

RICOVERO E TRATTAMENTO INVOLONTARI NEI SOGGETTI CON DISTURBI PSICHICI

Esperienze Internazionali

ONU, Piano d'Azione per la "Salute Mentale" (2013-2020)

Il Piano d'Azione per la "Salute Mentale" (2013-2020), pubblicato nel 2013 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization), espressamente così scrive circa la salute mentale e disturbi mentali.

Cause scatenanti e conseguenze:

I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità. L'esposizione alle avversità sin dalla tenera età rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto e che si può prevenire.

A seconda del contesto locale alcuni individui e gruppi sociali sono molto più a rischio di altri di soffrire di disturbi mentali. Questi gruppi vulnerabili sono per esempio (ma non necessariamente) i membri delle famiglie che vivono in situazioni di povertà, le persone affette da malattie croniche, i neonati e i bambini abbandonati e maltrattati, gli adolescenti che fanno uso per la prima volta di sostanze psicoattive, le minoranze, le popolazioni indigene, le persone anziane, le vittime di discriminazioni e violazioni dei diritti umani, lesbiche, gay, bisessuali e transgender, i prigionieri e le persone che vivono situazioni di conflitto, catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie. L'attuale crisi finanziaria mondiale è la dimostrazione di come un fattore macroeconomico comporti ingenti tagli a dispetto di un concomitante e più forte bisogno di servizi sociali e di servizi di salute mentale a causa dell'aumento dei disturbi mentali e dei suicidi e dell'emergere di nuovi gruppi vulnerabili (ad esempio i giovani disoccupati). In molte società i disturbi mentali legati all'emarginazione, all'impoverimento, alle violenze e maltrattamenti domestici, all'eccessivo carico di lavoro e allo stress inducono crescente preoccupazione, soprattutto per la salute delle donne.

Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media. Per esempio persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica, che spesso non vengono affrontati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidio. Esso è la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale.

Spesso i disturbi mentali influiscono su altre malattie, quali ad esempio il cancro, le malattie cardiovascolari e l'infezione da HIV/AIDS, e sono a loro volta influenzate da queste; e pertanto necessitano di servizi comuni e un'attiva mobilitazione di risorse. Per esempio, è stato infatti dimostrato che la depressione può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete; i quali a loro volta aumentano il rischio d'insorgenza di una depressione. Numerosi fattori di rischio quali una modesta condizione socioeconomica, l'alcolismo e lo stress si riscontrano comunemente sia nei disturbi mentali che in altre malattie non trasmissibili. Si è constatato inoltre che spesso i disturbi mentali si accompagnano ai disturbi da uso di sostanze psicoattive. Nel loro complesso, i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze psicoattive, comportano costi elevati, che ha raggiunto il 13% del carico globale di malattia su scala mondiale nel 2004.

La depressione da sola rappresenta il 4,3% del carico globale di malattia ed è una delle principali cause di disabilità a livello mondiale (11% degli anni di vita vissuti con una disabilità nel mondo intero), particolarmente nelle donne. Le conseguenze economiche di queste condizioni di compromissione della salute sono altrettanto importanti: un recente studio ha stimato che l'impatto cumulativo dei disturbi mentali a livello mondiale in termini di perdita della produzione economica ammonterà a 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030.

I disturbi mentali fanno spesso precipitare gli individui e le loro famiglie in una condizione di povertà.

La perdita della casa e la detenzione inappropriata è molto più frequente nelle persone con disturbi mentali che nella popolazione generale, ed aggravano ulteriormente la loro condizione di emarginazione e la loro vulnerabilità. A causa della stigmatizzazione e della discriminazione, le persone con disturbo mentale vedono violati i loro diritti umani e molte di loro vengono private dei loro diritti economici, sociali, e culturali – sono vittime di limitazioni nel diritto al lavoro, all'istruzione, alla procreazione ed alla possibilità di ottenere le migliori condizioni di salute.

ONU, Risoluzione 46/119 del 1991

La risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (46/119 del 1991 '**Principi per la protezione delle persone affette da malattia mentale e per il miglioramento delle cure di salute mentale**'), sancisce i principi a cui conformarsi nel trattamento dei disturbi mentali, per i quali il paziente, oltre ad avere diritto ad un trattamento, rivisto periodicamente, che riduca al minimo le intrusioni nella sfera della fisicità, della limitazione di movimento; ha anche diritto ad una piena informazione e coinvolgimento nel proprio percorso terapeutico, con la possibilità di avvalersi di una consulenza capace di supportarlo nel controllo.

Si estraggono e si riportano di seguito i Principi 11, 12; 13, 16, 17, 18 e 23 rispettivamente: sul consenso al trattamento volontario o involontario; sulla comunicazione al paziente dei propri diritti; sulle condizioni di vita nei centri di salute mentale; sul collocamento d'ufficio in un reparto di salute mentale; sull'organo di revisione della decisione di ricovero; sulle garanzie delle procedure sull'applicazione di tale Risoluzione.

