DOI: 10.48291/SISA.69.4.2 Sistema Salute, 69, 4, 2025: pp.525-535

Monografia
Monograph
Diritti, responsabilità e risorse nei Servizi di Salute Mentale Europei
Rights, responsibilities and resources in European Mental Health Services

Introduzione
Introduction

Salute mentale e diritti: criticità e prospettive in Europa

Mental health and rights: critical issues and prospects in Europe

M. Patrizia Lorenzetti[a], Gabriele Rocca[b]

[a] *Psichiatra, Psicoterapeuta, Board at Large della WAPR*
[b] *Psichiatra, Psicoterapeuta, Immediate Past President della WAPR*

Alcuni dati introduttivi
Durante la conferenza "Mental Health in all policies: address challenges and design shared solutions" promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Ministero della Salute francese nel mese di Giugno 2025, sono stati presentati i seguenti dati riguardanti la salute mentale in Europa:

- 1 persona su 6 vive con un disturbo mentale.
- 1 persona su 3 non riceve il trattamento necessario.
- 1 persona con psicosi su 4 non riceve alcun trattamento o assistenza.
- Sono stimati circa 120.000 suicidi l'anno. Il suicidio risulta essere la principale causa di morte tra i giovani nella fascia di età 15-29 anni.
- Durante la pandemia COVID-19, ansia e depressione sono aumentate del 25% nella popolazione.
- I sistemi sanitari della Regione Europea si trovano a fronteggiare una grave carenza di professionisti della salute, specialmente della salute mentale.
- L'11% degli adolescenti ha comportamenti problematici legati ai social media.

Autore per corrispondenza: garocca2015@gmail.com

- Il 25% delle persone al di sopra dei 60 anni lamenta solitudine (1).

I conflitti armati, l'incertezza economica, la crisi climatica e, recentemente, la pandemia Covid-19 hanno ampliato e reso più pressanti le richieste di intervento ai servizi di salute mentale, rendendo più evidenti, nelle organizzazioni sanitarie europee, carenze e inadeguatezze note da tempo.

Questa problematica realtà viene confermata da una review relativa alla copertura (percentuale di individui con un disturbo mentale che hanno ricevuto una qualsiasi forma di trattamento psichiatrico) ed al treatment gap (percentuale di individui con un disturbo mentale che non sono stati né diagnosticati né trattati) rilevati nei servizi di salute mentale per adulti della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Emerge un quadro di grande variabilità nei diversi paesi per quel che concerne le pratiche diagnostiche e l'utilizzo di linee guida internazionali, rendendo cosi difficile valutare la coerenza degli standard di trattamento riportati. Risultano poi problematiche la rilevazione dei dati, la non sistematica valutazione della qualità dell'assistenza come pure l'organizzazione dei servizi. A causa di queste differenze, anche il dato di un'alta accessibilità ai servizi non si traduce immediatamente in una elevata qualità dell'assistenza.

Nonostante queste limitazioni, gli studi esistenti convergono nell'indicare che la copertura dei servizi di salute mentale nella regione europea rimane non ottimale, con grandi carenze assistenziali.

La situazione è ancora più critica per quanto riguarda le fasce marginali della popolazione (minoranze etniche, rifugiati, homeless, soggetti di basso status socioeconomico) che devono affrontare ulteriori difficoltà nell'accesso ai servizi: disuguaglianze strutturali, stigma, discriminazione e barriere linguistiche costituiscono, per questi soggetti, ulteriori ostacoli alla possibilità di ricevere trattamenti appropriati (2).

Condizioni di sofferenza psichica si ritrovano diffusamente tra i minori: nel mondo circa 300 milioni dei 2,5 miliardi di bambini e ragazzi tra i 5 e i 24 anni presentano un disturbo mentale; questo si traduce in circa 30 milioni di anni vissuti con disabilità (YLDs) sui 150 milioni totali. In Europa si assiste ad un aumento dei tassi di ansia e depressione, oltre che a un aumento dei disturbi del neuro sviluppo, quali ADHD e autismo, anche in questo caso con notevoli variabilità regionali.

