmacologica, ambientale, psicologica) limita la libertà personale e deve essere usata solo in casi eccezionali di pericolo per sé o per altri.

Non esiste una disciplina legislativa organica (tranne nell'ordinamento penitenziario), il che solleva dubbi di legittimità costituzionale rispetto agli artt. 13 e 32 Cost.

Dal modello custodialistico della legge del 1904 alla legge Basaglia (1978), la salute mentale è stata ricondotta al diritto alla salute. L'art. 32 Cost. consente trattamenti obbligatori solo se indispensabili per la salute collettiva e senza pregiudicare la dignità individuale.

Paesi come **Inghilterra e Finlandia** hanno introdotto specifiche leggi che disciplinano il ricovero e la contenzione, *richiedendo espressamente il requisito della pericolosità* e lasciando un maggiore potere decisionale agli operatori sanitari, mentre **Italia e Spagna** hanno mantenuto un approccio diverso, che coinvolge anche l'**autorità giudiziaria**.

In questo quadro si inserisce **il tema del consenso, e del consenso informato**. In psichiatria, il consenso non può essere ridotto a un atto formale acquisito una volta per tutte, ma deve essere concepito come un processo continuo, con verifiche periodiche e dialogo costante tra medico e paziente. Spesso, più che un consenso pienamente informato, si registra un semplice assenso, condizionato dalla patologia stessa e dalla ridotta capacità di autodeterminazione. È evidente quindi che la costruzione di un'alleanza terapeutica diventa fondamentale, così come il coinvolgimento dei familiari o di medici di fiducia. Il rifiuto del paziente psichiatrico, proprio perché condizionato dalla malattia, non può essere interpretato sempre come libero e insindacabile.

Sia **sul piano internazionale, la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e la giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo** sottolineano l'incompatibilità della contenzione meccanica protratta con il rispetto della dignità. Un caso recente deciso dalla Corte EDU (sez. I, sentenza 7 novembre 2024 (ric. n. 8436/21) ha riguardato un cittadino italiano sottoposto a TSO e poi a contenzione meccanica per otto giorni consecutivi, con trattamenti farmacologici prolungati. La Corte ha ritenuto legittima solo la fase iniziale, necessaria per evitare danni immediati, mentre ha condannato l'Italia per le misure successive, considerate sproporzionate e assimilabili a trattamenti inumani o degradanti.

Oltre alle sentenze citate, va ricordato che il **Comitato Europeo per la prevenzione della tortura (CPT)** ha ripetutamente richiamato l'Italia all'adozione di una normativa chiara che vieti l'uso ordinario della contenzione. In molte Regioni esistono **linee guida interne**.

Anche la **giurisprudenza italiana** ha ormai chiarito un punto fondamentale: la contenzione **non può essere qualificata come atto medico**. Non rientra cioè tra quelle pratiche che, avendo finalità terapeutiche, trovano una copertura costituzionale nell'articolo 32 della Costituzione. Al contrario, la contenzione viene ricondotta alle cosiddette cause di giustificazione del codice penale, come lo stato di necessità.

Un passaggio chiave in questa direzione si trova nella sentenza della **Cassazione penale n. 50497 del 2018**, che riguardava la morte di un paziente psichiatrico sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio e tenuto in regime di contenzione legato al letto per quattro giorni in un istituto campano (Caso Mastrogiovanni). La Corte ha stabilito che la contenzione biomeccanica **non ha una funzione curativa ma cautelare**: non migliora le condizioni cliniche del paziente, ma serve soltanto a prevenire comportamenti autolesivi o violenti nei confronti di terzi. Si tratta quindi di una misura esclusivamente cautelare, finalizzata a proteggere l'integrità fisica del paziente e delle persone che lo circondano. Proprio per questo motivo non può essere lasciata alla discrezionalità del medico, come accade invece per gli atti diagnostici o terapeutici.

La Corte è stata molto netta: la contenzione è una restrizione della libertà personale e, in quanto tale, può essere usata solo come extrema ratio, cioè in casi davvero eccezionali di pericolo immediato e grave per l'incolumità delle persone. Deve inoltre essere limitata al tempo strettamente necessario e mantenuta sotto costante controllo medico.

La **letteratura scientifica** ricorda, del resto, che l'uso della contenzione comporta rischi molto seri: lesioni da pressione, abrasioni, strangolamenti accidentali, fino a conseguenze gravi legate alla posizione di immobilità forzata.

La Cassazione ha anche chiarito quali sono i presupposti che possono rendere legittimo il ricorso alla contenzione ai sensi dell'**articolo 54 del codice penale**, quello che disciplina lo stato di necessità. Innanzitutto, deve esserci un **pericolo attuale di danno grave alla persona**, dimostrabile con **elementi oggettivi e annotato in modo preciso nella cartella clinica**. Questo pericolo deve essere **costantemente rivalutato**, ora per ora, per verificare se sussistano ancora le condizioni che hanno giustificato la misura. In secondo luogo, occorre che quel pericolo **non possa essere evitato in nessun altro modo**: quindi la contenzione può essere applicata *solo se non ci sono alternative praticabili*. Infine, deve esserci proporzionalità tra il rischio e la misura: significa che bisogna scegliere **la forma di contenimento meno invasiva possibile**, ad esempio limitandosi a bloccare un arto invece di tutti e quattro, e ridurre la durata al minimo indispensabile.

