



VADEMECUM

INFORMARE SULLA SALUTE MENTALE

Il Vademecum "Informare sulla Salute Mentale" nasce da un'idea di Rai per la Sostenibilità ESG all'interno del Festival RO.MENS, promosso, dal Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 2 in collaborazione con l'Assessorato ai Servizi Sociali e alla Salute di Roma Capitale.

Si propone di migliorare il modo in cui i giornalisti comunicano la salute mentale, contribuendo a combattere stigma e pregiudizi. Il progetto è stato accolto e sostenuto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Giornalisti e condiviso dall'ASL Roma 2.

VADEMECUM

INFORMARE
SULLA SALUTE MENTALE

«La follia è una condizione umana, può essere tutto e niente. È presente in noi come la ragione. Il problema è che la società per definirsi civile dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia»

Franco Basaglia 1924 - 1980





ORDINE DEI
GIORNALISTI
CONSIGLIO NAZIONALE



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA 2



REGIONE
LAZIO

A cura di

Per l'Ordine dei Giornalisti, **Renato D'Argenio, Lorenzo Sani**

Per Rai Per la Sostenibilità-ESG, **Rossella Antonini,
Daniela de Robert, Marina Marino**

Per il Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 2, **Emanuele Caroppo, Massimo Cozza**

Progetto grafico:

Zonamista di **Nico e Nino Pellacani**

Il ritratto di Franco Basaglia è di **Giuseppe Palumbo**.

Tratto da *Costellazione Basaglia* di Di Vittorio e Palumbo (Action 30 graphic essays)

Indice

Media e salute mentale: un'alleanza per contrastare stigma e pregiudizio	7
La salute mentale: fondamento di benessere e diritto universale	8
Per una informazione rispettosa	16
Il glossario della salute mentale	31
Salute mentale e giustizia	44
Gli acronimi della salute mentale	51
Fonti di riferimento	54

Media e salute mentale: un'alleanza per contrastare stigma e pregiudizio



Nella nostra società i media hanno un ruolo di primo piano nell'orientare la pubblica opinione e gli atteggiamenti delle persone. Un ruolo che può svolgere una funzione positiva nel superare i pregiudizi e la stigmatizzazione in un ambito complesso come quello della salute mentale. **Televisione, carta stampata, social media, radio e blog possono, infatti, contribuire a promuovere i diritti e la tutela della dignità delle persone con problemi di salute mentale, a sfatare falsi miti e pregiudizi radicati che favoriscono l'esclusione sociale e accentuano la difficoltà di chiedere aiuto.**



Tuttavia, nonostante i progressi compiuti nella sensibilizzazione su una questione così delicata, **stigma e pregiudizi sono ancora profondamente radicati** e rappresentano barriere spesso insormontabili. Il timore di essere giudicati, "colpevolizzati" e discriminati impedisce spesso di cercare il sostegno necessario, alimentando così il silenzio e l'isolamento.



In questa prospettiva, **un'alleanza strategica tra professionisti della salute mentale e operatori dell'informazione** è fondamentale per promuovere la conoscenza della materia e contribuire a creare una cultura concretamente inclusiva.

Siamo convinti che una informazione migliore potrà servire ad aiutare le persone con disagio mentale a sentirsi meno isolate, più capite, più supportate, più rispettate. **Siamo convinti che** il potenziale comunicativo dei media potrà aiutare a costruire una società più empatica e informata, in cui anche il vasto tema della malattia mentale venga trattato con dignità e rispetto per le donne e gli uomini che ne soffrono.

L'obiettivo di questo Vademecum è di contribuire alla lotta contro la stigmatizzazione attraverso una narrazione equilibrata e consapevole, trattando i disturbi mentali in modo responsabile, imparziale e rispettoso.

La salute mentale: fondamento di benessere e diritto universale

L'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) definisce la salute mentale come "parte integrante della salute e del benessere", ove per salute si intende "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non sempre assenza di malattia o di infermità".

Focalizzando il tema sulla prospettiva bio-psicosociale indicata dall'OMS, la salute mentale - come altri aspetti della salute - può quindi essere influenzata da diversi fattori sociali, economici, relazionali e culturali, sui quali è necessario agire con strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e *recovery*. In questo processo che definisce innanzitutto la centralità della persona, il linguaggio ha un ruolo di fondamentale importanza.

Per **stato di benessere** l'OMS intende la condizione in cui ogni individuo può realizzare il proprio potenziale, affrontare le sfide quotidiane, lavorare in modo produttivo e contribuire alla propria comunità. Ancora una volta, si supera il mero aspetto clinico per mettere al centro la persona, perché anche convivendo con un disturbo mentale si può comunque raggiungere un buon livello di benessere e condurre una vita appagante. Così come è vero il contrario, cioè che non soffrire di un disturbo mentale non garantisce automaticamente una salute mentale ottimale.

La salute mentale, quindi, non è solo un obiettivo individuale, ma anche un diritto umano fondamentale e un bene pubblico che riguarda tutta la società.

UN CONCETTO DINAMICO E INTERCONNESSO

La salute mentale abbraccia un campo estremamente ampio, che va dallo stato di benessere ottimale, ai disturbi più severi, passando da situazioni di disagio psicologico di media intensità o durata. Questo *continuum* è influenzato da molteplici fattori di natura biologica, sociale, economica e ambientale, fattori che possono essere modulati attraverso strategie di promozione della salute mentale, prevenzione del disagio e trattamento.

Le evidenze scientifiche dimostrano che molte condizioni di salute, sia mentale sia fisica, trovano le loro radici nelle prime fasi di vita. Esperienze infantili favorevoli o sfavorevoli si accumulano nel tempo, contribuendo a creare disuguaglianze sociali e sanitarie che si riflettono poi in età adulta e nella vecchiaia.

