

Carta dei Diritti degli Utenti dei Servizi di Salute Mentale

24 aprile 2026 - XVI Congresso Nazionale SIEP

Dichiarazione d'intenti

Questa Carta nasce come uno spazio di incontro e di alleanza. Riconosciamo che la “cura” nella salute mentale non è un bene che viene erogato da uno e ricevuto dall’altro, ma un processo che si costruisce insieme, nel rispetto della dignità di ogni persona abitando la medesima fragilità umana e la medesima speranza.

Il benessere di chi vive l'esperienza del disagio psichico e la serenità professionale di chi opera per la salute, dentro e fuori i servizi, sono figli della stessa trama: non può esserci tutela dell'uno senza la valorizzazione dell'altro. Crediamo che la qualità della cura nasca dall'incontro tra diritti delle persone, responsabilità dei servizi e relazioni di fiducia tra tutti i protagonisti della salute mentale.

Questa Carta nasce dal dialogo tra persone con esperienza del disagio psichico e professionisti, riconoscendo il valore dei diversi saperi: quello professionale e quello esperienziale, che contribuiscono alla comprensione della sofferenza e della trasformazione dei servizi. Ci impegniamo a superare ogni logica di contrapposizione per riflettere insieme su come rendere i nostri servizi luoghi di vera cittadinanza, dignità e umanità.

Preambolo:

Per un'ecologia della Cura e del Diritto

Le linee guida internazionali WHO^{1 2 3}, UN CRPD⁴, QualityRights⁵, la nostra legislazione nazionale e quella europea tracciano una rotta chiara per la trasformazione dei servizi di salute mentale. I programmi QualityRights rappresentano oggi un terreno comune per promuovere servizi fondati sul rispetto dei diritti umani, sulla dignità delle persone e sulla responsabilità condivisa di tutti coloro che partecipano ai processi di cura.

In questo orizzonte, i diritti delle persone e la responsabilità dei servizi non sono dimensioni contrapposte ma parti di un'unica ecologia della cura.

Tuttavia, affinché questi principi diventino pratica quotidiana occorre un impegno corale. Questa bozza nasce come documento aperto e generativo, nato dal dialogo tra persone con esperienza di disagio psichico e professionisti appartenenti alla società scientifica SIEP. Non è un punto di arrivo, ma un materiale di discussione per tutti i protagonisti della salute mentale.

Gli impegni che seguono delineano un percorso che va dalla qualità delle relazioni di cura alla trasformazione dei servizi e delle condizioni sociali che rendono possibile la salute mentale nella comunità.

Crediamo nella co-produzione come metodo di lavoro permanente, declinato attraverso nove impegni fondamentali:

1. Informazione come Fondamento dell'Autonomia: l'alleanza terapeutica si nutre di chiarezza. Promuoviamo un'informazione completa che permetta alla persona di essere protagonista consapevole del proprio percorso di cura, garantendo il pieno rispetto dei contenuti della Legge 219 /2017⁶ ("*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*").

Crediamo nella centralità dei percorsi psico-educativi e riabilitativi, dell'importanza del coinvolgimento attivo e partecipato del diretto interessato, che va informato e reso consapevole dei propri diritti e delle competenze dei servizi. La trasparenza e l'informazione sono condizioni per il rispetto della dignità della persona e l'esercizio consapevole dell'autodeterminazione.

L'eventuale ricorso a misure di protezione giuridica, quale l'**Amministrazione di Sostegno**, deve rigorosamente configurarsi come **supporto alla decisione** e mai come sostituzione della volontà o incapacitazione della persona.^{7 8 9 10} Affermiamo con forza che la limitazione legale della "capacità di agire" non determina mai la perdita della titolarità dei **diritti fondamentali**, che restano inalienabili.¹¹ Indipendentemente dalla condizione giuridica, la persona rimane soggetto attivo del diritto: il servizio (e l'Amministratore di Sostegno) ha l'obbligo di ricercarne costantemente la volontà e le

preferenze, garantendo il rispetto del **consenso informato**¹² e delle libertà personali, evitando ogni forma di "morte civile" o vuoto di tutela.

2. Valorizzazione del Sapere Esperienziale e del Supporto tra Pari: Riconosciamo il valore dei diversi saperi: quello professionale e quello esperienziale. Il sapere che nasce dal vissuto della sofferenza e dalla sua elaborazione è una risorsa fondamentale per la trasformazione dei servizi.

Pertanto, in linea con le raccomandazioni dell'WHO e del progetto QualityRights, promuoviamo la formazione adeguata degli Esperti in Supporto tra Pari(ESP)^{13 14} e il loro inserimento stabile nei servizi e nelle équipes come professionisti a tutti gli effetti.

Il supporto tra pari non deve essere inteso come una delega informale, ma come il riconoscimento della competenza professionale di chi, dopo aver attraversato la sofferenza, ha scelto di contribuire attivamente con la propria esperienza e con la propria formazione ai percorsi verso la guarigione.

L'ESP costituisce una figura centrale per favorire l'evoluzione delle culture organizzative, in modo che i modelli dei servizi coinvolgano attivamente anche la famiglia e la rete sociale. La presenza degli ESP nei servizi è finalizzata a incrementare gli interventi di terapia della parola, riabilitazione funzionale, relazionale e psicosociale; l'obiettivo finale è quello di ridurre la predominanza delle risposte farmacologiche, la cronicità indotta e la "dipendenza dai servizi".