Per questo motivo la giurisprudenza esclude che si possa invocare la cosiddetta “scriminante costituzionale” dell’articolo 32, perché la contenzione non rientra nei trattamenti sanitari in senso proprio, priva com’è di finalità terapeutiche.

Interessante è anche il riferimento alla possibilità che i medici stessi in qualche misura, con il loro atteggiamento, “**provochino**” la reazione che poi sono costretti a contenere (**cass. Penale 4402/2008**):

Un aspetto non meno importante riguarda **la documentazione**: ogni decisione di applicare la contenzione deve essere registrata con la massima precisione in cartella clinica, spiegando le ragioni, le modalità e la durata. Solo così è possibile garantire un controllo effettivo, anche in sede giudiziaria, sulla legittimità della misura. La cartella clinica diventa quindi uno strumento di tutela sia per il paziente, sia per lo stesso personale sanitario.

Ed è bene ricordare che la responsabilità non ricade solo sui medici. Anche **gli infermieri, e in generale tutto il personale paramedico**, non possono considerarsi meri esecutori di ordini. Gli infermieri hanno un obbligo giuridico autonomo di tutela, derivante dalla loro posizione di garanzia. Hanno il dovere di valutare la legittimità delle pratiche a cui partecipano, di segnalare eventuali abusi alle autorità competenti e di attivarsi di fronte a condotte illegittime. Non si tratta quindi soltanto di eseguire le disposizioni del medico, ma di assumersi una responsabilità diretta verso il paziente.

La **Cassazione** lo ha ribadito (Cass. pen., sez. VI, 2/7/2021, n. 35591) affermando che l’infermiere professionale, in virtù della legge n. 251 del 2000 e del codice deontologico, è titolare di specifici obblighi giuridici, distinti e autonomi rispetto a quelli del medico. Proprio perché la contenzione non è un atto terapeutico ma un presidio cautelare, il suo impiego deve essere eccezionale, motivato e accuratamente registrato nella documentazione clinica.

Sono inoltre espressamente bandite, dalla Giurisprudenza, **ragioni logistiche di servizio, carenza di personale** a copertura della contenzione. In una sentenza penale (Cassazione Penale 4402/2008), si è poi dato rilievo al comportamento del medico che abbia, più o meno consapevolmente, “**provocato**” la **reazione** del paziente che poi ha determinato l’esigenza contenitiva, biasimandola.

Le esperienze positive di alcuni Dipartimenti di salute mentale dimostrano che, laddove si investe in personale e formazione, la contenzione tende a scomparire. È quindi un indicatore della qualità del servizio e del grado di rispetto dei diritti fondamentali.

La traduzione politica passa attraverso l'**analisi dei dati (e su questo potremmo intervenire, affinché ci siano prospetti ben più capillari dei dati del territorio, per poter incidere nel caleidoscopio della realtà in modo più puntuale e localmente determinabile)**. Possiamo dunque ipotizzare *accessi civici agli atti volti ad avere accesso ai dati diversamente aggregati nei singoli DSM, intercettando localmente e prima quanto elaborato all'interno delle Regioni per la trasmissione al SISM*.

Appelli in tal senso sono provenuti dal Comitato Nazionale della Bioetica, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e dal Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, che hanno espresso la necessità di ridurre l'uso di misure restrittive della libertà personale del paziente psichiatrico alle sole situazioni di reale necessità ed urgenza.

Il **disegno di legge** sulle misure di sicurezza coattive nei servizi di salute mentale del Servizio sanitario nazionale presenta luci e ombre. Con l'intento di colmare un evidente vuoto normativo, il disegno di legge n. 1179 del 24 giugno 2024 – presentato dai senatori **Zaffini** e altri e assegnato il 24 luglio 2024, in sede redigente, alla 10^a Commissione permanente del Senato (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) – **si inserisce in un più ampio progetto di riorganizzazione dei servizi di salute mentale**. L'obiettivo dichiarato è quello di bilanciare le esigenze di prevenzione e di cura della sofferenza psichica con **la tutela dell'incolumità degli operatori sanitari**, fornendo regole chiare per gli interventi in situazioni di emergenza e limitando le pratiche coercitive ai soli casi in cui vi sia un'effettiva necessità terapeutica per il paziente.

L'articolo 4 della proposta affida a un **decreto interministeriale – emanato dal Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della giustizia, sentito il Ministro della salute** – il compito di individuare le misure di sicurezza pubblica da adottare nei casi di episodi violenti, includendo anche l'assistenza immediata delle forze di polizia in caso di richiesta da parte del personale sanitario. Il disegno di legge definisce principi e criteri direttivi che il decreto dovrà seguire: la tipologia delle misure coattive (fisiche, farmacologiche e ambientali), le finalità perseguite – esclusivamente quelle di impedire condotte auto- o eterolesive nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona con disturbi mentali – e le situazioni in cui tali misure possono essere adottate.

La Relazione illustrativa chiarisce che l'applicazione delle misure di contenimento deve restare un evento eccezionale e mai trasformarsi in una pratica ordinaria di gestione del paziente. Coerentemente, il comma 2 dell'articolo 4 stabilisce che il ricorso a forme

coattive sia consentito soltanto in presenza di documentate esigenze cliniche e di un effettivo stato di necessità, con un monitoraggio costante del paziente e con verifiche registrate nella cartella clinica. Viene inoltre sancito che le misure debbano sempre rispettare i principi di proporzionalità e adeguatezza, limitandone l'applicazione al tempo strettamente indispensabile e tenendo conto dello scopo perseguito, in un continuo bilanciamento tra rischi e benefici. È vietata espressamente ogni forma di “contenzione preventiva”, ossia applicata per semplice precauzione, senza un pericolo concreto e attuale.