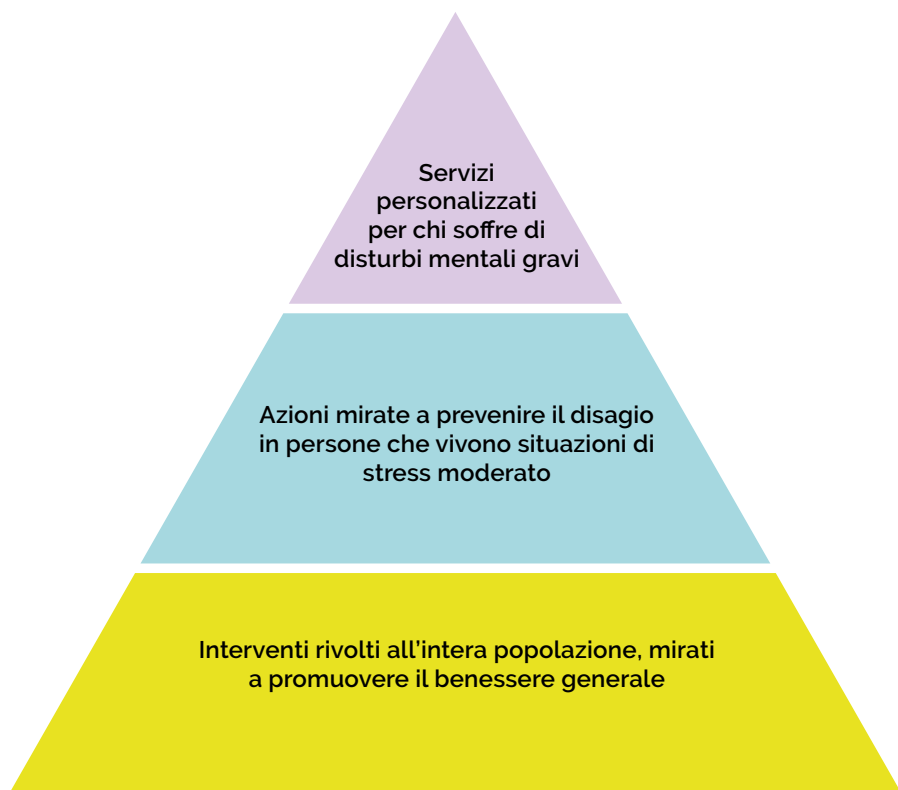
DISUGUAGLIANZE E FATTORI DI RISCHIO

La salute mentale è strettamente connessa al contesto sociale, economico e ambientale. I fattori di rischio, quali la povertà, la discriminazione e la precarietà lavorativa, sono spesso associati alle disuguaglianze sociali. In una società più diseguale, cresce l'esposizione a fattori di rischio, aumentando così la probabilità di disturbi mentali. Politiche sociali ed economiche che promuovano l'equità e il benessere sono pertanto fondamentali.

La salute mentale è strettamente connessa al benessere psicosociale, un concetto che integra dimensioni psicologiche (emozioni, pensieri, comportamenti) e sociali (relazioni interpersonali, vita comunitaria, valori e ruoli). Un buon livello di benessere psicosociale è fondamentale per raggiungere una piena salute mentale, e viceversa. Proprio per questo si parla sempre più spesso di "salute mentale e benessere psicosociale" come un tutt'uno.

UN APPROCCIO INTEGRATO: LA PIRAMIDE DEL BENESSERE

Le strategie di intervento per la salute mentale sono spesso rappresentate attraverso una piramide di livelli di intensità. Questo approccio sottolinea l'importanza di **lavorare a tutti i livelli**: dalla prevenzione alla cura. Tuttavia, esiste un grave divario tra la domanda e l'offerta di servizi di salute mentale. Nei Paesi a basso e medio reddito, il divario tra la domanda di cura e la capacità di risposta, raggiunge circa l'80%, mentre in Italia arriva al 57% per chi soffre di disturbi gravi. La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente aggravato questa situazione, aumentando il numero di persone con depressione e ansia, soprattutto tra le donne e i giovani.



La salute mentale degli anziani: un viaggio che inizia dalla nascita.

Parlare di salute mentale nella terza età significa adottare una prospettiva di ciclo di vita. Lutti, perdita di identità, isolamento sociale e solitudine sono fattori di rischio comuni negli anziani. Tuttavia, è importante sapere che molte di queste vulnerabilità hanno origine nelle prime esperienze di vita e si accumulano nel tempo. Ne consegue l'importanza di porsi i seguenti obiettivi:

- un'infanzia sicura e stimolante
- un'adolescenza supportata e priva di esclusione sociale
- una vita adulta con opportunità di crescita, relazioni stabili e accesso a servizi adeguati.

IL RUOLO CRUCIALE DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE

Lavorare con un raggio ampio e multidisciplinare sulla salute mentale non è solo un obiettivo individuale, ma una **responsabilità collettiva**. È necessario agire su scala globale e locale per ridurre i fattori di rischio associati alle disuguaglianze sociali, garantire l'accesso ai servizi e promuovere un benessere duraturo. La salute mentale non è solo un obiettivo sanitario, ma il pilastro per una vita dignitosa e appagante e costruire un futuro migliore per tutti.

Cos'è un disturbo mentale? È una **condizione che altera più o meno profondamente il modo in cui una persona pensa, sente o si comporta**, per disfunzioni psicologiche, biologiche o dello sviluppo. Questo causa **sofferenza personale** e problemi nelle relazioni sociali.

Va sottolineato che non basta deviare dalle norme sociali per parlare di disturbo mentale perché, nel caso specifico, si tratta di condizioni che vanno oltre un semplice disaccordo con i valori della società.

PERCHÉ È IMPORTANTE DEFINIRE UN DISTURBO MENTALE

- Sotto il **profilo clinico**, serve a distinguere tra ciò che rientra nella norma e ciò che è patologico, aiutando a diagnosticare e trattare il disturbo in modo efficace.
- Sotto il **profilo legale e sociale**, esso può influenzare decisioni come l'imputabilità penale o l'accesso a benefici di salute.
- Sotto il **profilo terapeutico**, una diagnosi chiara permette di stabilire percorsi di cura adeguati.

Disturbo mentale e disagio psichico non sono la stessa cosa.

IL DISTURBO MENTALE	IL DISAGIO PSICHICO
È grave, duraturo, se non curato, e basato su alterazioni profonde di mente e comportamento	È più lieve e spesso temporaneo
Ha cause complesse: biologiche, psicologiche e ambientali	Deriva da eventi stressanti (problemi relazionali, lutti, difficoltà lavorative, ecc.)
Compromette la vita quotidiana e causa sofferenza significativa	Non altera profondamente la capacità di adattarsi e si risolve con il giusto supporto

COME DISTINGUERE NORMALITÀ E PATOLOGIA?