Al fine di rendere possibile l'espletazione di questa funzione critica e dialettica degli ESP, ed evitare che la loro presenza nei servizi si risolva in forme di "*tokenism*" e "*peer washing*"¹⁵, il loro inserimento deve essere accompagnato dal riconoscimento della loro autodeterminazione, da processi rivolti a rafforzare la loro identità professionale, la loro forza collettiva di *advocacy* e la loro autonomia decisionale.

3. L'importanza del Dialogo e delle Pratiche Dialogiche: l'operatore e la sua equipe deve considerare la profonda differenza tra agire “per” e agire “con” la persona e il suo contesto, garantendo che ogni voce sia ascoltata. Pertanto, riconosciamo il dialogo come strumento principe della democrazia nei servizi.

Promuoviamo pratiche come il “Dialogo Aperto” (Open Dialogue)¹⁶, ponendo al centro l'ascolto di tutte le voci e il coinvolgimento attivo della rete sociale. Ciò significa favorire incontri di cura che coinvolgano la persona, la sua rete sociale e l'equipe dei servizi nella costruzione condivisa delle decisioni.

4. Co-progettare e Co-produrre: anche i servizi devono essere ripensati e co-creati “con” le persone che vi accedono e con tutti gli stakeholders: i diretti interessati, le associazioni che li rappresentano e i familiari.¹⁷ La co-produzione è una pratica operativa che va dalla programmazione alla valutazione dei risultati, coinvolgendo in modo paritario i diversi saperi professionali ed esperienziali.

Non è una scelta discrezionale, ma un'istanza etica e giuridica che deve diventare pratica operativa permanente: deve attraversare l'intero ciclo dei servizi, dalla programmazione delle politiche alla valutazione dei risultati clinici e sociali.^{18 19 20}

La co-produzione non rappresenta solo una scelta metodologica, ma sposta il baricentro dell'intervento dalla “gestione del sintomo” alla “promozione del benessere globale”. In questa cornice, il coinvolgimento della persona e degli stakeholders non è una consultazione di facciata, ma una condivisione di potere decisionale necessaria per l'individuazione degli accomodamenti ragionevoli.^{21 22} Tali adattamenti non costituiscono una facoltà discrezionale o opzionale, ma rappresentano un **obbligo giuridico inderogabile previsto dalla legge, vincolante anche nelle fasi di crisi**. Come sancito dalla giurisprudenza costituzionale, la ricerca e l'attuazione di accomodamenti ragionevoli costituiscono il **presupposto di legittimità** di ogni eventuale misura restrittiva: l'assenza di tali tentativi configura un vuoto di diritti che può rendere nullo il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), in quanto privo del requisito di *extrema ratio*.²³

Attraverso una negoziazione paritaria tra sapere professionale e sapere esperienziale, l'individuazione degli accomodamenti ragionevoli e la co-produzione diventano **atti vincolanti** volti a massimizzare l'autonomia della persona, a garantire il **rispetto dei diritti di tutti gli attori della salute mentale** e a prevenire derive neo-istituzionalizzanti.^{24 25 26}

Co-produrre significa riconoscere che la partecipazione attiva, oltrepassando le gerarchie tradizionali, non è solo uno strumento di qualità ma il fondamento stesso della cittadinanza. In questo senso, l'efficacia di un servizio non si misura più sulla mera erogazione di prestazioni: ma sulla sua capacità di attivare processi di emancipazione, di generare empowerment, promuovere l'autodeterminazione e favorire la riconquista di ruoli sociali significativi nella comunità.

Questo cambio di paradigma trasforma il servizio da erogatore di risposte standardizzate a **catalizzatore di progetti di vita**, dove il successo non è misurato dalla conformità al trattamento, ma dalla qualità della cittadinanza agita e vissuta dalla persona.²⁷

5. La Ricerca Partecipativa: il miglioramento dei servizi deve basarsi su una conoscenza condivisa tra scienza ed esperienza. Pertanto, riconosciamo che l'esperienza vissuta rappresenti una risorsa e una opportunità fondamentale per comprendere la sofferenza psichica e migliorare i servizi. Usiamo la ricerca partecipativa per costruire un linguaggio comune, superando le distanze terminologiche e trasformando il confronto in produzione di senso e cambiamento culturale.

La ricerca partecipativa è lo strumento elettivo per misurare l'efficacia dei servizi secondo gli standard internazionali, garantendo che le pratiche quotidiane siano coerenti con i principi dichiarati. Facciamo nostre le direttive del **WHO QualityRights Tool Kit**²⁸ che riconosce nella partecipazione attiva l'unico reale strumento di garanzia contro la violazione dei diritti umani.

In questo senso, la ricerca partecipativa non è una mera metodologia accademica, ma un atto di trasparenza politica: chiediamo che l'efficacia di ogni progetto lavorativo,

abitativo o terapeutico, sia misurata attraverso gli indicatori di qualità dell'WHO, ponendo al centro il giudizio, i desideri e gli interessi della persona coinvolta.