Principio 11 – Consenso al trattamento

1. Nessun trattamento dovrà essere somministrato a un paziente senza che egli abbia dato il suo consenso informato, a esclusione dei casi previsti ai paragrafi 6, 7, 8, 13 e 15 del presente

2. Per consenso informato s'intende il consenso liberamente dato in assenza di minacce o persuasioni indebite e dopo spiegazioni sufficienti e comprensibili date al paziente sotto una forma e un linguaggio che gli sono comprensibili riguardo a:

- a) il metodo diagnostico;
- b) lo scopo, i metodi, la durata probabile e i benefici previsti dal trattamento proposto;
- c) gli altri modi di trattamento possibili, compresi i modi di trattamento meno invasivi per l'integrità del paziente;
- d) i dolori e gli effetti indesiderati che possono scaturire dal trattamento, i suoi eventuali rischi e gli

effetti secondari.

3. Il paziente può chiedere la presenza di una persona o di più persone di sua scelta nel corso della procedura richiesta per la concessione del consenso.

4. Il paziente ha il diritto di rifiutare il trattamento o di porvi fine, a esclusione dei casi previsti ai paragrafi 6, 7, 8, 13, 15 del presente Principio. Le conseguenze di questo rifiuto o di quella interruzione devono essergli spiegate.

5. Il paziente non deve mai essere invitato o incoraggiato a rinunciare al diritto di dare il suo consenso in modo informato. Se il paziente manifesta l'intenzione di rinunciare a questo diritto, gli sarà spiegato che il trattamento non può essere somministrato senza il suo consenso dato in modo informato.

6. Eccetto i casi previsti ai paragrafi 7, 8, 12, 13, 14 e 15 del presente Principio, il trattamento proposto può essere somministrato al paziente senza un suo consenso informato se sono soddisfatte le seguenti condizioni:

a) il paziente non sia un paziente volontario al momento considerato per l'effettuazione del trattamento.

b) un'autorità indipendente, in possesso di tutti gli elementi d'informazione necessari, compresi gli elementi indicati al paragrafo 2 del presente Principio, abbia la convinzione che il paziente non abbia, al momento preso in considerazione, la capacità di dare o di rifiutare il suo consenso in modo consapevole al trattamento proposto o, se la legislazione nazionale lo preveda, che, riguardo alla sicurezza del paziente o a quella di terzi, il paziente rifiuti irragionevolmente il suo consenso.

c) l'autorità indipendente abbia la convinzione che il trattamento proposto corrisponda al meglio rispetto ai bisogni della salute del paziente.

7. Il paragrafo 6 sopra riportato non si applica a un paziente che abbia un rappresentante personale autorizzato dalla legge a consentire al trattamento in nome suo, intendendo comunque che nei casi previsti ai paragrafi 12, 13, 14 e 15 del presente Principio, il trattamento può essere somministrato al paziente senza il suo consenso dato in modo informato se il suo rappresentante personale, dopo aver avuto conoscenza degli elementi d'informazione indicati al paragrafo 2 del presente Principio, ne dà il consenso in nome suo.

8. Eccetto i casi previsti ai paragrafi 12, 13, 14 e 15 del presente Principio, il trattamento può anche essere somministrato a un paziente senza il suo consenso dato in modo informato se un professionista di salute mentale qualificato, abilitato dalla legislazione vigente, decide che questo trattamento è urgente e necessario per prevenire un danno immediato o imminente al paziente o a terzi. Questo trattamento deve durare solo il tempo strettamente necessario a ottenere questo scopo.

9. Quando un trattamento è autorizzato senza il consenso di un paziente dato in modo informato, si dovrà fare tutto quanto è possibile comunque per tentare d'informare il paziente sulla natura del trattamento e di tutte le altre modalità di trattamento e rendere massimamente partecipe il paziente circa i modi di applicazione del trattamento.

10. Ogni trattamento dovrà essere immediatamente riportato nella cartella clinica del paziente con la menzione del carattere volontario o meno del trattamento medesimo.

11. La costrizione fisica o l'isolamento obbligatorio del paziente devono essere utilizzati solo conformemente ai metodi ufficialmente approvati dalle istituzioni di salute mentale e solamente se sono gli unici mezzi per prevenire un danno immediato o imminente al paziente o a terzi. Il ricorrere a queste misure deve durare solo il tempo strettamente necessario a ottenere questo scopo. Tutte le misure di costrizioni

fisiche o d'isolamento obbligatorio, le ragioni che le motivano, la loro natura e la loro portata devono essere riportate nella cartella clinica del paziente. Ogni paziente sottoposto a costrizione fisica o a isolamento obbligatorio deve beneficiare di condizioni umanamente dignitose ed essere curato e strettamente sorvegliato con regolarità da personale qualificato. Nel caso di un paziente che abbia un rappresentante personale, costui sarà avvisato quanto prima, all'occorrenza, di tutte le misure di costrizione fisica o d'isolamento obbligatorio.