I dati riportano un declino del benessere soggettivo in infanzia e adolescenza: in particolare nel Regno Unito, nel periodo 1990-2020, si è registrato un aumento annuale del tasso di suicidio del 2,5% tra i ragazzi e dell'8,5% tra le ragazze. Questi

eventi risultano correlati alla perdita di speranza, all'isolamento e alla pressione esercitata dalla richiesta di performance in ambiente scolastico e sociale. Un ulteriore dato preoccupante è l'incremento di tentativi autolesionistici e di suicidio tra i giovani LGBTQ+, i migranti e i giovani con disabilità.
Le misure di lockdown, la chiusura delle scuole e il distanziamento sociale messi in atto durante l'epidemia Covid-19, hanno amplificato le condizioni di isolamento, solitudine, ansietà e incertezza con un aumentato accesso ai servizi di emergenza per episodi di autolesionismo (3).

Diagnosi, Diritti e Recovery

In larga parte dei paesi europei si rileva la crescente necessità di introdurre e consolidare sistemi di salute mentale capaci di promuovere il benessere psicofisico della popolazione. Ciò significa realizzare Servizi di Salute Mentale, integrati nella comunità, che garantiscano la continuità, il superamento di ogni forma di frammentazione istituzionale, la riduzione di interventi coercitivi, il coinvolgimento dei familiari, l'erogazione di interventi in accordo con le evidenze scientifiche, la valorizzazione di esperienze locali e il protagonismo delle persone con esperienza vissuta (4). Guardando a questa complessità possiamo cogliere come leggi, politiche sociali e pratiche siano interdipendenti e dialoghino costantemente con l'ambito dei diritti umani, in un rapporto dialettico che definisce l'orizzonte operativo e il modo in cui i cittadini possono vedere assicurata la loro salute (5).
In questo scenario si collocano le riflessioni articolate e non definitive sulla recovery, o meglio sui vari modi di intendere tale processo, e la conseguente possibilità di proporre un modello di cura che modifichi radicalmente la visione del disturbo mentale e la relazione terapeutica.
La centralità del ruolo delle persone con esperienza vissuta si concretizza nello shared decision making per tutte le scelte che riguardano l'ambito della cura, anche per gli aspetti tradizionalmente più tecnici quali il trattamento farmacologico e l'ospedalizzazione. In particolare il modello della recovery apre alla riflessione sul modo in cui la sofferenza mentale di un individuo possa essere meglio compresa e affrontata all'interno di una pluralità di significati che dà valore alla soggettività della singola persona. Una complessità a cui non riesce a rispondere adeguatamente la diagnosi, scaturita da un sistema classificatorio nominalistico finalizzato a dare ordine a una materia che offre riferimenti incerti per ogni forma di oggettivazione. È così che la diagnosi può risultare utile per alcune persone, ma non per tutte, se riesce a proporre una diversa