La normalità in sé non esiste ma rappresenta un concetto statistico, indicando comportamenti, emozioni e pensieri più comuni e frequenti in una determinata popolazione. Così come i disturbi mentali possono essere definiti dal punto di vista statistico con una diagnosi descrittiva in base alla presenza di una sintomatologia simile in più individui; essi sono inclusi nei manuali diagnostici in base a un accordo tra esperti. Peraltro, in salute mentale non ci sono marker biologici scientificamente validati che possano certificare la sussistenza o meno di un quadro psicopatologico.

Quattro fattori che aiutano a identificare il disturbo:

- **Comprensibilità culturale:** il comportamento è estraneo rispetto ai valori del contesto culturale?
- **Adattamento:** la persona riesce a vivere e affrontare le sfide della vita quotidiana?
- **Sofferenza e inabilità:** il problema causa grande sofferenza o limita le capacità della persona?
- **Status mentale:** persistono alterazioni del pensiero e/o dei comportamenti con sintomi?

Le critiche al concetto di disturbo mentale. Il movimento antipsichiatrico (Michel Foucault, Franco Basaglia, Ronald Laing) ha contestato il modo in cui la psichiatria etichettava la devianza come “malattia”. Secondo loro:

- le diagnosi sono spesso strumenti per controllare chi si discosta dalle norme sociali;
- le istituzioni psichiatriche hanno storicamente segregato ed escluso i “diversi”.

A tutt’oggi, il concetto di disturbo mentale resta complesso e dibattuto, ma è essenziale per garantire tanto un supporto clinico efficace quanto un approccio rispettoso verso la diversità umana.

I numeri della salute mentale. L’OMS afferma che nel mondo **una persona su otto** soffre di disturbi mentali. Una stima esatta del numero di persone con disturbo mentale nel mondo è estremamente complessa e soggetta a incertezze significative. Da un lato, il **rischio di sottostimare** il fenomeno è elevato a causa dello stigma sociale, che spinge molte persone a non dichiarare il proprio disagio, e delle carenze nei sistemi di raccolta dati, particolarmente nei paesi a basso e medio reddito, dove il divario di

trattamento può superare l'85%. Dall'altro lato, è possibile **sovrastimare** la prevalenza in alcune regioni a causa di criteri diagnostici variabili o di studi che utilizzano metodi non comparabili. Tuttavia, indipendentemente dal numero esatto, ciò che conta è mantenere alta l'attenzione sulla salute mentale, poiché si parla comunque di milioni di persone solo nel nostro paese. Il [Rapporto Salute mentale 2023](#) a cura del Ministero della Salute registra 854.040 utenti adulti assistiti dai servizi pubblici, ai quali vanno aggiunti i dati mancanti dell'Abruzzo stimabili in oltre 6mila, per un totale che supera gli 860mila utenti adulti; a questi vanno poi sommati i minori non rilevati, che rappresentano circa il 15% della popolazione. Pertanto, complessivamente si possono considerare circa un milione le persone, adulte e minorenni assistite dai servizi pubblici di salute mentale. Si tratta comunque di una stima per difetto che non considera né gli utenti assistiti direttamente dai pediatri di libera scelta e dai medici di medicina generale, né quelli seguiti nel privato, né, infine, le persone con disturbi mentali non in cura per diverse motivazioni, da quella economica, allo stigma.

È essenziale, dunque, **mettere al centro la persona**, garantendo che chiunque si trovi in difficoltà possa sentirsi libero di **chiedere aiuto senza timore di discriminazione**. Inoltre, è cruciale disporre di **servizi adeguati** in grado di rispondere efficacemente alle richieste di supporto e di implementare sistemi di **prevenzione**, sia a livello primario, per ridurre i fattori di rischio, sia a livello secondario e terziario, per intervenire tempestivamente e sostenere chi è già colpito da un disturbo mentale.



LEGGE 180, LA SVOLTA

La legge 13 maggio 1978, n. 180 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, la cosiddetta legge 180 o legge Basaglia

La legge impone la chiusura dei manicomi, definisce il nuovo sistema sanitario psichiatrico e regola il trattamento sanitario obbligatorio. Con essa l'Italia è divenuta il primo paese al mondo ad abolire gli ospedali psichiatrici.

Il secondo aspetto fondamentale della legge 180 è la centralità della persona. La chiusura dei manicomi ha permesso di dare dignità ai malati psichici contribuendo a riconoscerli come persone a tutti gli effetti, restituendo loro i diritti civili, determinando, in via di principio, la fine dei metodi custodialistici, e riconoscendo la necessità di una presa in carico della persona.

Ciò ha permesso la nascita del nuovo modello di presa in carico che si realizza attraverso un incontro autentico tra paziente e terapeuta, in cui l'accoglienza, l'ascolto, il sentire l'altro rappresentano la premessa per una collaborazione attiva, per un percorso terapeutico che tenga conto degli aspetti biologici, psichici e sociali.

FRANCO BASAGLIA (1924-1980) QUANDO LA DEMOCRAZIA ENTRÒ IN MANICOMIO

L'11 marzo 1924 nasceva a Venezia Franco Basaglia, psichiatra e neurologo, promotore nel 1968 del movimento culturale e politico che nel 1978, con la legge 180, ha messo fine alla pratica dell'internamento manicomiale, alla «cultura del controllo della follia» e all'approccio repressivo e violento che determinava l'istituzionalizzazione delle persone fragili.

Nei manicomi di Gorizia e di Trieste, Basaglia sperimenta un approccio fondato su un rapporto paritario fra gli utenti-pazienti e gli operatori sanitari e su una organizzazione aperta e orizzontale, con l'eliminazione della contenzione fisica, delle terapie con elettroshock e dei reparti chiusi: non più internati da recludere o isolare ma persone con disturbo mentale. Nel 1968 pubblica *L'istituzione negata*, nel 1971 fonda *Psichiatria democratica*.

«Per poter veramente affrontare la “malattia”, dovremmo poterla incontrare fuori dalle istituzioni, intendendo con ciò non soltanto fuori dall'istituzione psichiatrica, ma fuori da ogni altra istituzione la cui funzione è quella di etichettare, codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono. Ma esiste veramente un fuori sul quale e dal quale si possa agire prima che le istituzioni ci distruggano?» (*Basaglia, Il problema della gestione, 1968*).