12. La sterilizzazione non deve mai essere applicata come trattamento di malattia mentale.

13. Una persona affetta da malattia mentale può subire interventi medici o chirurgici importanti solo se la legislazione nazionale lo permette, se si considera che ciò corrisponda all'interesse superiore del paziente e se costui dà il suo consenso in modo informato; quando il paziente non è nelle condizioni di dare il suo consenso in modo informato, l'intervento dovrà essere autorizzato solo dopo una visita medica indipendente.

14. La psichirurgia e gli altri trattamenti che ledono in maniera irreversibile l'integrità del paziente, effettuabili in caso di malattia mentale, non devono mai essere applicati a un paziente sottoposto a un trattamento obbligatorio di un reparto di salute mentale e nella misura in cui la legislazione nazionale li autorizza, possono essere applicati a un paziente solo se costui ha dato un suo consenso in modo informato e se un organismo esterno e indipendente esprime la sua convinzione che il consenso del paziente è stato veramente dato in modo informato e che questo trattamento risponda all'interesse superiore del paziente.

15. Le prove cliniche e i trattamenti sperimentali non devono mai essere condotti su un paziente senza il suo consenso dato in modo informato, essendo eppure inteso che un paziente il quale non sia capace di dare tale consenso può essere oggetto di una prova clinica o di un trattamento sperimentale particolare ma solo dopo una visita e l'approvazione di un organismo indipendente e competente costituito per l'occasione a tale fine.

16. Nei casi contemplati ai paragrafi 6, 7, 8, 13, 14 e 15 del presente Principio, il paziente o il suo rappresentante personale o qualsiasi altra persona interessata hanno, nei confronti di qualsiasi trattamento al quale il paziente è sottoposto, il diritto di presentare un ricorso presso un organismo giudiziario o un'autorità indipendente.

Principio 12 – Comunicazione dei diritti

1. Subito dopo il ricovero in un reparto di salute mentale, ogni paziente deve essere informato appena possibile, in una forma e in un linguaggio che può capire, di tutti i suoi diritti conformemente ai presenti Principi e in virtù della legislazione nazionale, e questa informazione andrà integrata da una spiegazione di questi diritti e dei mezzi per esercitarli.

2. Se il paziente non è in grado di comprendere queste informazioni e fino a quando questa condizione durerà, i suoi diritti saranno all'occorrenza portati alla conoscenza del suo personale rappresentante e della persona o delle persone che sono più adatte a rappresentare i suoi interessi e sono disposte a farlo.

3. Un paziente che ne ha la capacità, ha il diritto di designare una persona che sarà informata in sua vece, così come una persona incaricata di rappresentare i suoi interessi presso le autorità dell'istituzione sanitaria.

Principio 13 – Diritti e condizioni di vita nei reparti di salute mentale.

1. Ogni paziente ammesso in un reparto di salute mentale ha diritto, in particolare, a che siano rispettate pienamente le seguenti condizioni:

a) il riconoscimento in diritto di essere persona in ogni circostanza;

- b) la vita privata;
- c) la libertà di comunicazione, in modo particolare con altre persone nel reparto; la libertà di spedire e di ricevere comunicazioni private senza nessuna censura; la libertà di ricevere visite private di un consigliere o di un rappresentante personale e, ogni qual volta questo sia possibile, di ricevere altre visite; e la libertà di accedere ai servizi postali e telefonici così come ai giornali, alla radio e alla televisione;**
- d) la libertà di religione o di credo.

2. L'ambiente naturale e le condizioni di vita nei reparti di salute mentale devono essere simili quanto più possibile alla vita normale delle persone secondo la loro età e in modo particolare comprendere:

- a) delle strutture per i momenti di svago;
- b) dei mezzi di educazione;
- c) delle possibilità di comperare o di ricevere articoli necessari alla vita quotidiana, ai momenti di svago e alla comunicazione;
- d) dei mezzi che permettano al paziente di dedicarsi a occupazioni attive adattate al suo contesto sociale e culturale, degli incoraggiamenti a utilizzare questi mezzi e delle misure di riadattamento professionale in modo di facilitare la sua reintegrazione nella società. Dovrebbero essere previsti a questi fini dei servizi di orientamento e di formazione professionale così come di collocamento per permettere ai pazienti di trovare o di conservare un impiego nella società.

3. In nessun caso, il paziente potrà essere sottoposto a un lavoro forzato. Nella misura in cui i bisogni del paziente e le esigenze dell'amministrazione delle strutture lo permettano, un paziente può scegliere il tipo di lavoro al quale egli desidera dedicarsi.