La ricerca partecipativa deve servire a smascherare le "riabilitazioni di facciata". Se i dati dell'esperienza vissuta ed il parere dell'interessato indicano che un progetto non genera autonomia o i risultati sperati, la ricerca deve avere il potere di rimettere in discussione l'organizzazione del progetto o dei servizi stessi.²⁹

6. Il Progetto di Vita e il Budget di Salute: chiediamo l'attuazione a livello nazionale del Budget di Salute superando la fase di sperimentazione. Deve **sempre** essere un dispositivo co-progettato, costruito insieme alla persona, partendo dai suoi interessi e desideri. I suoi effetti vanno valutati con il diretto interessato in ogni fase, per verificare se abbia generato legami, occasioni di lavoro, autonomia abitativa e piena cittadinanza nella comunità.

Consideriamo come riferimenti essenziali le norme che riconoscono il diritto al Progetto di Vita (*L. 227/2021 e D.lgs. 62/2024³⁰*) e le Linee guida della Conferenza Stato Regioni sul progetto individualizzato (*“Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona”*, approvate in Conferenza Stato-Regioni nel 2022, Rep. Atti 104/CU³¹).

Rifiutiamo ogni modello di assistenza che trasformi la residenzialità o i percorsi riabilitativi territoriali in forme di "soggiorno obbligato"³² o mero “parcheggio” temporaneo. La cura non può mai coincidere con lo spostamento coatto o la permanenza in luoghi che, pur essendo formalmente fuori dall'ospedale psichiatrico riproducono le dinamiche di esclusione, l'infantilizzazione e il controllo tipici delle istituzioni totali o totaloidi³³, in linea con le analisi del prof. Ciro Tarantino.³⁴

Il diritto alla cittadinanza deve essere esercitato nei **luoghi comuni** della vita sociale. Pertanto, ci impegniamo a contrastare ogni "**neo-istituzionalizzazione**" **mascherata da riabilitazione**, dove la libertà di movimento, il diritto all'ascolto e la possibilità di dissentire vengono compressi in nome di una gestione burocratica o autoritaria del disagio o visti semplicemente come sintomi del disagio stesso.

7. Centralità del Servizio Pubblico e Risorse: il diritto alla salute non può essere soggetto a logiche di mercato e di produttività. Affermiamo la centralità del Servizio Pubblico come unico garante di equità, universalità e accessibilità. In questo quadro riteniamo importante che il personale dei servizi possa svolgere le proprie attività in condizioni di adeguato benessere organizzativo.

In questo senso, il tempo è una risorsa fondamentale: solo garantendo un'adeguata presenza di risorse umane e una cura appropriata per l'organizzazione del lavoro, è possibile commisurare il diritto ad avere risposte tempestive ed efficaci con l'importanza clinica del tempo da dedicare al dialogo e alla cura delle relazioni. In altri termini crediamo che la questione del *tempo* possa essere declinata attraverso questi tre diritti fondamentali:

- **Diritto alla Lentezza e/o alla tempestività:** rispetto dei ritmi soggettivi di recovery e dei bisogni delle persone.
- **Tempo di Riflessività:** spazio per gli operatori e per il diretto interessato per pensare e rielaborare l'agire
- **Tempo della Relazione:** spazio per l'ascolto che costruisce sicurezza e riduce la coercizione.

8. Superamento della Contenzione e Cultura del Consenso: consideriamo tutte le forme di contenzione (fisica, farmacologica, ambientale, anche nelle loro forme preventive) come una violazione dei diritti e un fallimento della cura.

Promuoviamo la diffusione di servizi ospedalieri “No restraint” e riaffermiamo la centralità del consenso informato specialmente nelle fasi di crisi, che non devono mai essere un alibi per la sospensione dei diritti in coerenza con la **Legge n. 219/2017**, che eleva il consenso informato e la pianificazione condivisa delle cure a presupposti inderogabili di ogni atto sanitario³⁵, in coerenza con le *Linee di indirizzo nazionali per il superamento della contenzione (Rep. atti n. 174/CSR)*³⁶ e con i più recenti

orientamenti della Suprema Corte di Cassazione^{37 38} e della Corte costituzionale sulla protezione dell'autodeterminazione.^{39 40}

9. Responsabilità, Fiducia e Diritto al Rischio: vogliamo un sistema che tuteli sia chi riceve cura che chi la offre, superando la “medicina difensiva” e l'uso improprio della responsabilità penale.

Sosteniamo il “**Positive Risk-Taking**”⁴¹ come parte dell'autonomia e dell'esercizio dei diritti, creando le necessarie condizioni educative per scelte consapevoli. Il rischio non deve essere solitudine ma deve poggiare su reti territoriali e su un servizio che sia punto di riferimento costante non solo in caso di crisi ma anche per la prevenzione e la tutela dei progetti di vita.

Conclusioni: Un Cantiere Aperto

Questa carta non vuole essere l'ennesimo documento burocratico da archiviare, ma un organismo vivo, una bussola per orientare il nostro agire quotidiano. Abbiamo cercato di tracciare un sentiero dove l'autodeterminazione, garantita da strumenti come le DAT e le altre decisioni formalmente condivise (come i Contratti di Ulisse, strumenti di espressione anticipata della volontà e delle preferenze della persona), si intrecci indissolubilmente con la forza delle pratiche dialogiche e della co-produzione.