Il ritratto di Franco Basaglia nel mosaico di RO.MENS donato a Papa Francesco: opera degli utenti del Centro Diurno La Fabbrica dei Sogni (DSM ASL Roma 2).

Per una informazione rispettosa

La parola stigma originariamente indicava il **marchio a fuoco** che si imprimeva sul corpo di schiavi, criminali, traditori, persone da evitare specialmente nei luoghi pubblici. Successivamente, è stata usata per descrivere una condizione di vergogna o ignominia.

Ad analizzare in maniera scientifica e sistematica il concetto di stigma nell'ambito della sociologia è **Erving Goffman** che nel 1963 lo riconosce quale attributo profondamente screditante che declassa l'individuo, lo segna e lo disonora in maniera tendenzialmente permanente. La persona può essere screditata per deformità fisica, aspetti criticabili del carattere o per elementi di tipo collettivo come, per esempio, l'appartenenza culturale.

Nel nostro ambito con stigma si intende quel **processo che conduce alla discriminazione sociale e al pregiudizio verso persone con disturbo mentale**. Particolarmente in questo ambito, più che in altre condizioni patologiche, lo stigma è fonte di discriminazione ma anche di sofferenza e di mantenimento della psicopatologia. Per questa ragione, il suo superamento è tra i punti chiave di tutti i programmi internazionali, dal [World mental Health Report](#) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) al Global Mental Health Summit.

Il primo obiettivo della comunicazione sulla salute mentale è contrastare stigma, pregiudizi e stereotipi associati ai disturbi mentali, che non hanno alcuna valenza scientifica.

COME SI COSTRUISCE LO STIGMA: STEREOTIPI, PREGIUDIZI E DISCRIMINAZIONE

La malattia mentale è circondata da stereotipi negativi che alimentano paura e sfiducia nei confronti delle persone che ne soffrono e rafforzano i pregiudizi verso di loro.

Dire o scrivere “una persona con schizofrenia” è ben diverso da dire o scrivere “uno schizofrenico”, come se il disturbo caratterizzasse l’intera persona con una generalizzazione che prescinde dalla conoscenza. A ogni caratteristica dell’individuo, va sempre anteposto il concetto di persona.

Stereotipi e pregiudizi possono portare alla **discriminazione** di individui o di un intero gruppo come risposta comportamentale: “I malati di mente dovrebbero essere rinchiusi perché sono pericolosi e imprevedibili” o “Non possiamo assumere un malato di mente perché è inaffidabile”.

Il trattamento giornalistico della salute mentale richiede attenzione, sensibilità e rispetto.

La deontologia, tra le altre cose, impone di evitare il sensazionalismo, la stigmatizzazione e in definitiva la distorsione della realtà, promuovendo una comprensione accurata e rispettosa delle persone con disturbi mentali.



NO

**AL SENSAZIONALISMO
ALLA STIGMATIZZAZIONE
ALLA DISTORSIONE DELLA REALTÀ**

Oltre a informare sui disturbi, l’educazione sulla salute mentale, può attraverso un’informazione rispettosa della dignità e dei diritti fondamentali, incoraggiare comportamenti di prevenzione e benessere, promuovendo uno stile di vita sano e stimolando le persone a prendersi cura del proprio equilibrio psicologico, facilitando l’accesso alle risorse.

Una maggiore consapevolezza, infatti, fa sì che più persone conoscano le risorse disponibili (linee di supporto, centri di salute mentale e servizi terapeutici) e si sentano motivate a cercare aiuto senza timore di essere giudicate.

I CINQUE PREGIUDIZI PIÙ DIFFUSI



L'incurabilità. Sebbene i disturbi mentali possano essere trattati con successo, è invece diffusa la convinzione che non siano curabili, o che siano difficilmente trattabili. A ciò si aggiunge spesso la convinzione che i soggetti interessati non siano in grado di prendere decisioni autonome e non siano intelligenti. Considerare il malato mentale come una persona colpita da una particolare sintomatologia e patologia, porta ad accettare il concetto di cura e di soccorso.



La pericolosità sociale. È un concetto giuridico introdotto nel Codice penale nel 1930, un'epoca remota di fronte alle conquiste della scienza psichiatrica. La pericolosità, per cui la persona viene etichettata come violenta e aggressiva e bollata con la frase "pericolosa per sé stessa e per gli altri", non ha presupposti scientifici. Il disturbo mentale grave non è associabile di per sé alla violenza. Anzi, chi soffre di disturbi mentali è più facilmente vittima di violenza.



L'incomprensibilità, per cui il linguaggio e i comportamenti delle persone con disturbi mentali sembrano non avere un significato comprensibile, creando una barriera nella relazione. Invece, con un autentico ascolto attivo e un atteggiamento non giudicante, anche i gesti più estremi e le parole più strane, se riordinate nella storia unica di quella persona in quel contesto, possono diventare comprensibili. Come diceva Terenzio già nel 165 a.C. "Nulla che sia umano mi è estraneo".



L'improduttività, intesa come incapacità di inserirsi nel mondo del lavoro e la conseguente incapacità di essere considerato a pieno titolo un elemento attivo della società è un falso mito che la scienza psichiatrica ha superato. Attraverso investimenti nel campo della formazione, diverse persone con disturbo mentale sono entrate nel mondo del lavoro. Inoltre, proprio l'esercizio del diritto al lavoro rafforza le possibilità di miglioramento.



L'irresponsabilità è l'idea secondo cui la persona con disturbo mentale non si rende conto di quello che fa e può essere considerata "incapace di intendere e di volere". Tra i due estremi dell'irresponsabilità e della normalità (concetto, peraltro, di difficile formulazione) si collocano una serie di stadi intermedi dove deficit cognitivi e alterazioni affettive possono causare diminuzioni della responsabilità, ma mai totale assenza.

Educazione, **conoscenza** e **sensibilizzazione** rappresentano processi chiave nella diffusione di informazioni trattate su basi scientifiche, fondamentali nel promuovere una chiara comprensione di tematiche estremamente delicate.

- **L'educazione** ha l'obiettivo di informare correttamente, fornendo dati, risorse e chiarimenti.
- **La sensibilizzazione** punta ad aumentare la percezione e la consapevolezza e a influenzare positivamente gli atteggiamenti della società su temi di così vasta portata.