4. Il lavoro effettuato da un paziente in un'istituzione di salute mentale non deve dare luogo a sfruttamento. Ogni paziente ha il diritto, per ogni lavoro da egli stesso svolto, alla stessa remunerazione che un'altra persona esterna riceverebbe per un lavoro identico secondo le leggi o le usanze del paese in cui vive. Il paziente ha in ogni circostanza il diritto di ricevere una giusta quota di remunerazione che sia stata versata all'istituzione di salute mentale per il suo lavoro.

Principio 16 – Collocamento d'ufficio

1. Una persona può essere collocata d'ufficio in un reparto di salute mentale o, essendo già stata ammessa volontariamente in un reparto di salute mentale, può esservi tenuta d'ufficio solamente con l'unica condizione che un professionista di salute mentale qualificato e abilitato a questo scopo dalla legge decida, conformemente al principio 4 sopra riportato, che questa persona soffra di una malattia mentale e consideri:

- a) che, in ragione di questa malattia mentale, c'è un rischio concreto di danno immediato o imminente per questa persona o per i terzi;**
- b) che, nel caso di una persona sofferente di una grave malattia mentale il cui giudizio sia compromesso, il fatto di non immettere o ricoverare obbligatoriamente questa persona costituirebbe per ciò stesso un grave pregiudizio del suo stato o impedirebbe di somministrare un trattamento adeguato il quale può essere somministrato solo tramite un ricovero in un reparto di salute mentale conformemente al principio della soluzione meno restrittiva possibile. Nel caso preso in considerazione al punto b, un secondo professionista di salute mentale rispondente agli stessi requisiti del primo e indipendente da costui sarà interpellato ove questo sia possibile. Se questa visita ha luogo, l'immissione o il ricovero obbligatorio del paziente possono essere effettuati solo con il consenso di questo secondo professionista.**

2. La misura dell'immissione o del ricovero obbligatorio sarà presa inizialmente per un breve periodo previsto dalla legislazione nazionale ai fini di osservazione e di trattamento preliminare, aspettando che la decisione d'immissione o di ricovero obbligatorio del paziente sia esaminata dall'organo di

revisione. Le ragioni dell'immissione o del ricovero obbligatorio sono comunicate senza ritardo al paziente, così come l'immissione o il ricovero obbligatorio e le ragioni che le motivano sono comunicate anche queste senza ritardo all'organo di revisione, al rappresentante personale del paziente se ne ha uno e, salvo obiezione del paziente, alla famiglia di costui.

3. Un reparto di salute mentale può ricevere pazienti ricoverati in modo obbligatorio solo se è stato designato per questo scopo da un'autorità competente prevista dalla legislazione nazionale.

Principio 17 – Organo di revisione

1. L'organo di revisione consiste in un organo giudiziario o altro organo indipendente e imparziale istituito secondo la legislazione nazionale e funzionante in accordo con le procedure fissate dalla legislazione medesima. L'organo di revisione prende le sue decisioni con l'assistenza di uno o più professionisti di salute mentale qualificati e indipendenti e tiene conto dei loro pareri.

2. Come prescritto al paragrafo 2 del principio 16 sopra riportato, l'organo di revisione procede all'esame iniziale di una decisione di immissione o di ricovero obbligatorio di un paziente appena possibile, dopo l'approvazione di questa decisione e secondo procedure snelle e rapide fissate dalla legislazione nazionale.

3. L'organo di revisione esamina periodicamente i casi dei pazienti sottoposti a ricovero obbligatorio a intervalli ragionevoli fissati dalla legislazione nazionale.

4. Ogni paziente sottoposto a ricovero obbligatorio può presentare all'organo di revisione una richiesta di dimissione dal reparto o di permanenza volontaria a intervalli ragionevoli fissati dalla legislazione nazionale.

5. A ogni riesame, l'organo di revisione valuta se le condizioni che hanno portato al ricovero obbligatorio elencate al paragrafo 1 del principio 16 sopra riportato sono ancora soddisfatte o, in caso contrario, il paziente dovrà essere dimesso dal reparto psichiatrico.

6. Se, in ogni momento, il professionista di salute mentale, incaricato del caso, stima che le condizioni per mantenere una persona in ricovero obbligatorio non sono più soddisfatte, egli prescrive che sia posto termine al ricovero obbligatorio di questa persona.

7. Un paziente o il suo rappresentante personale o ogni altra persona interessata ha diritto di fare appello davanti a un organo superiore su una decisione relativa a un'immissione o un ricovero obbligatorio di un paziente in un reparto di salute mentale.

Principio 18 – Garanzie di procedure

1. Il paziente ha il diritto di scegliere e di designare un consigliere per rappresentarlo in quanto tale e per rappresentarlo in qualsiasi procedura di querela o di ricorso. Se il paziente non può permettersi tali servizi, un consigliere sarà messo a sua disposizione senza costi per lui nella misura in cui non abbia mezzi sufficienti per remunerarlo.

2. Il paziente ha anche diritto all'assistenza, se necessario, di un interprete e dei suoi servizi. Se ha bisogno di tali servizi e non può permetterseli, questi saranno messi a sua disposizione senza spese nella misura in cui non abbia i mezzi sufficienti per retribuirli.