Le misure coattive possono essere disposte esclusivamente dal personale sanitario, seguendo protocolli specifici, e ogni intervento deve essere documentato dettagliatamente, riportando in cartella clinica tutti gli elementi oggettivi che ne hanno reso inevitabile l'adozione.

A una prima lettura, la proposta sembra muoversi nella giusta direzione, in quanto definisce in maniera più chiara e coerente con le indicazioni provenienti dal diritto interno, europeo e internazionale – come interpretato dalla giurisprudenza e dalla dottrina – i limiti entro i quali è possibile comprimere la libertà personale di un paziente psichiatrico. Tuttavia, resta una criticità rilevante: non è prevista alcuna forma di controllo da parte dell'autorità giudiziaria sulla legittimità del mantenimento prolungato della contenzione meccanica. In questo modo si lascia irrisolto il nodo della riserva di giurisdizione sancita dall'articolo 13 della Costituzione, perpetuando una lacuna che il legislatore dovrebbe colmare.

È auspicabile che la discussione parlamentare riesca a introdurre un meccanismo di garanzia giurisdizionale, capace di tutelare tanto i pazienti quanto i sanitari chiamati a prendere decisioni così delicate.

b) Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Il TSO è sulla carta, oggi più che mai dopo la pronuncia della Consulta, una **misura eccezionale** ma Italia è diventata pratica ordinaria in alcuni contesti. Il Comitato per la prevenzione della tortura ha segnalato come la mancanza di **garanzie procedurali effettive** renda questa misura vicina a una privazione arbitraria della libertà.

Presupposti sostanziali

La legittimità del TSO richiede la sussistenza cumulativa di **tre presupposti fondamentali**, come costantemente ribadito dalla giurisprudenza di legittimità.

La Cassazione civile con ordinanza n. 509 del 2023 ha chiarito che il trattamento sanitario obbligatorio può essere legittimamente disposto solo dopo aver esperito ogni iniziativa concretamente possibile per ottenere il consenso del paziente ad un trattamento volontario, e si può intervenire con un TSO anche a prescindere dal consenso del paziente se sono contemporaneamente presenti tre condizioni.

La prima condizione riguarda l'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. Questo presupposto non richiede necessariamente la presenza di una patologia psichiatrica conclamata o cronica, potendo l'alterazione psichica essere anche transitoria, purché tale da compromettere la capacità del soggetto di effettuare scelte consapevoli in materia di salute.

La seconda condizione consiste nella mancata accettazione da parte dell'infermo degli interventi terapeutici proposti. Il rifiuto del paziente deve essere chiaro e inequivocabile, e deve persistere nonostante gli sforzi compiuti dai sanitari per ottenere il consenso informato attraverso adeguate iniziative di informazione e persuasione.

La terza condizione richiede l'impossibilità di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra-ospedaliere. Questo presupposto sottolinea il carattere di ultima ratio del ricovero coattivo, che può essere disposto solo quando non sia possibile garantire le cure necessarie attraverso interventi domiciliari o ambulatoriali.

Presupposti procedurali

La **Corte Costituzionale**, nella **sentenza n. 76/2025**, ha dichiarato **l'illegittimità costituzionale** delle norme nella parte in cui non prevedono la **notifica dell'ordinanza sindacale al soggetto sottoposto a TSO e il provvedimento di convalida con la possibilità di esser sentito dal giudice**. sollecitato una riforma legislativa per garantire la piena partecipazione della persona interessata, **l'obbligo di audizione davanti al giudice tutelare e la notifica tempestiva dei provvedimenti**. Senza tali garanzie, il TSO rischia di restare un atto meramente burocratico, convalidato senza contraddittorio reale.

Diritti di autodeterminazione

a) Le misure di protezione, interdizione, inabilitazione e amministrazione di sostegno

La riforma dell'amministrazione di sostegno, introdotta nel 2004, rappresentava una svolta per superare gli **istituti incapacitanti** come interdizione e inabilitazione. Tuttavia, la prassi applicativa ha spesso tradito lo spirito originario della norma, trasformando l'AdS in uno **strumento di sostituzione** piuttosto che di supporto.

Il **caso Calvi/Giraldi v Italia** alla **Cedu** (finito alle cronache per via di un servizio delle Iene) ha mostrato le criticità dello strumento che, in buona sostanza, di fatto assegna un grande potere al Giudice di scelta di vita delle persone che hanno difficoltà ad autodeterminarsi.

Le recenti proposte legislative (come la proposta popolare 'Diritti alla follia') **chiedono di abolire ogni residuo degli istituti incapacitanti** e rafforzare le garanzie di partecipazione diretta della persona. In giurisprudenza, numerose pronunce hanno ribadito che l'AdS deve limitarsi al minimo indispensabile, garantendo sempre il coinvolgimento del beneficiario e la valorizzazione delle sue relazioni affettive e sociali.