Educare e sensibilizzare significa innanzitutto **rendere accessibili le informazioni**, fornendo conoscenze chiare e accurate sui disturbi mentali, le loro cause, i sintomi e i trattamenti disponibili, in modo che si possano riconoscere i segnali e sapere come cercare aiuto. Infatti, il punto di partenza, alimentato dal pregiudizio, è proprio la mancanza di riconoscimento della sofferenza determinata dalla malattia mentale e una attribuzione di stabile invalidità nei confronti di queste persone, che invece se adeguatamente curate, potrebbero recuperare in parte, o in toto, capacità sociali e mentali.

La lotta allo stigma coinvolge i diretti interessati e le loro famiglie nel processo di cura e di recupero psicosociale.

I media possono essere alleati importanti nell'abbattere pregiudizi e stereotipi per questo è importante porre la giusta attenzione nel trattare notizie e fatti che riguardano la malattia mentale. Allo stesso modo si suggerisce di **evitare l'uso improprio di termini che fanno riferimento alla salute mentale** in cronache e commenti giornalistici che nulla hanno a che vedere con essa, per esempio nello sport e nella politica dove purtroppo sono ancora molto frequenti.

COSA EVITARE 

Associare la malattia mentale con la pericolosità, la violenza o la criminalità. Stereotipi di questo tipo alimentano lo stigma

COSA FARE 

Usare un linguaggio neutro e rispettoso, evitando sensazionalismi



ESEMPI DI TITOLI CHE ALIMENTANO LO STIGMA

- » Tragedia della follia: uccide il figlio a coltellate
- » Fa il matto durante il cenone di natale, picchia genitori e fratelli: arrestato
- » Uccide la compagna in un raptus di follia
- » Notte di follia: tre morti
- » Dà di matto e rapisce un bambino di due anni
- » Napoli, notte di follia al carcere minorile di Nisida: danno fuoco alla cella e poi aggrediscono i poliziotti
- » Aveva una faccia da pazzo, mi ha ferito e poi è tornato

IL RUOLO DEL BUON GIORNALISMO

La tentazione di trattare una notizia in modo esagerato o drammatico per attirare l'attenzione del pubblico è sempre dietro l'angolo. Una tendenza cresciuta in modo considerevole nell'informazione sul web. Il sensazionalismo porta ad accentuare e distorcere le notizie in modo da renderle più appetibili per il pubblico, attraverso l'uso scorretto di termini e concetti.

Non usare toni allarmistici, a effetto, colpi di scena, parole che ingabbiano le persone all'interno di pregiudizi. Termini come "follia", "pazzo" o "maniaco" contribuiscono alla stigmatizzazione. Non usare immagini legate a una concezione custodialistica della malattia mentale e dei pazienti, come persone con camice di forza, letti di contenzione, ecc.



Fornire informazioni equilibrate e basate sui fatti, evitando eccessi linguistici; verificare i dati relativi alla eventuale patologia; rispettare la privacy e il diritto alla riservatezza sulla condizione di salute.



La **distorsione** è un rischio sempre presente, a volte è intenzionale, a volte è inconsapevole. Le sue conseguenze però non cambiano. Per questo è importante tenerla sempre presente e fare le necessarie verifiche per evitarla.

Non enfatizzare il disturbo mentale in storie dove non è rilevante. Per esempio, se una persona con un disturbo mentale commette un reato, evitare di attribuire il reato esclusivamente alla sua malattia.



Analizzare e riportare i fatti senza forzarli o distorcerli, sottolineando che il disturbo mentale non è sinonimo di pericolosità.



L'**accuratezza** è sempre necessaria; la fretta, la genericità e la superficialità sono nemici sempre in agguato.

Non diffondere notizie imprecise o errate sui disturbi mentali, specialmente in merito a cause e trattamenti.



Consultare fonti mediche affidabili e competenti. Dare spazio a esperti di salute mentale per fornire una comprensione corretta.



La **centralità della persona**. La regola fondamentale è mettere sempre al centro la persona e non le sue condizioni di salute, che al massimo possono essere considerate una caratteristica.

Il linguaggio deve educare e informare, non giudicare. La prospettiva sulla disabilità è radicalmente cambiata con l'approccio bio-psicosociale indicato dall'OMS con l'introduzione dell'**ICF** (la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute del 2001) e della **Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006**, sottoscritta dal nostro Paese nel 2009: oggi, infatti, la disabilità viene intesa come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. In definitiva, si considera la persona con le proprie condizioni di salute in rapporto all'ambiente.

La **regola di base** è dunque **identificare sempre prima la persona** e poi,

se necessario, e sue condizioni di salute. Un linguaggio rispettoso e non discriminante è fondamentale per evitare di stigmatizzare le persone con disturbi mentali. Scrivere “vive con” è preferibile a “malato di” o “pazzo”, decisamente offensive e stigmatizzanti. Allo stesso modo, evitare etichette come “schizofrenico” o “depresso”, utilizzando frasi come “una persona con schizofrenia” o “persona che vive con la depressione”, per mettere l’accento sulla persona, non sulla malattia.

Fondamentale è presentare fatti e statistiche affidabili sulle condizioni di salute mentale per contrastare miti e falsi stereotipi. I contenuti devono fare riferimento a fonti autorevoli, come l’OMS, gli istituti di ricerca, le associazioni specializzate che aiutino a spiegare le basi biologiche, psicologiche e ambientali dei disturbi mentali, in modo semplice e accessibile, utilizzando infografiche, video animati e altre forme di comunicazione visiva di supporto per rendere comprensibili concetti complessi.

Le **storie reali** hanno un forte impatto emotivo e possono favorire la connessione e la centralità dell’essere umano, che rimane l’indiscussa priorità. Raccogliere testimonianze da persone che hanno vissuto l’esperienza del disturbo mentale permette di creare contenuti autentici e stimolare l’empatia. Pertanto, può essere importante dare spazio sia alle **sfide**, sia alle **esperienze positive** di coloro che hanno ricevuto supporto e sono riusciti a migliorare, dimostrando che il recupero è possibile. Così come creare contenuti che incoraggino l’interazione e la partecipazione attiva dell’utente dei media – come domande, sondaggi e discussioni nei commenti – aiuta a coinvolgere le persone e a farle riflettere su questi temi.