comprensione delle storie individuali o se costituisce un punto di svolta nel percorso di cura. La criticità immanente è quella di descrizioni nosologiche non chiare e di una indefinitezza delle prognosi, in quanto le varie categorie diagnostiche finiscono per comprendere una gamma sempre più ampia di esperienze personali, realizzando il fenomeno della cosiddetta "colonizzazione delle esperienze umane" (6).
La conoscenza in ambito medico e il sapere esperienziale rischiano di non incontrarsi in un terreno comune per la difficoltà di trovare, soprattutto nella diagnosi, una sintesi operativa di cui pure si sente il bisogno. L'una si basa sui risultati degli studi clinici randomizzati (RCTs), sull'oggettività biologica, sulla ricerca di solide conferme causali da cui deriva un processo decisionale fondato su indicazioni binarie e linee guida che non lasciano troppo spazio alla volontà e alle scelte di soggetti protagonisti dei propri percorsi terapeutici. L'altro proviene dalle persone con esperienza vissuta, dal loro ruolo quali peer supporters e da una produzione di conoscenza che individua la sofferenza mentale quale forma dell'umana diversità. Da tale dualità proviene la contrapposizione tra soggettivo e oggettivo, qualitativo e quantitativo, storia personale e sintomi di un disturbo categoriale, in definitiva il problema epistemologico di accedere a una psichiatria che si avvale dei contributi che provengono da diversi territori del sapere (7).
Se volessimo considerare lo sguardo dei professionisti nei confronti del disturbo mentale troveremmo una diversità ben rappresentata dalla metafora epistemico-sportiva utilizzata da Allen Frances, che paragona l'approccio diagnostico dello psichiatra a tre diverse tipologie di arbitro (il riferimento è al baseball) il quale deve giudicare se un lancio è o non è fuoricampo. Il primo arbitro, con granitica certezza, fischia il fuoricampo quando c'è, il secondo quando lo vede, il terzo, con il suo fischio, dà sostanza ed evidenza alla palla uscita dal campo di gioco (8). Si passa, fuor di metafora, da una visione riconducibile a un fisicalismo materialista per cui la malattia mentale è un'entità che esiste così come si manifesta nell'osservazione, quasi fosse uno dei vegetali classificati da Linneo, alla descrizione di un oggetto naturale, la sofferenza, che assume la forma della diagnosi sulla base di un'attribuzione di senso resa possibile dall'osservazione, per giungere all'osservatore quale unico elemento determinante il processo diagnostico. Non esisterebbe dunque per quest'ultimo una sofferenza mentale clinicamente rilevante in sé, determinata in natura: la sua essenza starebbe nell'essere diagnosticata come tale dall'osservatore. La visione del "terzo arbitro" mal si concilia con l'ipotesi che la malattia mentale sia un evento naturale biologicamente determinato a cui rivolgersi con una classificazione categoriale e rende manifesta una

contraddizione che attraversa le pratiche psichiatriche come pure il processo diagnostico. Da qui una materia incerta, non ben definita da confini troppo ampi, dove noi troviamo da un lato le istanze dell'oggettivazione scientifica e dall'altro quelle della soggettività individuale.
È opinione condivisa che il modello bio-psico-sociale abbia cercato di rispondere al bisogno di trovare una sintesi tra aspetti non facilmente conciliabili della conoscenza e dell'agire clinico. Ma approfondendo le antinomie insite in questo modello incontriamo dubbi e interrogativi innanzitutto per quanto riguarda la sua componente biologica.
Un recente studio ha preso in esame l'approvazione di nuovi farmaci da parte della Food and Drug Administration nel periodo 2011-2021. Tra questi si contano 135 farmaci oncologici, 52 neurologici e 12 psichiatrici. Tali discrepanze sono riconducibili alla necessità di realizzare trial clinici molto ampi e costosi mentre le aziende farmaceutiche hanno ridotto gli investimenti in ambito psichiatrico. Ma soprattutto emerge come sia ancora molto carente la conoscenza dei rapporti tra patofisiologia e sintomi psichiatrici anche in considerazione della eterogeneità clinica dovuta al coinvolgimento di più sistemi cerebrali che intervengono nel modo in cui un disturbo si manifesta (9).

Il problematico orizzonte della deistituzionalizzazione

Per mettere in atto un'adeguata organizzazione dei servizi di salute mentale di comunità è necessaria la consapevolezza del profondo rapporto tra affermazione e rispetto dei diritti umani e la garanzia che tutti possano equamente accedere a servizi sanitari di alto livello. Rileviamo nei fatti una reciprocità tra questi due ambiti: da un lato ogni violazione dei diritti umani - ivi compresi gli abusi che avvengono nei luoghi di cura - ha una inevitabile conseguenza sulla salute mentale; dall'altro, la percezione e il rispetto dei diritti umani vengono influenzati da leggi, politiche, programmi e pratiche relative alla salute mentale (10).
Sistemi di salute mentale che trovano nei diritti umani i loro principi ispiratori promuovono modelli di cura capaci di attribuire nuove responsabilità agli operatori e di favorire l'evoluzione della relazione terapeutica dalla presunta oggettività biologica e classificatoria alla soggettività della persona con esperienza vissuta, riconosciuta quale soggetto detentore di diritti e non come oggetto di un trattamento (11).
In vari paesi europei la carenza delle risorse, la mancanza di leggi aggiornate e l'arretratezza dei sistemi di salute mentale rendono problematiche le condizioni di vita

dei soggetti con disturbi mentali e il rispetto dei loro diritti. Ne consegue che molte persone, tra le più vulnerabili e marginali del contesto sociale, continuano ad essere accolte in istituzioni che mettono in atto pratiche molto lontane da una visione riabilitativa ed evidence-based.