La proposta elaborata dall'associazione *Diritti alla Follia*, già depositata in Gazzetta Ufficiale, mira ad un cambio radicale: i) **abolizione totale di interdizione e inabilitazione**, così che l'AdS diventi l'unico strumento di protezione giuridica; ii) **nomina più garantista**: se la richiesta viene da terzi, decide un Tribunale collegiale, e non il solo Giudice Tutelare; iii) **ascolto obbligatorio del beneficiario**, anche da remoto, entro 30 giorni; iv) **difesa tecnica obbligatoria**, con avvocato anche d'ufficio per chi non se lo può permettere; v) **attenzione ai legami affettivi**: non solo parenti, ma anche persone significative per la vita del beneficiario; vi) **divieto di isolamento**: nessuno può essere separato dalla sua rete familiare e relazionale contro la propria volontà; vii) **responsabilità penale** per l'amministratore che abusi del ruolo, fino a configurare i maltrattamenti (art. 572 c.p.);

b) L'attuazione del consenso informato ai trattamenti sociosanitari (art. 1 l. 219/2017)

È l'altro grande tema che sebbene molto chiaro nei suoi assunti teorici viene poi distorto nell'ambito della salute mentale, anche per dei profondi equivoci di fondo. Il portatore di disturbo psichiatrico non necessariamente ha un disturbo intellettivo o una

incapacità cognitiva. E' titolare degli stessi diritti di un soggetto in grado di intendere e volere. E' ovvio che la volontà possa trovare delle manifestazioni non sempre lineari, ma non si può rinunciare a **“convincere” anziché imporre un percorso di cura.**

La scelta residenziale

Nelle zone grigie dell'ambito psichiatrico e delle disabilità mentali gravi, le soluzioni domiciliari si mostrano spesso fallimentari e mettono in ginocchio la comunità familiare (e non solo). Comunità che non riesce a gestire e aiutare il proprio congiunto. La giurisprudenza, dunque, da tempo ormai, con fare anche pragmatico, rende **provvedimenti autorizzatori di contenimento in strutture di ricovero**, che di fatto, isolando il beneficiario, risolvono, oltre alla supervisione sociosanitaria dello stesso, anche un problema sociale e di contenimento degli effetti socio-degenerativi verso terzi.

I giudici generalmente accolgono una **visione onnicomprensiva dei poteri elastici dell'Amministrazione di Sostegno, ovviamente in accordo con quanto stabilito/autorizzato dal Giudice Tutelare.** Non esiste, dunque, in astratto, un divieto di rappresentanza esclusiva al ricovero, laddove ve ne siano ragioni mediche e ricorrano esigenze di tutela dell'interessato, se ed in quanto la misura istituzionalizzante sia proporzionata e idonea al caso e vi siano le dovute **tutele procedurali che garantiscano dell'ascolto periodico del beneficiario.**

Del resto, anche il regime di annullabilità degli atti effettuati dal solo beneficiario in contrasto con le decisioni di esclusiva prerogativa dell'Ads depone a favore della **possibilità di annullare ogni scelta che sia presa dal beneficiario in contrasto con le decisioni demandate ed autorizzate con rappresentanza esclusiva all'Amministratore di Sostegno.** Si ipotizzi il caso di una persona che firma le dimissioni dall'Istituto di ricovero, pur ricadendo tale decisione in tale sfera per ragioni di cura non altrimenti erogabile se non in regime residenziale protetto.

Tale lettura prevale nelle corti di merito, anche per ragioni pratiche e di gestione di un fenomeno che spesso coinvolge anche la sicurezza di terzi e l'ambiente che circonda il beneficiario.

Diritti di cura nella prospettiva bio-psico-sociale

La salute mentale non è riducibile alla sola terapia farmacologica; occorre un approccio integrato e multidimensionale, e cure che siano EFFICACI, SICURE e APPROPRIATE (secondo i noti principi dell'*evidence base*).

a) Diritto alla personalizzazione della cura. I percorsi sociosanitari integrati

Il DPCM LEA 2017 e il DM 77/2022 hanno definito in maniera chiara i percorsi sociosanitari integrati. **Questi includono la valutazione multidimensionale**, la definizione di progetti individuali e la presa in carico continuativa. Il Centro di Salute Mentale (CSM) deve garantire non solo interventi clinici, ma anche collegamenti con scuola, lavoro, abitare e comunità. Tuttavia, i rapporti ministeriali e le relazioni delle Autorità indipendenti denunciano una forte **disomogeneità territoriale**: alcune Regioni hanno servizi capillari ed efficaci, altre presentano carenze gravi, con liste d'attesa insostenibili e assenza di psicoterapia pubblica.

I problemi permangono nella pratica di frammentazione dei servizi, che minano la **continuità Ospedale Territorio e l'incomunicabilità tra i diversi ambiti dell'Amministrazione, o tra pubblico e privato convenzionato**.

Il **raccordo SPDC, Ospedale, Neuropsichiatria con il territorio** è spesso inesistente, con frammentazione delle figure di cura (e delle responsabilità in capo a ciascuno di essi) che si occupano della persona in modo frammentario e a intermittenza. Spesso l'uscita dai ricoveri volontari o in TSO non è inserita in alcuna effettiva continuità di presa in carico e il soggetto con problematiche psichiatriche si trova da contenuto/sedato improvvisamente dimesso senza alcun orizzonte socioriabilitativo e magari in famiglie che non sanno come aiutarlo.

b) Diritto effettivo alla psicoterapia mirata

La terapia della parola è un diritto di assistenza sanitaria per il cittadino.