Le **piattaforme social** sono particolarmente indicate, per la loro stessa struttura, a stimolare il dialogo e possono essere utilizzate per organizzare dirette o webinar con esperti, con la possibilità per gli utenti di rivolgere domande e ricevere risposte su argomenti legati alla salute mentale: è una chiave diretta per promuovere l’interazione e fornire un’educazione accessibile.

È sempre utile creare contenuti che spieghino l’importanza del supporto sociale per chi vive con disturbi mentali, come famiglia, amici e comunità; spiegare come un ambiente accogliente e comprensivo possa fare la differenza, promuovendo allo stesso tempo una cultura dell’inclusione e del rispetto, enfatizza la possibilità di miglioramento e di recupero; parlare di strategie di *coping* (l’insieme di risorse e strategie che le persone mettono in atto per reagire a situazioni di stress), di tecniche di rilassamento, di meditazione *mindfulness* per contribuire a incrementare la consapevolezza di sé e di come sia possibile convivere con un disturbo mentale mantenendo una buona qualità della vita.

Falsi miti, pregiudizi e stereotipi stigmatizzanti si possono contrastare anche producendo contenuti che contestino sulla base delle conoscenze scientifiche e statistiche il tema della “pericolosità sociale”, o che un disturbo mentale non è sinonimo di debolezza, creando rubriche o sezioni dedicate al “vero vs falso”, in cui si affrontano luoghi comuni e si forniscono chiarimenti.



VIOLENZA, PIÙ VITTIMA CHE ATTORE

Nonostante sia stato osservato che il rischio di esiti violenti sia maggiore nelle persone con disturbi psichiatrici diagnosticati rispetto alle persone senza disturbi psichiatrici, è importante tuttavia ricordare che **i tassi assoluti di crimini violenti in un periodo di 5-10 anni sono inferiori al 5% nelle persone con disturbi mentali**, salgono al 6-10% tra le persone con disturbi di personalità e disturbi dello spettro schizofrenico (*The Lancet Psychiatry* 2021). Questi tassi possono essere più elevati in concomitanza con abuso di alcool e droghe, una pregressa storia di violenza, aver subito abusi fisici, essere vittima di un crimine, aver affrontato un divorzio o la perdita del lavoro.

La stragrande maggioranza delle persone con disturbi mentali non è quindi pericolosa, anzi, **è statisticamente dieci volte di più vittima di un reato rispetto alla popolazione generale** (Ministero della salute). Eppure, ancora oggi la vecchia associazione tra “malattia mentale” e “pericolosità” viene percepita dalla popolazione generale in maniera eccessiva, troppo spesso si ritrova nei mass media e negli stessi eventi di cronaca contribuendo, in tal modo, alla discriminazione e all’allontanamento degli individui con disturbi mentali.

LA SCELTA DELLE PAROLE

Usare termini appropriati, non lesivi della dignità, o stigmatizzanti e pregiudizievoli, per definire sia il cittadino con disturbo mentale, se oggetto di cronaca, sia il disturbo in sé, sia il comportamento che gli si attribuisce.

Adottare termini scientificamente e giuridicamente appropriati per offrire la massima aderenza alla realtà dei fatti.

Tutelare la persona con disturbo mentale che sceglie di parlare con i giornalisti, evitando di identificarla col suo problema di salute.

Garantire alle persone con disturbo mentale il diritto di replica.

Consultare esperti: operatori della salute mentale, dei servizi sanitari e sociali, della giustizia, delle forze dell'ordine, delle associazioni.

Considerare la persona con disturbo mentale come potenziale interlocutore, tenendo presente che può non conoscere le eventuali conseguenze dell'esposizione mediatica.

Integrare la notizia con informazioni dettagliate su servizi, strumenti, trattamenti, cure.

Promuovere la diffusione di storie di guarigione e di esperienze positive.



Evitare la diffusione di informazioni imprecise, sommarie o distorte riguardo a persone con una patologia psichiatrica, sfuggire il rischio di confusioni o distorsioni con altre situazioni che possono apparire affini, come la dipendenza da sostanze e la disabilità cognitiva.

Evitare l'impropria associazione di notizie o situazioni (come disturbo mentale e violenza) che può suscitare allarme infondato, alimentando lo stigma, danneggiando le persone coinvolte direttamente o indirettamente e intaccando la credibilità dell'intero insieme dei giornalisti.

Evitare atteggiamenti pietistici, decolpevolizzando la persona perché ha un disturbo mentale ed evitare altresì di attribuire le cause o l'eventuale efferatezza del reato al disturbo stesso.

Evitare l'uso improprio di termini relativi alla psichiatria in notizie a essa estranee, come "una politica schizofrenica" o "una strage della follia" che rappresentano il disturbo mentale come sinonimo di incoerenza, inaffidabilità, imprevedibilità.



Alcune parole possono essere **percepite come svalutanti** per le persone se portano con sé una connotazione negativa, come “malato di mente” e “malattia mentale”.

FALSO	VERO
I problemi di disagio sono rari e a me non possono capitare	Una persona su quattro ogni anno ha esperienza di un problema di salute mentale.
Non si può aiutare chi ha problemi di salute mentale	Si può fare molto per aiutare chi ha problemi di salute mentale per migliorare la sua vita, a cominciare dall'importanza di stabilire un contatto e di ascoltarla senza giudicarla.
Dai problemi di salute mentale non si esce	I problemi di salute mentale possono manifestarsi periodicamente nel corso della vita, ma molte persone che ne soffrono lavorano, hanno famiglia e conducono un'esistenza soddisfacente.
Non si guarisce dalla malattia mentale	<p>Gli studi evidenziano che un terzo delle persone con disturbo mentale guarisce completamente, un terzo mantiene un livello medio di disturbi, con una vita sociale abbastanza regolare e un terzo vive invece con una grave disabilità.</p> <p>La falsa credenza secondo cui il disturbo mentale è inguaribile porta alla perdita di fiducia, disperazione, abbandono e logorio dei rapporti interpersonali.</p>
Le persone con malattia mentale non possono lavorare	Le persone con disturbo mentale possono lavorare anche in presenza di sintomi. Ne sono testimonianza alcuni personaggi famosi come Abramo Lincoln, John Nash, Vincent Van Gogh, Alda Merini, Dino Campana, David Helfgott, Antonio Ligabue, Leonardo Di Caprio, Adam Levine. Il lavoro aiuta chi soffre di disturbi mentali a rafforzare il senso di autostima, a migliorare le relazioni sociali con i colleghi creando un senso di comunità, e a recuperare il proprio ruolo all'interno della famiglia.
La maggior parte delle persone con malattia mentale sono violente e pericolose.	La maggior parte delle persone con disturbo mentale non è violenta e pericolosa. Le persone con malattia mentale sono anzi più facilmente vittime di violenza piuttosto che attori di violenza.
Chi si rivolge ai Centri di salute mentale è un “matto” o un debole	Rivolgersi ai professionisti e ai luoghi di cura rappresenta il primo passo per superare le proprie difficoltà e riprendere in mano la propria vita quando non si riesce a farlo da soli. Ai Centri di salute mentale accedono sia persone con disturbi caratterizzati da sintomi che influenzano la percezione della realtà, sia persone con disturbi caratterizzati da sintomi che sono sovrapponibili a stati emotivi particolarmente intensi (disturbi d'ansia o da panico o depressione)