Crediamo che la Salute Mentale debba smettere di essere una “somministrazione di prestazioni” per tornare ad essere una costruzione di progetti di vita, dove Budget di Salute e la ricerca partecipativa diventino il linguaggio comune per capirsi, misurarsi e crescere insieme riconoscendo il valore dei diversi saperi, quello professionale e quello esperienziale, che contribuiscono alla trasformazione dei servizi.

Non possiamo, tuttavia, ignorare le sfide che abbiamo di fronte. Difendere la centralità del **Servizio Pubblico** oggi significa lottare per il **diritto al tempo**: il tempo della cura, della sosta, della riflessione e della relazione, che nessuna logica di mercato potrà mai valorizzare adeguatamente.

Solo all'interno di un sistema pubblico solido, che rispetti i diritti e la dignità di tutti, possiamo superare la paralisi della **medicina difensiva**, riscoprendo il coraggio del

“**rischio positivo**” e garantendo agli operatori quella serenità professionale che è, essa stessa, garanzia di libertà e dignità per chi riceve cura. In questo orizzonte, la qualità della cura nasce dall'incontro tra i diritti delle persone, la responsabilità dei servizi e la fiducia reciproca tra tutti i protagonisti della salute mentale.

Vi invitiamo, dunque, a non considerare queste pagine come un testo definitivo, ma come un invito al dialogo. Siamo qui per scardinare insieme i vecchi modelli, per integrare le prospettive che ancora mancano e per chiederci, con onestà, come trasformare queste visioni in realtà quotidiana nei nostri Servizi.

Il cantiere è aperto. La cura è possibile quando diritti, responsabilità e relazioni di fiducia camminano insieme nella comunità. Non scriviamo per dovere ma per il desiderio profondo di un cambiamento che non lasci indietro nessuno: né chi attraversa la sofferenza, né chi ha scelto la missione di curarla. La voce, la critica e l'esperienza di chi vive i servizi, siano le persone con esperienza diretta di disagio, le loro famiglie, gli operatori, sono lo strumento principale per la co-progettazione e la co-creazione nell'ambito dei Servizi di Salute Mentale e costituiscono la sostanza di cui questa carta ha bisogno per iniziare a cambiare e rendere concreto il cambiamento che auspichiamo.

Torino, 24 Aprile 2026

Federica Mangione, Vercelli, ESP e Familiare

Silvana Hvalič, Trieste, ESP

Eros Cosatto, Gorizia, ESP/Peer e Familiare

Luca Negrogno, Bologna, Sociologo e Ricercatore

Giuseppe Tibaldi, Carpi, Medico Psichiatra, Direttivo SIEP

1 WHO Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, Ginevra, 2021: documento strategico globale che impegna gli Stati membri a potenziare la governance e i servizi di salute mentale, ponendo l'accento sulla prevenzione e sul rafforzamento dei sistemi informativi e di ricerca su scala mondiale. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

2 WHO Guidance on Community Mental Health Services: Promoting person-centred and rights-based approaches, Ginevra, 2021: guida operativa che promuove la transizione verso servizi territoriali basati sul rispetto dei diritti umani, superando il modello istituzionale a favore della centralità della persona e dell'autodeterminazione. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

3 WHO e OHCHR, Mental health, human rights and legislation: guidance and practice, Ginevra, 2023: manuale tecnico che fornisce orientamenti agli Stati per riformare le legislazioni nazionali, al fine di eliminare le coercizioni e garantire che le leggi sulla salute mentale siano pienamente conformi alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

4 UN CRPD, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con Legge 3/3/2009, n. 18. Trattato internazionale che impone il superamento del modello medico della disabilità a favore di un approccio basato sui diritti umani, sancendo l'uguaglianza dinanzi alla legge e il diritto all'autodeterminazione per tutte le persone con disabilità, incluse quelle con disturbi psicosociali. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2009/03/14/009G0027/sg>

5 WHO QualityRights Guidance and Training Tools: si tratta di una suite organica di moduli formativi e linee guida sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per trasformare i servizi di salute mentale. Questi strumenti sono integralmente basati sulla Convenzione ONU (CRPD) e forniscono le competenze necessarie per eliminare le pratiche coercitive (come la contenzione), promuovere il supporto tra pari (Peer Support), garantire la capacità giuridica e sostenere percorsi di recovery autodeterminati, includendo il principio del "Positive Risk Taking" come elemento essenziale dell'autonomia e dell'esercizio dei diritti. Link: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

6 Legge 22 dicembre 2017, n. 219, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16 gennaio 2018, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. La legge sancisce che il consenso informato non è un mero adempimento formale, ma il presupposto di legittimità di ogni atto medico. La norma riconosce il diritto inalienabile della persona di rifiutare o revocare qualsiasi trattamento, promuovendo un'alleanza terapeutica fondata su scelte condivise e sulla valorizzazione dell'autonomia decisionale, garantita anche attraverso lo strumento delle DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/16/18G00006/sg>

7 UN CRPD, Art. 12 (Uguale riconoscimento dinanzi alla legge), che impone il passaggio dalla decisione sostituita alla decisione supportata. L'Articolo 12 sancisce il passaggio definitivo dal paradigma della "decisione sostituita" (*substituted decision-making*), tipico di istituti interdittivi che annullano la soggettività, a quello della "decisione supportata" (*supported decision-making*). v. nota 4