Il **DPCM LEA 2017** (inserita nei servizi distrettuali di salute mentale) prevede l'assistenza psicologica e il trattamento psicoterapico in numerosi momenti della vita; il bonus psicologo è stato riconfermato, l'assistenza psicologica trova il suo fondamento nell'**art. 1 del decreto "Rilancio" n. 34/2020**, che ha espressamente previsto la possibilità per le aziende sanitarie di conferire incarichi a psicologi per la gestione delle implicazioni psicologiche conseguenti alla pandemia.

La norma stabilisce che "per una corretta gestione delle implicazioni psicologiche e dei bisogni delle persone conseguenti alla pandemia di COVID-19, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono conferire incarichi di lavoro autonomo a soggetti appartenenti alla categoria professionale degli psicologi".

Una **parte significativa della giurisprudenza** recente si è concentrata sull'assistenza psicologica per **i disturbi dello spettro autistico**, definendo principi di portata generale per l'intero sistema delle prestazioni psicologiche.

Il TAR Lazio con sentenza n. 527 del 2025, ad esempio, ha stabilito che *"l'analisi comportamentale applicata (ABA) in favore di persone con disturbi dello spettro autistico rientra pienamente nella previsione normativa quale prestazione sanitaria o socio-sanitaria a elevata integrazione sanitaria ricompresa nei livelli essenziali di assistenza"*. Questo principio si estende alle prestazioni psicologiche in generale, purché sussistano **evidenze scientifiche** di significativo beneficio in termini di salute.

La personalizzazione degli interventi psicologici

La giurisprudenza ha chiarito che gli interventi psicologici **devono essere personalizzati**, il trattamento deve essere individuale e rispondente alle specifiche esigenze del singolo paziente sulla base della maggiore o minore gravità del suo peculiare caso, del suo contesto socio-ambientale e del suo personale percorso di recupero.

La **competenza tecnica nella scelta degli interventi** è appannaggio esclusivo dell'Azienda Sanitaria Locale nell'individuazione della terapia più confacente per la tutela della salute dell'assistito si esplica attraverso **l'équipe multidisciplinare territoriale** che effettua la valutazione funzionale globale e predispone il Progetto terapeutico-abilitativo-educativo individualizzato".

In merito all'intensità e la durata degli interventi si riporta per esteso la massima della sentenza del **Consiglio di Stato con sentenza n. 2563 del 2025** ha stabilito che *In materia di prestazioni sanitarie riabilitative per minori affetti da disturbi dello spettro autistico, l'Azienda Sanitaria Locale è tenuta a garantire l'erogazione del trattamento terapeutico nella misura effettivamente necessaria secondo le indicazioni della consulenza tecnica d'ufficio, senza limitazioni arbitrarie che possano compromettere l'efficacia del percorso riabilitativo. Le prestazioni di supporto specialistico, quando erogate da personale tecnico qualificato con formazione specifica nel settore del trattamento comportamentale applicato, si configurano come interventi sociosanitari a prevalenza sanitaria ai sensi dell'articolo 3-septies del D.Lgs. n. 502/1992, rientrando pertanto nella competenza dell'ASL e non degli enti locali. La*

*qualificazione giuridica di tali prestazioni dipende dalla natura tecnico-specialistica dell'intervento e dalla sua finalità terapeutica, prescindendo dalla denominazione formale attribuita al personale erogatore. Il giudice amministrativo, nell'accertare il diritto alle prestazioni sanitarie ricomprese nei LEA, deve conformarsi integralmente alle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio quando questa sia stata disposta con quesiti ampi e comprensivi dell'intera gamma di trattamenti necessari, **non potendo operare riduzioni discrezionali dell'intensità o della durata del trattamento senza adeguata motivazione tecnico-scientifica**. La durata del trattamento riabilitativo deve essere commisurata **alle effettive esigenze terapeutiche del paziente** secondo le indicazioni specialistiche, garantendo un lasso temporale sufficiente a verificare l'efficacia dell'intervento ed evitando valutazioni premature che potrebbero compromettere la continuità del percorso di cura. L'ASL è tenuta a rivalutare periodicamente l'evoluzione del quadro clinico secondo i tempi indicati dalla consulenza tecnica, assicurando la prosecuzione del trattamento per l'intero periodo ritenuto necessario dagli specialisti del settore per il conseguimento degli obiettivi terapeutici.”*

Sebbene ciò riguardi una specifica situazione (**autismo**) e un preciso trattamento specifico e specialistico di psicoterapia (l'**analisi comportamentale applicata - ABA**)

Qui una proposta di iniziativa popolare che a mio avviso va nella giusta direzione <https://dirittoastarebene.it/>

Il diritto alla cura non autosufficienza e nella disabilità, profili economici

a) Il caso delle Residenze Sanitarie Assistenziali per malati con patologie psichiatriche

Altra criticità nella cura della salute mentale è relativa al caso degli anziani e persone con disabilità grave e gravissima ricoverati in strutture psichiatriche (quando ve ne siano sul territorio, spesso in RSA nei moduli cognitivi comportamentali e con il grado massimo di lungoassistenza possibile.