SUGGERIMENTI PER LE INTERVISTE

COSA FARE

Rivolgersi **direttamente** alla persona che si vuole intervistare e non attraverso una eventuale persona di supporto, il caregiver o un familiare.

Tenere sempre presente che si ha di fronte una **persona fragile** che va tutelata dal rischio di stigmatizzazione e da quello della manipolazione.

Mettere a proprio **agio** la persona.

Assumere un **atteggiamento empatico**, intendendo con ciò la capacità di comprendere e condividere i sentimenti di un'altra persona e di renderlo evidente.

Avere un atteggiamento **rispettoso**.



COSA NON FARE

Dare del tu per il solo fatto che la persona intervistata soffre di un disagio mentale.

Assumere **atteggiamenti infantilizzanti** nei confronti di chi si intervista.

Trattare la malattia mentale con **distacco** o ironia o minimizzando la sofferenza delle persone con disturbi mentali.

Manifestare timore.

Deumanizzare e spersonalizzare la persona, considerandola e riducendola alla sua malattia.



PAROLE CHE LIBERANO

DIGNITÀ INCLUSIONE
PRESA IN CARICO INTEGRAZIONE
OPPORTUNITÀ CONDIVISIONE
DEMOCRAZIA LAVORO
ASCOLTO EMPATIA
DIRITTI PERSONA
PAZIENTE APPROFONDIMENTO
RISPETTO

PAROLE CHE LEGANO

INGUARIBILITÀ INCOMPRENSIBILITÀ CHIUSURA
FOLLE FUORI DI TESTA INTERNATO
DARE DI MATTO MATTO DA LEGARE IRRESPONSABILITÀ
DELIRANTE ISOLAMENTO
CONTENZIONE PAURA RAPTUS
CONTROLLO PAZZO SEGREGAZIONE
FOLLIA PERICOLOSO SQUILIBRATO
IMPAZZITO PERICOLOSITÀ SOCIALE VIOLENTO
IN PREDAL DELIRIO MANICOMIO
PSICOPATICO

PAROLE CHE FERISCONO

MATTO, FOLLE, PAZZO, FUORI DI TESTA, IMPAZZITO,
DARE DI MATTO, DELIRANTE, SQUILIBRATO, PSICOPATICO,
MATTO DA LEGARE, FOLLIA, IN PREDA AL DELIRIO, PAURA,

PAROLE CHE DISCRIMINANO

MANICOMIO, PERICOLOSO, VIOLENTO, PAURA,
SEGREGAZIONE, CONTENZIONE, CHIUSURA,
CONTROLLO, INTERNATO, ISOLAMENTO, PERICOLOSITÀ
SOCIALE, RAPTUS

STEREOTIPI NEGATIVI

INCURABILITÀ, PERICOLOSITÀ SOCIALE,
INCOMPRESIBILITÀ, IMPRODUTTIVITÀ, IRRESPONSABILITÀ

LINGUAGGIO INCLUSIVO

PRIMA LA PERSONA O UNA SUA CARATTERISTICA?



Linguaggio *person first* (prima la persona) indica la modalità di riferirsi a una persona con disabilità, o particolari condizioni di salute, anteponendo sempre il concetto di persona alla disabilità, a cui si fa eventualmente riferimento solo se rilevante nel contesto. È una visione in linea con gli standard della Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute **ICF** (OMS, 2001), che in termini di “funzionamento” sostiene la visione in positivo della disabilità, valorizzando la persona rispetto al deficit.

Di conseguenza, si suggerisce di non utilizzare il termine “disabile” come sostantivo, ma “persona con disabilità”, **una chiave inclusiva che mette al centro la persona**. Per questa ragione l'orientamento sempre più diffuso è per un linguaggio *person first*, in cui l'informazione sulla disabilità e le condizioni di salute sono sostanzialmente caratteristiche secondarie. Il deficit non va nascosto, ma non può diventare uno stigma identificativo.



Linguaggio *identity first* (prima la caratteristica) Quando si entra nel campo delle definizioni, le comunità hanno il più ampio titolo per autodeterminarsi, senza entrare in conflitto con le indicazioni dell'ICF, che riconosce anche l'insindacabile diritto all'autodeterminazione. Pur essendo il linguaggio *person first* più comunemente utilizzato, ciechi e sordi preferiscono essere definiti tali e non come non vedenti e non udenti. Così, nel campo della salute mentale, dove è ampiamente diffuso il linguaggio che mette al centro la persona, la **comunità degli autistici** preferisce essere definita tale, perché considera la neurodivergenza, spesso in contesti di attivismo, **parte integrante della loro identità**: preferiscono quindi l'uso di *autistico* e non di *persona autistica*.

Pertanto, è sempre buona norma chiedere al soggetto interessato quale sia la definizione che preferisce.

LA NORMA SULLA TERMINOLOGIA IN MATERIA DI DISABILITÀ

Il **30 giugno 2024** è entrato in vigore il [decreto legislativo del 3 maggio 2024 n.62](#) *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*.