3. Il paziente e il suo consigliere possono richiedere e produrre a ogni udienza una relazione stilata da uno specialista indipendente della salute mentale e qualsiasi altra relazione ed elemento di prova verbale, scritto e altro che sia pertinenti e ammissibile.

4. Copie della cartella clinica del paziente e di tutti i rapporti e documenti che devono essere presentati devono essere forniti al paziente e al consigliere del paziente, salvo casi speciali in cui si ritenga che la rivelazione di un determinato dato del paziente nuocerebbe gravemente alla salute del paziente medesimo o comprometterebbe la sicurezza di terzi. Nel caso in cui la legislazione nazionale lo permetta e se la riservatezza possa essere garantita, ogni documento che non è fornito direttamente al paziente dovrebbe essere reso noto al rappresentante e al consigliere del paziente. Quando una parte qualsiasi di un documento non sia resa nota a un paziente, il paziente o il consigliere del paziente, all'occorrenza deve essere avvertito della non comunicazione e delle ragioni che la motivano e la decisione di non avvenuta comunicazione potrà essere riesaminata dal tribunale.

5. Il paziente, il rappresentante personale e il consigliere del paziente hanno il diritto di assistere e partecipare a ogni udienza e di essere ascoltati personalmente.
6. Se il paziente, il rappresentante personale o il consigliere del paziente chiedono che una determinata persona sia presente in udienza, questa persona dovrà essere ammessa, a meno che non si giudichi che la presenza della persona rischi di essere gravemente pregiudizievole dello stato di salute del paziente o di compromettere la sicurezza di terzi.
7. Ogni decisione riguardante lo stabilire se un'udienza o una parte di questa debba svolgersi in pubblico o in privato dovrà tenere conto necessariamente dei desideri del paziente, della necessità di rispettare la vita privata del paziente medesimo e di altre persone e della necessità di impedire che venga causato un grave pregiudizio allo stato di salute del paziente o di evitare di compromettere la sicurezza di terzi.
8. Ogni decisione relativa a un'udienza e le ragioni che la motivano dovranno essere formulate per iscritto. Copie di detta decisione si produrranno per il paziente, per il suo rappresentante personale e per il suo consigliere. Al fine di determinare se la decisione deve o non deve essere pubblicata integralmente o in parte, si dovrà tenere massimamente conto dei desideri del paziente, della necessità di rispettare sua vita privata e quella di altre persone, dell'interesse pubblico concernente la trasparenza nell'amministrazione della giustizia e della necessità di impedire che un grave pregiudizio sia causato alla salute del paziente o di evitare di compromettere la sicurezza di terzi.

Principio 23 – Applicazione

- 1. Gli Stati dovranno applicare i presenti Principi adottando misure pertinenti di carattere legislativo, giudiziario, amministrativo, educativo e di altro tipo che rivedranno periodicamente.**
- 2. Gli Stati accorderanno un'ampia diffusione ai presenti Principi con mezzi attivi e appropriati.**

Consiglio d'Europa, Assemblea Parlamentare, Raccomandazione 2091 del 2016

Nella raccomandazione 2091, l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa parte dalla consapevolezza di un gran numero di violazioni dei diritti umani nei trattamenti e ricoveri involontari. Sottolinea la necessità di associare il disturbo psichico alla disabilità psicosociale. E, rifacendosi alla Convenzione Onu sulla disabilità (CRPD, Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, 2006), sottolinea che la privazione della libertà di una persona disabile è in contrasto con il dettato della Convenzione, anche qualora per giustificarla siano utilizzati criteri aggiuntivi, come la pericolosità; evidenzia come in altre situazioni, persone potenzialmente in grado di arrecare danno a sé o ad altri non sono soggette alle stesse limitazioni dei loro diritti; ancora che il trattamento forzato da parte degli operatori psichiatrici e altri professionisti del settore medico-sanitario violi il diritto alla parità di riconoscimento di fronte alla legge e leda, tra l'altro, il diritto all'integrità personale. Di seguito i più salienti articoli:

1. Le procedure di ricovero e trattamento involontario sono all'origine di un gran numero di violazioni dei diritti umani in molti Stati membri, specie in ambito psichiatrico. Le disposizioni pertinenti della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo (STE n. 5) e della Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (STE n. 164, «Convenzione di Oviedo»), così come la Raccomandazione del Comitato dei Ministri Racc. 10 (2004) in materia di tutela dei diritti umani e della dignità delle persone con disturbi mentali, disciplinano rigorosamente, pur autorizzandolo, l'uso delle misure involontarie in psichiatria, allo scopo di tutelare da violazioni dei diritti umani le persone con problemi di salute mentale (più appropriatamente denominate «persone con disabilità psicosociali»).