Il quadro della residenzialità psichiatrica nel nostro continente è stato ben descritto da un progetto promosso dall'OMS riguardante gli adulti con disabilità psicosociale e intellettiva che vivono negli ospedali psichiatrici e negli istituti lungodegenziali della Regione Europea, con l'obiettivo di valutare anche la qualità dei trattamenti erogati (12). I dati sono relativi a un'area geografica che comprende l'Europa occidentale, meridionale e orientale, nonché Asia centrale e Caucaso. In quest'area, le grandi istituzioni costituiscono ancora una delle fondamentali modalità assistenziali, tanto che la gente comune e gli stessi operatori ritengono questi i luoghi idonei all'accoglienza e alla presa in carico delle persone disabili. In questo modo soggetti con caratteristiche molto diverse convivono negli stessi ambienti e ricevono gli stessi trattamenti, visto che i criteri diagnostici sono spesso assenti e i ricoveri non avvengono sulla base della diagnosi e dei bisogni rilevati.

Nelle strutture prese in esame - e che hanno fornito dati - erano presenti 408.000 soggetti. Le tre fasce di età maggiormente rappresentate erano quelle tra 41-50, 51-60 e oltre i 61 anni, con quest'ultima che sopravanzava le altre due. Infine la maggior parte degli ospiti era presente, negli istituti considerati, da più di 10 anni. Dei 53 paesi che avevano risposto, 16 dichiaravano di avere stanziato finanziamenti per la deistituzionalizzazione e altri 16 di aver avviato progetti a tal fine.

Lo studio OMS era finalizzato anche alla valutazione della qualità delle cure attraverso 5 temi del WHO Quality Rights ToolKit (13) che sono interconnessi con altrettanti articoli della Convenzione sui Diritti delle Persone con con Disabilità (CRPD). In sintesi è emerso che nella gran parte delle strutture non erano erogati programmi riabilitativi e che le eventuali attività non erano realizzate sulla base dei bisogni dei pazienti; che gli operatori non erano consapevoli dei diritti dei ricoverati; che la libertà dei ricoverati era molto limitata; che non erano previsti piani di dimissione; che non c'erano opportunità educative, di lavoro e di accesso al supported housing.

Emerge con chiarezza la necessità di promuovere sul territorio europeo radicali progetti di deistituzionalizzazione capaci di rispondere ai bisogni di salute fisica e mentale della popolazione. La sola attivazione - spesso "timida", intendendo con questo termine la limitatezza delle risorse e la mancata definizione di obiettivi strategici - di servizi di comunità, non può configurare un percorso di superamento del modello cu-

stodialistico. E questo perché la coesistenza dei due modelli è altamente problematica, non solo per gli interventi antiterapeutici e le violazioni dei diritti umani che avvengono all'interno delle grandi istituzioni. Gli ospedali psichiatrici, infatti, assorbono risorse che potrebbero essere diversamente utilizzate e, nel contempo, incoraggiano il mantenimento di una visione delle persone con problemi di salute mentale, della loro sofferenza e del loro trattamento che influisce negativamente sulle pratiche dei servizi e sulle politiche sociosanitarie.

Come hanno ben evidenziato Saraceno e Caldas de Almeida, la deistituzionalizzazione è molto più di un processo di ingegneria istituzionale che prevede il passaggio da un'assistenza incentrata sull'ospedale a una fondata sulla comunità. Essa "ha a che fare con l'aumento dei diritti umani delle persone con disabilità psicosociale, con una ridefinizione dei finanziamenti per la salute mentale, con un radicale ripensamento della formazione degli operatori, con un significativo cambiamento della concezione e delle pratiche della riabilitazione psicosociale" (14).