8 Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, Relazione al Parlamento 2024, Sez. "Salute e privazione della libertà": ribadisce che ogni misura di protezione o limitazione non può creare un "vuoto di diritti" né sospendere la soggettività giuridica e la libertà di scelta della persona. https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/Relazione_Parlamento_2024_Completa.pdf

9 Direttiva 2000/78/CE del Consiglio, del 27 novembre 2000 art.5, stabilisce l'obbligo di adottare "accomodamenti ragionevoli" per le persone con disabilità, imponendo misure appropriate e concrete per rimuovere le barriere che ostacolano la piena partecipazione. In ambito della Salute Mentale, ciò implica il dovere dei servizi di adattare protocolli e modalità relazionali alle specifiche necessità della persona, al fine di evitare forme di discriminazione indiretta. Tale principio è stato confermato dalla Corte di Giustizia dell'Unione Europea (*Sentenza 11 aprile 2013, HK Danmark*), che definisce la disabilità non come una malattia, ma come il risultato dell'interazione tra la persona e le barriere ambientali. In questa prospettiva, i servizi sono tenuti a rimuovere tali barriere attraverso accomodamenti adeguati, garantendo condizioni di pari accesso e partecipazione. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32000L0078>

10 **Legge 9 gennaio 2004, n. 6, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 19 gennaio 2004**, segna il superamento del modello della "morte civile" (interdizione) a favore di una protezione flessibile e proporzionata. Si sottolinea con forza che l'AdS non ha carattere sostitutivo della volontà del beneficiario: l'istituto è configurato per supportare e non per rimpiazzare la soggettività della persona. In coerenza con l'art. 409 c.c., il beneficiario conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva. L'amministratore ha l'obbligo di agire nel rispetto della volontà, delle preferenze e dei desideri della persona, senza mai sovrapporre la propria visione a quella del beneficiario nelle scelte che riguardano la sua identità e il suo percorso di vita. L'art. 410 c.c. rafforza ulteriormente questo principio, imponendo all'amministratore di sostegno di operare "tenendo conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario" e di informarlo tempestivamente sugli atti da compiere, affinché possa esprimere la propria volontà. La legge chiarisce così che ogni decisione deve essere costruita insieme alla persona, valorizzandone le capacità residue e garantendo che il sostegno non si trasformi mai in sostituzione o espropriazione della sua autodeterminazione. <https://www.normattiva.it/uri-res/universal-index/it/atto/legge/2004-01-09/6>

11 **Cfr. Comitato ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, Commento Generale n. 1 (2014)**. Il documento chiarisce che la capacità giuridica è un diritto umano universale che non può essere limitato in base a valutazioni sulle abilità decisionali della persona. Ne consegue che l'istituto dell'Amministrazione di Sostegno (Legge n. 6/2004) deve essere interpretato non come uno strumento di rimpiazzo della volontà, ma come un sistema di sostegni personalizzati volti a rendere effettivo l'esercizio della capacità di agire. Qualsiasi misura di protezione deve rigorosamente rispettare i diritti, la volontà e le preferenze della persona, evitando ogni forma di incapacitazione o di sovrapposizione della visione dell'amministratore a quella del beneficiario. https://www.ledha.it/allegati/LED_t2_notizie_allegati/5401/FILE_Allegato_FILE_Allegato_01_-_General_Comment_1.pdf

12 **Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici (2017)**: sottolinea come la vulnerabilità non debba mai condurre alla perdita dei diritti civili e come il principio di autodeterminazione debba essere tutelato attraverso un'alleanza terapeutica che rispetti la dignità della persona anche in condizioni di limitata capacità. https://bioetica.governo.it/media/1394/p130_2017_cura-delle-persone-con-malattie-mentali-alcuni-problemi-bioetici_it.pdf

13 **Cfr. WHO QualityRights Guidance and Training Tools (2019)**, moduli specialistici: "**One-to-one peer support by and for people with lived experience**" e "**Peer support groups by and for people with lived experience**". Questi strumenti definiscono il supporto tra pari come un pilastro per la recovery e il rispetto dei diritti umani, sottolineando che la presenza di pari formati riduce lo stigma, aumenta l'accesso alle cure e favorisce percorsi di autodeterminazione. Il WHO evidenzia inoltre che il supporto tra pari contribuisce a riequilibrare le dinamiche di potere nei servizi, creando contesti più sicuri, dialogici e orientati alla partecipazione attiva della persona. v. nota 5

14 **WHO (2021), "Peer support mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches"**, parte dei moduli tecnici di approfondimento della guida globale per la trasformazione dei servizi di salute mentale in linea con la Convenzione ONU (CRPD) v. note 2-4. Il documento valida l'inserimento degli ESP come strategia per superare i modelli coercitivi e promuovere l'empowerment. **Link:** <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025783>

15 **Tokenism e Peer Washing**: termini che indicano l'inclusione puramente simbolica o di facciata di persone appartenenti a gruppi specifici (in questo caso, gli Esperti in Supporto tra Pari). Tali pratiche vengono utilizzate per proiettare un'immagine di inclusività e partecipazione verso l'esterno, senza tuttavia concedere agli interessati un reale potere decisionale o modificare le dinamiche di potere strutturali all'interno dei servizi.