2. Dal 2013, il Comitato di bioetica del Consiglio d'Europa (DH-BIO) sta lavorando alla stesura di un protocollo aggiuntivo alla Convenzione di Oviedo, volto a proteggere dal ricorso al ricovero e al trattamento involontario i diritti umani e le libertà fondamentali delle persone con disturbi mentali. [...]

5. L'Assemblea rammenta che, dalla sua entrata in vigore nel 2008, la CRPD (Convenzione sui diritti delle persone con disabilità) è il punto di riferimento internazionale nel campo delle disabilità, alla luce del quale si valutano le misure adottate a livello internazionale e nazionale. La CRPD dovrebbe costituire pertanto il punto di partenza per qualsiasi attività del Consiglio d'Europa in questo settore.

6. La CRPD non fa esplicito riferimento al ricovero o trattamento involontario di persone con disabilità, comprese le persone con disabilità psicosociali. Tuttavia, l'articolo 14 sul diritto alla libertà e alla sicurezza afferma chiaramente che la privazione della libertà fondata sull'esistenza di disabilità sarebbe in contrasto con la Convenzione ONU.

7. Il Comitato CRPD interpreta l'articolo 14 come teso a vietare la privazione della libertà sulla base della disabilità, anche qualora per giustificarla siano utilizzati dei criteri aggiuntivi, come la pericolosità per se stesso o per altri. Il Comitato ritiene che le leggi sulla salute mentale contemplanti tali casi siano incompatibili con l'articolo 14, siano di natura discriminatoria e comportino la privazione arbitraria della libertà, giacché altre persone potenzialmente in grado di arrecare danno a sé o ad altri non sono soggette alle stesse limitazioni dei loro diritti. Il Comitato ritiene inoltre che il trattamento forzato da parte degli operatori psichiatrici e altri professionisti del settore medico-sanitario violi il diritto alla parità di riconoscimento di fronte alla legge e leda, tra l'altro, il diritto all'integrità personale.

8. Alla luce di quanto sopra, l'Assemblea conclude che qualsiasi strumento giuridico che mantenga un collegamento tra misure involontarie e disabilità sarà discriminatorio e violerà dunque la CRPD. Essa

rileva che il progetto di protocollo aggiuntivo mantiene un tale collegamento, poiché l'essere affetto da un «disturbo mentale» costituisce la base del trattamento e del ricovero involontario, insieme ad altri criteri.

9. L'Assemblea osserva che gli Stati membri hanno l'arduo compito di conciliare i principi di non discriminazione della CRPD con le tradizionali disposizioni in materia di assistenza alla salute mentale e diritti umani. Rileva inoltre che alcuni Stati membri sono riluttanti ad accettare la suddetta interpretazione del Comitato CRPD. Essa ritiene tuttavia che la posizione del Consiglio d'Europa dovrebbe essere indipendente dalla posizione di alcuni dei suoi Stati membri. Ignorare l'interpretazione della CRPD da parte del suo organo di controllo, istituito ai sensi del diritto internazionale, non solo minerebbe la credibilità del Consiglio d'Europa quale organizzazione regionale per i diritti umani, ma rischierebbe anche di creare un conflitto esplicito tra norme internazionali a livello globale ed europeo.

10. L'Assemblea osserva inoltre che, in occasione della loro 1168^a riunione, i Delegati dei Ministri hanno incaricato i comitati direttivi e ad hoc di valutare la necessità o l'opportunità di redigere protocolli aggiuntivi alle convenzioni di cui è stata loro attribuita la responsabilità. Essa ritiene che un protocollo aggiuntivo redatto in tali circostanze non potrebbe soddisfare il criterio di «opportunità» richiesto dal Comitato dei Ministri.

11. Di conseguenza, l'Assemblea raccomanda al Comitato dei Ministri d'incaricare il Comitato di bioetica di:

a) ritirare la proposta di redigere un protocollo aggiuntivo in materia di tutela dei diritti umani e della dignità delle persone con disturbi mentali per quanto riguarda il ricovero e trattamento involontario;

b) indirizzare invece i suoi lavori alla promozione di alternative alle misure involontarie in psichiatria, anche elaborando misure volte ad accrescere la partecipazione delle persone con disabilità psicosociali alle decisioni che incidono sulla loro salute.

12. Qualora fosse comunque presa la decisione di procedere alla stesura del protocollo aggiuntivo, l'Assemblea raccomanda al Comitato dei Ministri di esortare il Comitato di bioetica a coinvolgere direttamente nel processo di elaborazione le organizzazioni per i diritti dei disabili, come richiesto dalla CRDP e dalla Risoluzione dell'Assemblea 2039 (2015) sulla parità e l'inclusione delle persone con disabilità.

Consiglio d'Europa, Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura (CPT), 2010

Nel 2010, il Comitato Europeo per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa (CPT) insiste sulla volontarietà del trattamento.