Al pari di altri soggetti con disabilità gravissima quali le malattie neurodegenerative, Alzheimer e altre malattie croniche, i soggetti bipolari gravi, talvolta ex manicomiali, sono inseriti in modo permanente in percorsi residenziali di lungo periodo. Bene, tali percorsi sociosanitari per soggetti con patologie psichiatriche gravi o gravissime, la legge

(art. 3 septies D.lgs 502/92 e DPCM 14 febbraio 2001) e la Giurisprudenza ormai granitica di Cassazione e di Consiglio di Stato, ormai dal 2012, li ricomprende tra i **servizi sociosanitari ad alta integrazione sanitaria, indipendente dal fattore della prevalenza della loro componente sociale rispetto alla componente sanitaria (controllo e somministrazione del farmaco).**

Fin dal 1978, e con successivi interventi legislativi, il legislatore ha chiarito che le prestazioni sociosanitarie devono essere poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale **quando non possono che essere rese insieme ad interventi di natura sanitaria.** Questo principio, pur rimanendo formalmente intatto (Art. 3 septies Dlg.502/92 e Art. 3 del

DPCM 14.02.2001, DPCM sui LEA), e che vale per i servizi resi alle persone con disturbi gravi psichiatrici, è stato nel tempo progressivamente eroso dalle amministrazioni che hanno sempre più ridotto le maglie d'accesso ai servizi a carico del SSN, sia per la parte sanitaria che per la parte sociale.

Di tal ch  molti soggetti che non possono vivere se non in una struttura residenziale, sia essa psichiatrica o RSA (ad esempio in caso di anziano con comorbidit ) si trovano a corrispondere cifre molto elevate per la propria lungoassistenza (che variano dal 50% al 60% dei costi dell'intera retta, se hanno la fortuna di accedere quantomeno alla quota sanitaria). Attraverso punteggi e graduatorie si arriva ad escludere l'accesso ai servizi per coloro che abbiano figli, con la falsa premessa che spetti alla famiglia l'assistenza sociosanitaria di un soggetto con disabilit  gravissima di natura psichiatrica, invocando il falso mito dei "tenuti agli alimenti" (per cui chi   tenuto agli alimenti dovr  esser tenuto a farsi carico della retta), allargando la platea degli obbligati.

Le amministrazioni, attraverso una sistematica disinformazione alle famiglie e attraverso regolamenti molto spesso illegittimi, non accolgono l'orientamento ormai consolidato in punto di assistenza sociosanitaria e al cittadino spetta sfidare tre gradi di giudizio per veder affermato il suo diritto.

b) Indennit  di accompagnamento e salute mentale dei minori

In un momento in cui la salute mentale dei giovani   al centro del dibattito pubblico,   fondamentale chiarire che l'indennit  di accompagnamento pu  e deve essere concessa anche per gravi disabilit  psichiatriche nei minori, finch  persiste la necessit  di assistenza.

Come è noto, per ottenere l'indennità di accompagnamento, non è sufficiente il semplice riconoscimento dell'invalidità civile, anche in presenza di gravi condizioni di non autosufficienza. In base alla legge n. 18 del 1980, art. 1, è necessario che la non autosufficienza si manifesti in uno di questi due modi: 1) incapacità di svolgere autonomamente le normali attività quotidiane, oppure 2) impossibilità di camminare senza l'assistenza continua di un accompagnatore.

Tuttavia, osserviamo spesso che, specialmente per quanto riguarda il primo requisito, i minori affetti da disturbi neuropsichiatrici vengono esclusi dal beneficio. Questo accade anche in presenza di gravi patologie come i disturbi del comportamento alimentare, schizofrenia, disturbo bipolare con episodi misti, o tossicodipendenze. Spesso queste diagnosi si presentano contemporaneamente nello stesso soggetto.

Probabilmente, questa esclusione deriva dal fatto che, quando un minore riesce a frequentare un centro diurno o una scuola, già riceve un'indennità di frequenza per la sua invalidità, che non è cumulabile con l'indennità di accompagnamento. Oppure, perché le malattie psichiatriche nei giovani sono soggette a incertezze diagnostiche dovute alla loro età, con evoluzioni imprevedibili e la speranza di miglioramenti nel tempo.

Nonostante ciò, nei casi più gravi, molti giovani non riescono a frequentare la scuola per lunghi periodi, o la frequentano in modo discontinuo a causa di ripetuti ricoveri in reparti di neuropsichiatria. In queste situazioni, i genitori devono essere presenti costantemente, giorno e notte, per assistere il figlio.

Spesso, i giovani con patologie psichiatriche non possono essere lasciati soli a causa dell'elevato rischio di suicidio associato alla loro malattia (il suicidio è la principale causa di morte tra gli adolescenti). Questa situazione grava non solo sul minore, ma anche sulla famiglia, con pesanti ripercussioni economiche per il genitore che assume il ruolo di Care Giver.

Ma cosa significa esattamente *"incapacità di compiere le attività della vita quotidiana"*? Può essere considerata tale, ad esempio, l'impossibilità di andare in bagno senza la supervisione costante di un genitore? Oppure la necessità di assumere farmaci a orari precisi, che scandiscono gran parte della giornata? O ancora, la necessità di essere sorvegliati durante i pasti, nel caso di disturbi del comportamento alimentare? O l'accompagnamento al parco per evitare contatti con spacciatori, se il minore è tossicodipendente?

Secondo la Cassazione civile (sez. lav. - 08/11/2011, n. 23160, Cassazione civile sez. lav., 19/08/2022, n.24980) la situazione di non autosufficienza, che è alla base del riconoscimento del diritto in esame, è caratterizzata, pertanto, dalla permanenza dell'aiuto fornito dall'accompagnatore per la deambulazione, o dalla quotidianità degli atti che il soggetto non è in grado di svolgere autonomamente: in tale ultimo caso, ***è la cadenza quotidiana che l'atto assume per la propria natura a determinare la permanenza del bisogno, che costituisce la ragione stessa del diritto.***

Inoltre, basta anche un solo l'incapacità **di un solo atto quotidiano** a rendere erogabile il beneficio, e deve intendersi non solo l'incapacità fisica ma anche quella **di comprendere il significato dell'azione**, dovendosi parametrare la stessa non sul numero degli elementari atti giornalieri, ma, soprattutto, sulle loro ricadute in termini di incidenza sulla salute del malato e sulla sua dignità come persona.