16 **Open Dialogue**: Nato in Finlandia e oggi pilastro delle linee guida dell'WHO, citato come pratica d'eccellenza nel modulo QualityRights "Person-centred and rights-based mental health services" (v. nota 5) il Dialogo Aperto non è una semplice tecnica, ma un ribaltamento democratico della cura. Invece di decidere "per" la persona in isolamento clinico, l'equipe si sposta nei suoi luoghi di vita, coinvolgendo la sua rete sociale fin dalle prime 24 ore della crisi. L'obiettivo non è la risoluzione immediata del sintomo, ma la costruzione di uno spazio sicuro in cui ogni voce, quella dell'interessato, dei familiari e dei professionisti, abbia pari dignità. È la pratica che trasforma l'incertezza della crisi in un processo collettivo di senso, garantendo che nessuno sia più "oggettificato" da uno sguardo puramente tecnico, ma riconosciuto come soggetto attivo del proprio percorso di guarigione. <https://opendialogueapproach.co.uk/>

17 **UN CRPD Art. 4.3 e Art. 19:** L'Articolo 4.3 della Convenzione stabilisce l'obbligo per gli Stati di consultare e coinvolgere attivamente le persone con disabilità, compresi i bambini, attraverso le loro organizzazioni rappresentative, nello sviluppo e nell'attuazione della legislazione e delle politiche. L'Art. 19 ribadisce inoltre il diritto alla piena integrazione e partecipazione alla comunità. v. nota 4

18 Cfr. **WHO QualityRights Tool Kit**, Sezione 5, che definisce la co-produzione come l'unica via per garantire che i servizi siano "person-centered" e basati sui diritti. L'WHO sottolinea che senza co-produzione, i servizi rischiano di riprodurre dinamiche di potere asimmetriche che ledono la dignità della persona. QualityRights identifica nella partecipazione attiva degli utenti alla governance alla valutazione dei servizi lo standard fondamentale per garantire il rispetto dei diritti umani e promuovere la recovery. Secondo l'WHO, la co-produzione è l'unico strumento efficace per eliminare le pratiche coercitive e l'oggettivazione della persona. v. nota 5

19 **Consiglio d'Europa, Raccomandazione Rec(2004)10 del Comitato dei Ministri sulla protezione dei diritti umani e della dignità delle persone con disturbo mentale (2004).** Il documento definisce i principi europei per garantire dignità, autonomia, garanzie procedurali e protezione contro abusi e trattamenti involontari non giustificati, applicabili a tutti i contesti di cura. La Raccomandazione richiama esplicitamente l'obbligo di coinvolgere la persona nelle decisioni che la riguardano, promuovendo un modello di cura fondato sul consenso, sulla partecipazione attiva e sulla minima restrizione possibile. In questo quadro, la co-produzione e il dialogo diventano strumenti essenziali per assicurare che ogni intervento sia costruito insieme alla persona e alla sua rete, prevenendo derive istituzionalizzanti e garantendo il pieno rispetto dei diritti fondamentali. Link: <https://search.coe.int/cm?i=09000016805dc0c1>

20 **Commissione Europea: "Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030"**, che impegna gli Stati membri a promuovere servizi personalizzati e basati sulla comunità, co-progettati con i destinatari per favorire autonomia e vita indipendente. La Strategia sottolinea che la partecipazione attiva delle persone con disabilità ai processi decisionali è un requisito strutturale delle politiche pubbliche, non una scelta discrezionale. In questa prospettiva, la co-produzione diventa il metodo attraverso cui garantire che i servizi siano realmente centrati sulla persona, prevenendo forme di segregazione e assicurando che ogni intervento sia costruito insieme ai diretti interessati, nel rispetto dei loro desideri, preferenze e progetti di vita. . <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0101>

21 **UN CRPD, Art. 2 e 5:** La Convenzione ONU definisce l'accomodamento ragionevole come l'insieme delle modifiche e degli adattamenti necessari che, senza imporre un onere sproporzionato, garantiscono il godimento dei diritti umani su base di uguaglianza. Il rifiuto di fornire tali accomodamenti è configurato esplicitamente come una forma di discriminazione fondata sulla disabilità. v. nota 4

22 **Comitato ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, Commento Generale No. 6 (2018):** Il Comitato chiarisce che l'obbligo di accomodamento ragionevole è un "dovere *ex nunc*" (immediatamente esigibile) dal momento in cui sorge la necessità. In salute mentale, ciò impone ai servizi di modificare protocolli e procedure per rimuovere le barriere relazionali, garantendo che la disabilità psicosociale non sia mai usata come giustificazione per l'esclusione dai processi decisionali. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en

23 **Corte cost., 30 maggio 2025, n. 76 depositata il 30 maggio 2025 :** la corte sancisce che il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) può essere considerato costituzionalmente legittimo solo se rispetta rigorosamente il principio di *extrema ratio* già sancito nella precedente sentenza 22/2022 (v. nota 38). Questo implica che il Servizio ha l'onere di dimostrare di aver preventivamente attivato ogni possibile accomodamento ragionevole (quali la mediazione ESP, il Dialogo Aperto, la crisi domiciliare o la de-escalation relazionale) per favorire il consenso e la partecipazione della persona. Qualora tali tentativi non siano stati esperiti o adeguatamente documentati, il provvedimento coercitivo perde il suo presupposto giuridico, configurando una violazione della libertà personale che ne può determinare la nullità o l'illegittimità. Per questo, le garanzie procedurali assumono un valore sostanziale: la legittimità del provvedimento è subordinata all'audizione diretta e tempestiva della persona da parte del Giudice Tutelare. Tale adempimento non è una mera formalità amministrativa, ma lo strumento indispensabile affinché il Giudice possa verificare la reale sussistenza delle condizioni cliniche e la mancata percorribilità di alternative meno restrittive, garantendo alla persona il diritto di essere ascoltata e di partecipare attivamente al procedimento che riguarda la propria libertà e salute. <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/76>