123. Il paziente deve, in linea di principio, essere messo nella condizione di poter dare il proprio libero e informato consenso al trattamento. L'ammissione di una persona in una sede psichiatrica su base involontaria non deve essere interpretata come autorizzazione al trattamento senza il suo consenso. Ne consegue che ad ogni paziente capace, sia volontario che involontario, dovrebbe essere data l'opportunità di rifiutare il trattamento o qualsivoglia intervento medico. Ogni deroga a questo principio fondamentale deve fondarsi sulla legge e deve riguardare solo circostanze eccezionali definite in modo chiaro e rigoroso.

Il CPT non esclude la possibilità che un trattamento medico sia imposto al paziente in circostanze eccezionali. Esso, però, deve essere prescritto dalla legge e soggetto a specifiche procedure.

Il CPT raccomanda:

124. [...] le procedure devono essere riviste con lo scopo di assicurare sistematicamente ad ogni paziente, sia volontario che involontario, le informazioni sulle loro condizioni e sul trattamento prescritto loro, e i dottori devono essere istruiti nella ricerca del consenso al trattamento prima del suo inizio. Il modulo concernente il consenso al trattamento deve essere firmato dal paziente [...]. Informazioni pertinenti devono essere fornite al paziente (e ad i suoi rappresentanti legali) anche durante e dopo il trattamento.

Consiglio d'Europa, Comitato dei Ministri, Raccomandazione 10 del 2004

Il Consiglio d'Europa detta i criteri e le condizioni per il ricovero e il trattamento involontario:

Articolo 17 – Criteri per la collocazione involontaria

1. Una persona può essere oggetto di una collocazione involontaria solo se tutte le seguenti condizioni si verificano:

- a) la persona è affetta da un disturbo mentale;
- b) lo stato della persona presenta un rischio reale di grave danno per la sua salute o la salute altrui;**
- c) la collocazione ha in particolare uno scopo terapeutico;**
- d) nessun altro mezzo meno restrittivo per fornire cure adeguate è disponibile;**
- e) il parere della persona interessata è stato preso in considerazione.**

2. La legge può prevedere che eccezionalmente una persona possa essere oggetto di una collocazione involontaria, in accordo con le disposizioni del presente capitolo, per il periodo minimo necessario per determinare se essa è affetta da un disturbo mentale che rappresenta un rischio di danno grave per la sua salute o la salute altrui, se:

- a) il suo comportamento suggerisce fortemente la presenza di un tale disturbo;
- b) il suo stato sembra presentare un tale rischio;
- c) non esiste nessun altro mezzo appropriato meno restrittivo di procedere alla valutazione del suo stato;
- d) il parere della persona interessata è stato preso in considerazione.

Articolo 18- Criteri per il trattamento involontario

Una persona può essere oggetto di un trattamento involontario solo se tutte le seguenti condizioni si verificano:

- a) la persona è affetta da un disturbo mentale;
- b) lo stato della persona presenta un rischio reale di grave danno per la sua salute o la salute**

altrui;

c) nessun altro mezzo che comporti una minima intrusione per apportare cure adeguate è disponibile;

d) il parere della persona interessata è stato preso in considerazione.

Consiglio d'Europa, Convenzione sui diritti umani e biomedicina (Convenzione di Oviedo) del 1997

La Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, primo Trattato Internazionale sulla bioetica, promosso dal Consiglio d'Europa, (nota come **Convenzione di Oviedo**) del 1997 enuncia i principi del consenso libero e informato per ogni trattamento medico.

Articolo 5 – Capitolo II – Consenso – Regola generale

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.

Articolo 6 – Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso

1. Sotto riserva degli articoli 17 e 20, un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa. [.....]

3. Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. La persona interessata deve nei limiti del possibile essere associata alla procedura di autorizzazione.

4. Il rappresentante, l'autorità, la persona o l'organo menzionati ai paragrafi 2 e 3 ricevono, alle stesse condizioni, l'informazione menzionata all'articolo 5.

5. L'autorizzazione menzionata ai paragrafi 2 e 3 può, in qualsiasi momento, essere ritirata nell'interesse della persona interessata.

Articolo 7 – Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale

La persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso.

Articolo 8 – Situazioni d'urgenza

Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata.

Parlamento Europeo, Risoluzione 2209 sulla Salute Mentale del 2009 (2008/2209(INI))

1. Accoglie positivamente il Patto europeo per la salute mentale e il benessere e il riconoscimento della salute mentale e del benessere quale priorità d'azione fondamentale;

6. Ritiene che sarebbe opportuno porre l'accento sulla prevenzione dei disturbi della salute mentale attraverso un intervento sociale, prestando un'attenzione particolare ai gruppi più vulnerabili; sottolinea che, nei casi in cui la prevenzione è insufficiente, dovrebbe essere incoraggiato e agevolato l'accesso non discriminatorio ai trattamenti terapeutici e che le persone con problemi di salute mentale dovrebbero poter accedere pienamente alle informazioni riguardanti forme innovative di trattamento;