Infine, va fatto il paragone con l'individuo sano della stessa età, anche minorenne. Il criterio dell'incapacità va parametrato e paragonato rispetto alle normali abilità di soggetti sani della stessa età. E va senz'altro ricompreso il soggetto minorenne. *“Si estende anche ai minori di diciotto anni, ai sensi dell'art. 1 l. n. 18/1980, la corresponsione dell'indennità di accompagnamento prevista per i soggetti necessitanti di assistenza continuativa, in quanto aventi menomazioni funzionali fisiche e psichiche tali che comportino una totale e permanente inattitudine a svolgere le attività tipiche di una persona sana. Poiché la legge non fissa un limite minimo di età, vanno ammessi al beneficio in parola anche i bambini in tenera età, i quali possono trovarsi in uno stato tale da comportare, per le condizioni patologiche del soggetto, la necessità di un'assistenza diversa, per forme e tempi di esplicazione, da quella occorrente ad un bambino sano.”* (Corte appello Bari sez. lav., 16/06/2004).

Riduzione del danno nelle dipendenze

Quanto la riduzione del danno sia una realtà appannaggio dei volontari e non rivesta un ruolo pubblico lo abbiamo visto bene nel caso pipette per il fumo di crac a Bologna.

La riduzione del danno (e la conseguente responsabilizzazione di chi fa uso di sostanze per motivi ricreativi) è un principio che sebbene sia quanto di più

Il DPCM del 12 gennaio 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 marzo dello stesso anno (Serie Generale n. 65), ha segnato un passaggio importante inserendo la Riduzione del Danno e del Rischio (RdD/LdR) tra i Livelli Essenziali di Assistenza

(LEA). Questa scelta rappresenta un'occasione cruciale per l'Italia, poiché consente di andare oltre approcci ideologici e pregiudizi che per anni hanno ostacolato il dibattito sulle politiche in materia di droghe.

Con tale decreto, il nostro Paese ha recepito le sollecitazioni provenienti da istituzioni e organizzazioni europee, nonché dalle realtà istituzionali e associative italiane, facendo tesoro dei risultati maturati in oltre vent'anni di esperienze consolidate nei territori. L'inserimento della RdD nei LEA apre quindi un orizzonte nuovo per lo sviluppo delle politiche pubbliche, rafforzando il ruolo del sistema sanitario nazionale.

Il decreto riconosce formalmente che la riduzione del danno costituisce un **diritto delle persone che usano sostanze**: quello di accedere a servizi realmente rispondenti ai loro bisogni sociosanitari, **superando logiche rigide e schemi esclusivamente patologici o moralistici**. Ciò comporta una prospettiva innovativa per l'organizzazione dei servizi pubblici e del Terzo settore, favorendo integrazione sociosanitaria, modelli operativi più flessibili, promozione di contatti precoci, distribuzione di materiali adeguati, costruzione di relazioni basate sulla fiducia, supporto tra pari e superamento degli stigmi sociali. Al centro, non più la colpevolizzazione del consumo, ma la valorizzazione delle risorse, delle responsabilità e delle competenze delle persone che usano sostanze.

Tuttavia, a quasi due anni dall'entrata in vigore del decreto, non sono stati compiuti passi concreti per tradurre queste norme in azioni strutturali: **mancono iniziative istituzionali per rendere effettivo l'accesso a prestazioni e servizi di riduzione del danno in maniera uniforme sul territorio nazionale**. Questo immobilismo appare tanto più grave se si considera che, con i LEA, tali prestazioni sono ormai diritti esigibili. Inoltre, la legge di bilancio continua a destinare risorse insufficienti al Servizio Sanitario Nazionale, ostacolando ulteriormente l'attuazione dei LEA.

La riduzione del danno, dunque, non è più una scelta opzionale: è un diritto, e come tale deve essere reso effettivamente accessibile. È urgente superare i ritardi accumulati e le differenze tra Regioni, colmando le disuguaglianze territoriali.

Già dagli anni '90 in Italia si sono sviluppati numerosi interventi di RdD: unità di strada, équipe nei contesti del divertimento, drop-in e centri a bassa soglia, programmi di metadone e buprenorfina centrati sull'autoregolazione dei consumi, servizi di consulenza online, pratiche di drug checking, spazi di ascolto e counseling, supporto tra pari e servizi rivolti specificamente a persone con HIV. Esperienze preziose, che hanno

contribuito a contenere i rischi e migliorare la qualità della vita, ma che ancora oggi restano iniziative locali e frammentarie, soprattutto concentrate nelle aree del Centro-Nord. È necessario trasformarle in servizi stabili, accessibili ovunque, e garantiti dal sistema pubblico.

In questa prospettiva, la RdD si è dimostrata capace di rinnovare l'organizzazione dei servizi, tanto pubblici quanto del privato sociale, ridefinendo logiche di accoglienza, tempi, criteri e modalità operative, soprattutto per target particolarmente vulnerabili. Si è così affermato un approccio basato su bassa soglia, accompagnamento, autoregolazione e responsabilizzazione del consumatore, orientato a ridurre i rischi legati all'uso piuttosto che a imporre percorsi unici e rigidi.