24 **Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE (Art. 3):** Il diritto all'integrità della persona impone il rispetto del consenso libero e informato come base di ogni trattamento sanitario. In salute mentale, questo si traduce nell'obbligo dei servizi di valorizzare le capacità decisionali residue, garantendo che ogni intervento sia frutto di una negoziazione paritaria, rifiutando logiche sostitutive anche in presenza di misure di protezione giuridica. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

25 **Consiglio d'Europa, Raccomandazione Rec(2004)10 del Comitato dei Ministri sulla protezione dei diritti umani e della dignità delle persone con disturbo mentale (2004).** cit. v. nota 19

26 **Cfr. C. Tarantino (a cura di), Il soggiorno obbligato. La disabilità fra dispositivi di incapacitazione e strategie di emancipazione,** Bologna, Il Mulino, 2024. ISBN 978-8815388346.

27 **Decreto Legislativo 62/2024 (attuativo della Legge 227/2021) pubblicata in G.U. 14/05/2024, n. 111.** Il decreto introduce il diritto al Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato, basato sul principio dell'accomodamento ragionevole. Tale norma impone ai Servizi di adattare i supporti alle esigenze della persona, superando la logica della prestazione standardizzata e della coazione in favore di una cittadinanza piena e inclusiva.

<https://www.normattiva.it/uri-res/uproc/lst/static/atto/2024/05/03/62>

28 **WHO QualityRights Tool Kit:** Il Tool Kit definisce la metodologia di monitoraggio dei servizi come un processo necessariamente partecipativo (Sezione 2, "Conducting the Assessment") ed impone che i comitati di valutazione siano composti da persone con esperienza vissuta, familiari e professionisti, stabilendo che il giudizio della persona sulla propria dignità e autonomia è l'indicatore primario di efficacia. Per il riferimento completo e il link, v. nota 5

29 Ibidem

30 **Decreto Legislativo 62/2024 (attuativo della Legge 227/2021)** cit. v. nota 27

31 **Conferenza Unificata, Rep. Atti 104/CU del 6 luglio 2022, "Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona".** Il documento definisce gli elementi qualificanti del Budget di Salute come strumento di integrazione socio-sanitaria e di costruzione di progetti personalizzati per persone con bisogni complessi, promuovendo autonomia, inclusione e governance pubblica. Le Linee programmatiche ribadiscono che il Budget di Salute non è una misura assistenziale, ma un dispositivo di co-progettazione che richiede la partecipazione attiva della persona, della sua rete sociale e dei servizi coinvolti. La sua efficacia dipende dalla capacità di costruire interventi realmente individualizzati, orientati ai desideri e ai progetti di vita della persona, superando modelli standardizzati e prevenendo ogni forma di istituzionalizzazione, anche nelle sue varianti più sottili. <https://siep.it/wp-content/uploads/2022/07/BdS-Intesa-sancita-il-6-luglio-2022-Rep-Atti-n.-104CU.pdf>

32 **C. Tarantino (a cura di), Il soggiorno obbligato. La disabilità fra dispositivi di incapacitazione e strategie di emancipazione,** Bologna, Il Mulino, 2024, cit nota 26. pp. 13-14. *«Il soggiorno obbligato si configura come un dispositivo di cattura: un'eccedenza di assistenza che si traduce in una sottrazione di libertà. In questi spazi, la vita delle persone con disabilità psicosociale viene amministrata attraverso regimi di sorveglianza e protocolli standardizzati che annullano l'autodeterminazione, trasformando la residenzialità da luogo di transito verso l'autonomia a luogo di permanenza indefinita, fondato su una logica della custodia che finisce per produrre quella stessa disabilità che dichiara di voler curare.»*

33 **C. Tarantino, "Per ordine di giustizia. Su alcuni casi di internamento di fatto", in «aut aut», n. 398, La psichiatria e il futuro della salute mentale, a cura di Mauro Bertani, Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio, giugno 2023, pp. 166-177** *«Una frazione di questi luoghi conserva fattezze e sentori integralmente manicomiali, una quota non residuale è ascrivibile invece al tipo delle "istituzioni totaloidi": con questo sintagma mi riferisco a istituzioni che condividono un certo numero di tratti fisici e di caratteristiche morali con le "istituzioni totali", anche solo per quota o in modo saltuario. Torcendo il lessico lombrosiano dalla tipologia dell'umano alla topologia delle istituzioni, si può dire che le "istituzioni totaloidi" non sono istituzioni totali nate, lo divengono perché l'occasione si innesta su qualche predisposizione. E se il "carattere più tipico" di un'istituzione totale risiede nel sostanzarsi come un "regime chiuso e formalmente amministrato", un'istituzione totaloide è contrassegnata da un regime semichiuso e formalmente amministrato, nelle più diverse misture di libertà formali e limitazioni sostanziali.»*