Un progetto di deistituzionalizzazione dà corpo a servizi e attività, e promuove un nuovo rapporto tra le istituzioni e le persone in base al quale anche le più deboli possono sperimentare un diverso equilibrio di potere. La consapevolezza che ogni individuo può accrescere il controllo sulla propria vita può essere sostenuta in un ambito sociale e istituzionale segnato dal cambiamento critico. Se infatti le istituzioni non sono immutabili, ma rispondono ai bisogni di salute fisica e mentale che emergono nella comunità, assumono la fondamentale funzione di promuovere l'emancipazione individuale e l'evoluzione della cittadinanza.

Vista la centralità di questi temi, la WAPR (World Association for Psychosocial Rehabilitation) ha organizzato il 15-16 Novembre 2024 un congresso europeo dal titolo "Diritti, Responsabilità e Risorse nei Servizi di Salute Mentale Europei. Orientamento comunitario, esperienze innovative e coinvolgimento degli utenti" che ha permesso un approfondito dibattito i cui contributi più interessanti pubblichiamo nel presente numero della rivista.

Marit Borg e Trude Klevan, dopo aver richiamato i 5 principi a cui la cittadinanza è strettamente connessa: Rights, Responsibilities, Roles, Resources, Relationships (5 "Rs"), evidenziano come la cura della salute mentale basata sui diritti debba essere realizzata soprattutto fuori dai servizi, nei contesti di vita quotidiana: casa, lavoro, relazioni, spazi pubblici. L'obiettivo individuato è quello di promuovere la partecipazione e il senso di appartenenza che hanno un ruolo cruciale nel favorire i percorsi

di recovery. Da qui la possibilità, per le persone con condizioni di salute mentale, di condurre una vita pienamente inserita nella comunità grazie al cambiamento delle politiche, della cultura e delle pratiche.
Nello stesso ambito di riflessione si colloca l'articolo di **Roberto Mezzina** che affronta la tematica dell'equità in salute mentale individuando quali fattori discriminanti l'accesso ai servizi e la considerazione dei determinanti sociali. Contemporaneamente richiama l'attenzione sulle pratiche che promuovono i diritti e forniscono soluzioni tecniche capaci di rispondere alla sofferenza individuale senza disegnare nuovi ambiti di separatezza. Sono così evitati i rischi di reistituzionalizzazione insiti, in modo particolare, nell'area della nuova residenzialità. In questa prospettiva viene sottolineata la necessità, in accordo con le indicazioni dell'OMS, di interventi a partire dalle cure primarie, garantiti da servizi che abbiano la maggiore integrazione possibile e siano centrati sulla salute della popolazione all'interno del modello ONE HEALTH.
Angelo Barbato e Barbara D'Avanzo descrivono la JA ImpleMental, uno dei progetti speciali attivati dall'Unione Europea per disseminare nei diversi paesi le buone pratiche di salute mentale di comunità. In premessa vengono presentati alcuni dati relativi alla situazione attuale da cui emerge che l'istituzionalizzazione manicomiale in Europa non sta scomparendo e che le risposte alternative, quali residenze nella comunità e posti letto negli ospedali generali, sembrano aggiungersi e non sostituirsi al manicomio.
La formazione, prevista dal progetto, ha coinvolto 11 paesi europei e si è data una metodologia finalizzata a favorire la consapevolezza del cambiamento e la partecipazione degli operatori. I temi più richiesti sono stati le strategie di out-reach con particolare riferimento alle équipes mobili, l'utilizzo del supporto tra pari, la definizione della popolazione target, l'équipe di lavoro e la condivisione dei casi.
Riguardo alle esperienze provenienti dai vari paesi europei, **Ricardo Guinea** ripercorre la storia della riabilitazione psicosociale in Spagna a partire dalla riforma sanitaria del 1986 che prevedeva la costituzione di servizi di riabilitazione psicosociale coordinati con i servizi sociali. Ad essa è dovuto il notevole sviluppo delle pratiche riabilitative comunitarie all'inizio degli anni 2000, sostenuto dalla nascita della FEARP, branca spagnola della WAPR. Centri Diurni di accoglienza, Centri Multiprofessionali di Riabilitazione Psicosociale e strutture residenziali di comunità diventavano così parte integrante della rete dei servizi di salute mentale. Oltre a riconoscere la positiva evoluzione dell'assistenza psichiatrica nel suo paese, l'autore sottolinea le inevitabili criticità quali la scarsità delle risorse, le disomogeneità territoriali, la scarsa attenzione