Le ricerche italiane – sul modello di intervento nelle overdose, sull'uso di cocaina, sulle nuove sostanze psicoattive (NPS) – insieme ai monitoraggi promossi dal CNCA, hanno documentato le competenze sviluppate dal nostro Paese in materia di riduzione del danno. Ma il quadro resta disomogeneo e limitato ad alcune aree. L'inserimento della RdD nei LEA ha proprio lo scopo di colmare queste disparità, aprendo uno spazio politico-istituzionale per uniformare i servizi in tutto il territorio.

Parallelamente, negli anni si sono consolidate esperienze di **supporto tra pari**, promosse direttamente dalle persone che usano sostanze. Nel 2013, ad esempio, durante un seminario della rete ITARDD a Napoli, è nato un gruppo di lavoro che ha portato alla redazione della *Carta dei diritti delle persone che usano sostanze*, presentata nel 2014 a Genova. Questo documento rappresenta un riferimento politico centrale per affermare l'esigibilità dei diritti.

In definitiva, l'inserimento della RdD nei LEA segna l'avvio di un processo che può rafforzare e innovare l'intero sistema degli interventi, superando il modello unico centrato sull'ambulatorio o sulla struttura residenziale monoservizio, oggi inadeguato rispetto alla complessità dei fenomeni. La RdD consente infatti di costruire una rete integrata e complementare di servizi, che va dalla prevenzione alla presa in carico precoce, fino al trattamento e alle politiche di sicurezza urbana, coerentemente con lo spirito originario del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Perché questo accada, però, è **necessario che le Regioni riconoscano pienamente la RdD nei propri sistemi sanitari, al pari dei SerD e degli altri servizi sociosanitari**, e che si rafforzino le **forme di collaborazione e coprogettazione con il**

Terzo settore. Le esperienze già attive devono diventare parte integrante dei servizi ordinari, con risorse stabili e riconoscimento istituzionale.

L'approccio integrato della riduzione del danno, già adottato con successo in molte realtà europee, può garantire non solo tutela della salute individuale, ma anche un governo sociale più equilibrato del fenomeno delle droghe, alternativo alle logiche repressive e securitarie della “tolleranza zero” che hanno prodotto esclusione e marginalità.

La RdD offre, inoltre, vantaggi ulteriori: I) si configura come una politica pubblica **pragmatica e innovativa**, capace di adattarsi ai cambiamenti sociali e culturali e si rivolge alle nuove generazioni; II) assicura un **buon rapporto costi-benefici**, poiché richiede investimenti contenuti ma produce risparmi consistenti nel medio periodo, riducendo i costi sociali e sanitari e aumentando la platea dei consumatori raggiunti (ad esempio le unità di supporto nel festival riducono accessi al PS); **III) stimola la ricerca e il monitoraggio**, contribuendo ad aggiornare continuamente le strategie e le risposte operative.

In questo senso, la riduzione del danno rappresenta non solo una strategia efficace per la salute pubblica, ma anche uno strumento essenziale di politica sociale e culturale, orientato alla dignità, ai diritti e alla **responsabilizzazione delle persone che usano sostanze**.

REMS e misure di sicurezza, presa in carico della salute mentale in carcere

Le **Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)**, istituite dalla legge 81/2014, hanno sostituito gli OPG. La Corte costituzionale (sentt. 22/2022, 131/2022) ha ribadito che **la carenza di posti non può mai giustificare la permanenza in carcere di una persona non imputabile**. Nonostante questo, i dati del Garante nazionale mostrano che molti cittadini restano in carcere in attesa di un posto in REMS, in violazione degli artt. 3 e 5 CEDU.

Non si può continuare a medicalizzare un disagio che nasce anche dalle condizioni stesse della reclusione: isolamento, sovraffollamento, mancanza di prospettive.

La Corte, nel luglio 2024, ha condannato l'Italia per violazione dell'**art. 3 CEDU** (divieto di trattamenti inumani e degradanti) dopo che un cittadino italiano, già affetto da depressione grave, ha tentato più volte il suicidio in carcere. Dopo mesi di richieste inascoltate e ritardi di 9, 16 la Corte europea dei diritti dell'uomo ha riconosciuto che la detenzione nel carcere di Bari, senza cure adeguate e tempestive, costituiva abbandono terapeutico. Solo dopo il trasferimento a Santa Maria Capua Vetere, con équipe psichiatrica e monitoraggio continuo, la situazione è migliorata.

Già la Commissione Pelissero nel 2017 (https://www.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/Pelissero_relazione_articolato_19lug2017.pdf) aveva proposto un nuovo strumento: l'**affidamento terapeutico**, modellato sull'esperienza dei tossicodipendenti. Avrebbe permesso un programma di cura psichiatrica concordato con i Dipartimenti di salute mentale, come alternativa reale alla detenzione. Ma la proposta non è stata recepita.

Da un punto di vista di tutela del diritto all'assistenza negato, è possibile "innondare" le Segreterie dei tribunali di Sorveglianza che, già in numerose occasioni hanno chiarito che la permanenza in carcere per mancanza di posti costituisce detenzione illegittima e violazione CEDU e chiedere la diretta presa in carico anche in Strutture non REMS laddove quest'ultime non fossero disponibili.

Occorre, comunque, una soluzione di sistema.