9. Invita la Commissione a condurre e a pubblicare un'indagine sui servizi per le malattie mentali e sulle politiche di promozione della salute mentale in tutta l'Unione europea;

10. Invita gli Stati membri ad adottare la risoluzione 46/119 delle Nazioni Unite per "La protezione delle persone affette da disturbi mentali e lo sviluppo di cure di salute mentale", elaborata dalla Commissione per i diritti umani delle Nazioni Unite e adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1991;

11. Invita gli Stati membri ad accordare alle persone con problemi di salute mentale il diritto ad un accesso equo, pieno e adeguato all'istruzione, alla formazione e al mercato del lavoro, in linea con i principi dell'apprendimento lungo tutto l'arco della vita, nonché a garantire che esse ricevano un sostegno adatto alle loro esigenze;

12. Sottolinea la necessità di una pianificazione chiara e a lungo termine, relativo alla fornitura di servizi di salute mentale, in comunità o in ospedale, di alta qualità, efficaci, accessibili e universali e all'adozione di criteri di controllo da parte di organi indipendenti; chiede una migliore collaborazione e comunicazione tra i professionisti che prestano le cure sanitarie primarie e i professionisti della salute mentale, per affrontare con successo i problemi associati alla salute fisica e mentale, incoraggiando un approccio olistico che tenga conto del profilo complessivo degli individui dal punto di vista della salute fisica e mentale;

13. Invita gli Stati membri a prevedere nei servizi sanitari generali lo screening dei disturbi mentali e nei servizi di salute mentale lo screening dei problemi di salute fisica; invita inoltre gli Stati membri a istituire un modello di assistenza completa;

14. Chiede alla Commissione di cercare e registrare le esperienze dei pazienti riguardo agli effetti collaterali dei trattamenti in base agli orientamenti dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA);

15. Chiede alla Commissione di estendere il mandato del Centro europeo di prevenzione e di controllo delle malattie (ECDC), per includervi la salute mentale;

16. Invita la Commissione a diffondere i risultati delle conferenze tematiche che dovranno essere organizzate per attuare gli obiettivi del Patto europeo e a proporre un piano d'azione europeo per la salute mentale, il benessere dei cittadini e la ricerca medica;

17. Incoraggia la creazione di una piattaforma consultiva dell'Unione europea sulla salute mentale e il benessere in vista dell'attuazione del Patto europeo, composta di rappresentanti della Commissione, della Presidenza del Consiglio, del Parlamento, dell'OMS e degli utenti dei servizi, delle persone con problemi di salute mentale, delle famiglie, degli operatori dell'assistenza, delle organizzazioni non governative, dell'industria farmaceutica, del mondo universitario e di altri attori interessati, pur lamentando la mancata adozione di una direttiva a livello europeo dalla risoluzione del Parlamento europeo sul Libro verde della Commissione sulla salute mentale;

18. Invita la Commissione a mantenere la proposta di una strategia europea sulla salute mentale e il benessere quale obiettivo a lungo termine;

19. Invita gli Stati membri ad elaborare una legislazione aggiornata in materia di salute mentale che

sia in linea con gli obblighi internazionali in memoria di diritti dell'uomo – uguaglianza ed eradicazione della discriminazione, inviolabilità della vita privata, autonomia, integrità fisica, diritto all'informazione e alla partecipazione – e che codifichi e sancisca i principi, i valori e gli obiettivi fondamentali della politica in materia di salute mentale;

20. Chiede l'adozione di linee guida comuni europee che definiscano la disabilità conformemente alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone disabili.

Parlamento Europeo, Risoluzione 2058 (INI) sul miglioramento della Salute Mentale della Popolazione. Verso una Strategia sulla Salute Mentale per l'Unione Europea del 2006 (2006/2058(INI))

Nella Risoluzione 2058 del 2006, il Parlamento Europeo si pronuncia sul ricorso alla forza; sulla somministrazione coatta di farmaci; sulla necessità di evitare qualsiasi forma di restrizione della libertà.

33. Ritiene che il ricorso alla forza sia controproducente, così come la somministrazione coatta di farmaci, e che qualsiasi forma di ricovero in strutture con posti letto e di somministrazione coatta di farmaci debba essere limitata nel tempo e, nella misura del possibile, essere regolarmente riveduta ed effettuata con il consenso del paziente o, in assenza di quello, in ultima istanza, con la convalida di un'autorità civile;

34. È del parere che vada evitata qualsiasi forma di restrizione della libertà personale, in particolar modo le contenzioni, per le quali sono necessari un monitoraggio, un controllo e una vigilanza delle istituzioni democratiche, a garanzia dei diritti della persona e per limitare eventuali abusi;

Nella Risoluzione 2209 del 2008, il Parlamento Europeo invita gli Stati ad adottare la Risoluzione Onu (46/119) per la protezione delle persone affette da disturbi mentali, così come la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità ed insiste sulla volontarietà del trattamento.