alla valutazione degli interventi e la carenza di formazione.
Un analogo processo istituzionale ha interessato la Grecia grazie a una riforma psichiatrica supportata anche da finanziamenti europei. **Alexandra Palli** descrive i progressi significativi degli ultimi decenni caratterizzati da progetti di deistituzionalizzazione che hanno portato alla chiusura della maggior parte dei grandi manicomi. Tale trasformazione è avvenuta con l'implementazione di interventi comunitari che hanno coinvolto oltre 3.200 pazienti e con l'avvio di nuovi servizi innovativi quali le Unità Mobili, le strutture per migranti, centri per l'autismo, per le demenze e per gli autori di reato.
Ciononostante la rete dei servizi di salute mentale resta insufficiente anche a fronte della criticità connessa con le ammissioni involontarie che in Grecia raggiungono livelli molto elevati (fino al 65% ad Atene).
Il contributo di **Errico Landi e Teresa Nicolini** rileva come i familiari siano ancora marginalizzati o addirittura esclusi dai percorsi di cura in salute mentale, sebbene il loro ruolo sia riconosciuto a livello scientifico e istituzionale: stigma, disinformazione, rigidità dei servizi, carenza di risorse e modelli organizzativi orientati al profitto ostacolano la loro partecipazione. Per favorire un mutamento, gli autori suggeriscono l'approccio della *psichiatria del fareassieme*, che valorizza l'esperienza di utenti, familiari e operatori quali risorse paritarie nei percorsi di recovery. Strumenti di tale processo possono essere le associazioni, luoghi fondamentali di ascolto, auto-aiuto e rappresentanza dalle quali proviene l'invito a difendere la sanità pubblica e rafforzare la governance partecipativa promuovendo relazioni di reciprocità.
Luca Boccanegra, Paolo Macchia e Davide Motto, a partire dalla loro esperienza di Esperti in Supporto tra Pari (ESP) e di operatore del Terzo Settore, propongono un cambiamento di paradigma nei servizi di salute mentale fondato su recovery**,** empowerment e protagonismo delle persone superando il modello medico-centrico. In questa prospettiva gli ESP sono considerati elementi chiave per umanizzare i percorsi, superare lo stigma e avvicinare i servizi ai bisogni reali. Quali aspetti problematici vengono segnalati la fragilità delle associazioni di utenti, il limitato riconoscimento degli ESP nei servizi, la frammentazione dei percorsi, la difficoltà di rendere sostenibili i budget di salute e la resistenza a introdurre modelli di lavoro realmente integrati**.**
Il contributo di **Germana Agnetti** sottolinea come sia ineludibile la questione della soggettività nel campo della riabilitazione psicosociale, sia nella sua dimensione individuale, che in quella collettiva e politica, profondamente influenzata dal contesto culturale e sociale. La consapevolezza di queste diverse dimensioni viene vista quale

cornice di riferimento per tutti gli operatori che vogliano occuparsi di soggettività, col fine di garantire al paziente la possibilità di fare delle scelte e di avere il potere di decidere. La cultura dei diritti diventa così una parte significativa dell'identità professionale dell'operatore attraverso una formazione "sentimentale" radicata nei valori della deistituzionalizzazione, della comprensione empatica e della fiducia nelle possibilità di evoluzione positiva.

Lo stato attuale della riabilitazione psichiatrica in Italia è stato analizzato criticamente da **Paola Carozza e Spyridon Zotos** che ne hanno messo in evidenza limiti strutturali, metodologici e culturali, primo tra tutti la mancanza di una sua chiara definizione. Le maggiori criticità sono individuate nei limiti della formazione, nel prevalere del modello biomedico sul quello bio-psico-sociale, nella resistenza all'uso di pratiche evidence-based (EBP) e in una cultura della valutazione che non riesce ad affermarsi. Vengono individuati tre nodi prioritari: la riabilitazione precoce con interventi che devono iniziare fin dal primo accesso; il recupero di buone pratiche comunitarie integrando gli interventi psicosociali con la psichiatria di comunità assertiva; la necessità di predisporre trattamenti efficaci per "i casi difficili", quali autori di reato, adolescenti, homeless, pazienti violenti o con doppia diagnosi.