34 **Ciro Tarantino** è professore di Sociologia presso l'Università della Calabria e titolare di insegnamenti di Sociologia della disabilità presso l'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli. È condirettore del Centro studi "*Robert Castel Centre for Governmentality and Disability Studies*" di Napoli, direttore della rivista «*Minority Reports. Cultural Disability Studies*» (progetto editoriale della Suor Orsola University Press) e membro della European Academic Network on Disability (ANED), che supporta la Commissione Europea e gli Stati membri dell'UE fornendo consulenza scientifica indipendente, analisi e informazioni sulle politiche e sulla legislazione in materia di disabilità a livello nazionale ed europeo, oltre a offrire approfondimenti comparativi sulla condizione delle persone con disabilità. Le sue ricerche si concentrano sui dispositivi di incapacitazione e sui processi di internamento, promuovendo il superamento delle logiche di custodia in favore di percorsi di cittadinanza ed emancipazione, in linea con la Convenzione ONU (CRPD). <https://universitypress.unisob.na.it/ojs/index.php/minorityreports/about/editorialTeamBio/19>

35 **Legge 22 dicembre 2017, n. 219** cit. v. nota 6

36 **Cfr. Conferenza Permanente Stato-Regioni, Accordo del 23 ottobre 2025 (Rep. atti n. 174/CSR), "Linee di indirizzo nazionali per il superamento della contenzione"**. Il documento sancisce formalmente l'impegno verso l'obiettivo "contenzione zero", definendo tale pratica priva di finalità terapeutiche e classificandola come "evento avverso sentinella". L'Accordo impegna i Servizi a una trasformazione radicale attraverso il monitoraggio obbligatorio degli episodi, l'adozione di modelli "*no restraint*" e la formazione specifica alla *de-escalation*. Il superamento della contenzione viene così elevato a indicatore vincolante di qualità clinica e parametro essenziale per il rispetto dei diritti umani. <https://www.statoregioni.it/media/3ledsikr/p-1-csr-atto-rep-n-174-23ott2025.pdf>

37 **Corte Suprema di Cassazione, Ordinanza civile sez. III, 12/06/2023, n. 16633 depositata il 14 giugno 2023** : la Corte ribadisce che il consenso informato, ai sensi della l. n. 219/2017 e degli artt. 2, 13 e 32 Cost., è un diritto fondamentale. La sua violazione è fonte di danno risarcibile qualora il paziente dimostri che, se adeguatamente informato, avrebbe compiuto scelte diverse. Tale obbligo informativo, volto a tutelare l'autodeterminazione, permane anche nelle situazioni di fragilità e nell'ambito della salute mentale. <https://www.enpam.it/wp-content/repository/universaliamedia/Ci/documenti/344%20Cass.-Civ.-16633-2023-consenso-informato.pdf>

38 **Corte di Cassazione, Ordinanza civile sez. III, 11/1/2023 n. 509 depositata l'11/1/2023**: È una sentenza fondamentale per il superamento della contenzione: stabilisce che il TSO è legittimo solo come *extrema ratio*. Il Servizio ha l'obbligo legale di dimostrare di aver tentato ogni iniziativa possibile per ottenere il consenso e, soprattutto, di aver cercato alternative extra-ospedaliere (come i Budget di Salute o il supporto domiciliare). Se queste alternative non sono state attivate, la legittimità del provvedimento coatto viene meno. <https://portale.fnomceo.it/corte-di-cassazione-ord-11-gennaio-2023-n-509-medici-e-consenso-informato/>

39 **Corte Costituzionale, Sentenza 11 gennaio 2022, n. 22**: La Consulta stabilisce un principio cardine: la contenzione meccanica non è un atto sanitario o terapeutico, ma una limitazione della libertà personale ai sensi dell'Art. 13 della Costituzione. Come tale, essa incide sul diritto fondamentale all'inviolabilità del corpo e non può essere giustificata da discrezionalità tecnica, carenze di organico o ragioni di gestione del reparto. Questa sentenza impone una "riserva di legge" e di giurisdizione, sottraendo la contenzione all'arbitrio organizzativo e obbligando i Servizi a considerarla un evento eccezionale, da superare attraverso garanzie legali e percorsi di cura orientati alla dignità. <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2022/22>

40 **Corte cost., 30 maggio 2025, n. 76** cit. v. nota 23

41 **Positive Risk-Taking (Assunzione consapevole e condivisa del rischio)**: Cfr. WHO (2021), *Guidance on community mental health services*. L'WHO definisce il *positive risk-taking* come un processo collaborativo in cui l'operatore e la persona valutano insieme i benefici potenziali di un'azione volta all'autonomia (es. vivere da soli, lavorare, definire preliminarmente come affrontare momenti critici futuri etc.), accettando l'incertezza come parte necessaria della recovery. Questo approccio si contrappone alla medicina difensiva, che spesso utilizza la "sicurezza" (ad es. la protezione dalle recidive) come pretesto per limitare la libertà e mantenere la cronicità. In linea con il principio di dignità del rischio, l'operatore non agisce più in solitudine burocratica, ma all'interno di una responsabilità condivisa e documentata, dove il fine ultimo è la massima espansione possibile della cittadinanza e della autonomia della persona. v. nota 2