Corinna Biancorosso, Stella Cristina Pisaniello, Marika Nadette Petuzzo, Anna Marino, Francesca Tasselli e Alberto Zanobio affrontano il tema dei figli di genitori con disturbi psichiatrici spesso "invisibili" ai servizi di cura, pur essendo esposti a un rischio molto elevato di sviluppare, a loro volta, problemi psicologici o psichiatrici. Il Progetto Semola che viene qui presentato, unico nel suo genere in Italia, offre percorsi di colloqui psicoeducativi con i genitori e, se i genitori accettano, con i figli, per favorire la comprensione della malattia, migliorare la comunicazione familiare e ridurre il rischio evolutivo, valorizzando così l'evidenza che molti bambini sviluppano importanti capacità di resilienza grazie a fattori protettivi personali, familiari e sociali, come la presenza di un caregiver stabile, una buona rete di supporto e l'accesso ai servizi.

La sfida di garantire alle persone con disabilità intellettiva un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, costruito con la persona e la famiglia, finalizzato a garantire inclusione, diritti, autonomia e vita indipendente è al centro del contributo di **Elena Sorzi.** Prendendo in esame il Decreto Legislativo 62/2024, l'Autrice mette in evidenza l'evoluzione culturale che caratterizza l'operatività del Terzo Settore quando promuove servizi innovativi, flessibili, radicati nella comunità e orientati a generare valore sociale. Il riferimento è alle iniziative promosse in questi anni dalla Cooperativa Solaris che coinvolgono familiari e utenti secondo un modello partecipa-

tivo ispirato ad una reciprocità generativa. Viene in questo modo superato il rischio di istituzionalizzazione, guardando a un progetto di vita personalizzato che si emancipa dai vincoli organizzativi e integra la lettura dei bisogni con l'attenzione alle aspettative di autonomia e realizzazione individuale.

Bibliografia

1. WHO Europe News 16/06/2025. With 17% of people in the region living with a mental health condition 31countries commit to integrating mental health into all policies.
2. Barbui C, Alonso J, Chisholm D et al. Mental health service coverage and gaps among adults in Europe: a systematic review. Lancet Reg Health Eur. 2025; Oct 6;57:101458 doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101458. eCollection 2025 Oct. PMID: 41132773.
3. Tarasenko A, Josy G, Minnis H et al. Mental health of children and young people in the WHO Europe region. Lancet Regional Health Eur. 2025; Oct 6;57:101459 doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101459.
4. Salmoiraghi A, Poole R, Mezzina R, Molodynski A. Values and principles underpinning person-friendly mental health services. World Soc Psychiatry 2025; 7:127-31.
5. Porsdam Mann S, Bradley VJ and Sahakian BJ. Human Rights-Based Approaches to Mental Health: A Review of Programs. Health and Human Rights Journal 2016; Vol. 18:263-276.
6. Slade M and Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. BMC Psychiatry 2015; 15:285 DOI 10.1186/s12888-015-0678-4.
7. Speyer H, Roe D and Slade M. Recovery-oriented psychiatry: oxymoron or catalyst for change? Lancet Psychiatry 2025; 12: 795–802 doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00092.
8. Frances A. Il DSM nel paese della filosofia. aut aut 2013; 357:99-112.
9. Howes O.D. and Baxter L. The drug treatment deadlock in psychiatry and the route forward. World Psychiatry 2023; 22:1.
10. Dudley M, Silove D and Gale F. Mental health, Human Rights and their relationship. In Dudley M, Silove D and Gale F (eds). Human Rights and Mental Health: Vision, Praxis and Courage. Oxford, Oxford University Press, 2012.
11. Rocca G. Deinstitutionalization – will it ever be given real priority? *WAPR e-Bulletin* 2022; Vol. 49:8-12.
12. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Geneva: World Health Organization; 2018.
13. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, World Health Organization, 2012.
14. Saraceno B, Caldas de Almeida JM. An outstanding message of hope: the WHO World Mental Health Report 2022. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2022; 31, e53, 1–4. https://doi.org/10.1017/ S2045796022000373.