Il Decreto dedica al linguaggio l'articolo 4 "Terminologia in materia di disabilità": vengono messe al bando dalla comunicazione istituzionale la parola handicap, sostituita da condizione di disabilità e le espressioni persona handicappata, portatore di handicap, persona affetta da disabilità, disabile e diversamente abile, sostituite da persona con disabilità. Inoltre, le espressioni con connotazione di gravità e in situazione di gravità sono sostituite da necessità di sostegno elevato o molto elevato. Infine, invece disabile grave si utilizza persona con necessità di sostegno intensivo.

I SUICIDI TRA STIGMA E CAUTELE

Il suicidio non è necessariamente una conseguenza diretta di un disturbo mentale ed è uno dei fenomeni più difficili da prevedere, poiché dipende da una combinazione complessa di fattori, tra cui condizioni economiche, uso di sostanze, ambiente, eventi acuti stressanti e contesto sociale.

Uno studio del 2017 condotto da Joseph Franklin e colleghi ha analizzato 365 ricerche svolte nell'arco di cinquant'anni, esaminando 3.428 fattori di rischio per il suicidio. **I risultati hanno mostrato che la capacità predittiva di questi fattori è solo leggermente superiore al caso, evidenziando quanto sia difficile anticipare questi eventi.** (<https://www.apa.org/pubs/journals/releases/bul-bul0000084.pdf>)

È fondamentale, quindi, non diffondere l'idea che il suicidio dipenda esclusivamente da problemi di salute mentale, poiché questa visione non solo rafforza lo stigma, ma semplifica eccessivamente un fenomeno estremamente complesso e doloroso.

Dati questi molteplici fattori, la prevenzione del suicidio non può limitarsi solo al trattamento dei disturbi mentali, ma deve includere strategie di supporto sociale, programmi educativi, riduzione dello stigma, accesso a servizi di aiuto e restrizione dei mezzi letali.

La notizia di un suicidio richiede sempre particolare attenzione, soprattutto quando riguarda una persona nota. È essenziale trattare questi episodi con sensibilità, evitando il sensazionalismo e privilegiando messaggi che promuovano la possibilità di superare momenti di crisi.

Diffondere informazioni sui centri di supporto, numeri verdi dedicati e sulle risorse disponibili può fare la differenza, aumentando la consapevolezza che chiedere aiuto è possibile.

Al tema di come trattare nella comunicazione gli episodi di suicidio è dedicato l'art.15 del nuovo [Codice deontologico delle giornaliste e dei giornalisti](#).

Il glossario della salute mentale

ADHD - ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER, DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

È un **disturbo cronico del neurosviluppo**. Generalmente inizia nell'infanzia e influenza il comportamento e l'attenzione del bambino e dell'adolescente; tuttavia, può manifestarsi anche nell'adulto, con sintomatologie differenti. Disattenzione, iperattività, impulsività e difficoltà a controllare le proprie reazioni sono i sintomi principali.

Data la grande diffusione, non è da escludere una **sovradiagnosi**, cioè una tendenza eccessiva e non sempre giustificata a diagnosticare il disturbo. Infatti, iperattività e impulsività possono rientrare nell'ambito di una fase di sviluppo fisiologico. Secondo alcuni studi scientifici, la diagnosi potrebbe essere influenzata da fattori culturali, socioeconomici ed educativi. Sempre secondo alcuni studi, è stato riscontrato un aumento del rischio di sovradiagnosi, che porta a considerare come un disturbo difficoltà comportamentali o prestazioni scolastiche insufficienti che potrebbero essere ricondotte più semplicemente a difficoltà di apprendimento, a problemi emotivi, o a mancanza di supporto educativo.

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

È un istituto giuridico italiano introdotto nel 2004 ([legge 9 gennaio 2004 n. 6](#)) con l'obiettivo di tutelare le persone che, a causa di problemi fisici o psichici, non siano in grado di provvedere adeguatamente ai propri interessi. L'amministrazione di sostegno si propone come misura meno invasiva rispetto all'**interdizione** o all'**inabilitazione**, ed è mirata a garantire il supporto necessario senza compromettere la capacità di agire della persona.

La procedura di nomina può essere avviata dalla persona interessata

stessa, dai familiari, dal Pubblico ministero, dai servizi sociali o sanitari. Può essere nominato amministratore di sostegno un familiare, una persona di fiducia scelta dal beneficiario, un professionista (avvocato, commercialista), un volontario o un rappresentante di un'associazione che si occupa di tutela delle persone fragili.

I compiti dell'amministratore di sostegno sono stabiliti dal giudice tutelare e possono includere la **gestione del patrimonio** (come pagare bollette, amministrare conti bancari, curare investimenti), **la cura della persona** (come prendere decisioni riguardanti la salute o l'assistenza quotidiana), **la rappresentanza in atti giuridici** (come firmare contratti, richiedere prestazioni assistenziali).

L'amministrazione di sostegno è soggetta a controllo periodico da parte del giudice tutelare, che verifica la corretta gestione delle attività da parte dell'amministratore. La durata dell'incarico può essere temporanea o permanente, in base alle necessità della persona beneficiaria.

ASO - ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

L'ASO, che rappresenta una **limitazione della libertà individuale**, si attua quando si abbia il fondato sospetto che una persona che non accetta un contatto sanitario abbia un disturbo mentale tale da richiedere urgenti interventi terapeutici. Pertanto, è finalizzato ad accertare le condizioni psichiche per motivi di cura.

È previsto dagli articoli 33, 34, 35 della [legge 23 dicembre 1978, n. 833](#) Istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Può essere disposto quando una persona mostra segni evidenti di grave disagio mentale o rifiuta le cure necessarie.

È disposto con provvedimento del Sindaco, nella sua qualità di Autorità sanitaria, su proposta motivata di un Medico. È attuato dai Servizi sanitari pubblici.

AUTISMO

Disturbo del neurosviluppo caratterizzato da difficoltà nella comunicazione, nell'interazione sociale e da comportamenti ripetitivi o interessi ristretti. L'autismo è un Disturbo dello Spettro Autistico, (**DSA**) che si manifesta in forme molto diverse tra loro. Spesso si parla di **autismo ad alto funzionamento** quando le persone mostrano capacità cognitive nella norma o superiori e un livello maggiore di autonomia, pur mantenendo caratteristiche tipiche dello spettro autistico. Al contrario, l'**autismo a basso funzionamento** indica

condizioni in cui sono presenti significative difficoltà cognitive, linguistiche e nell'autonomia personale. Tuttavia, questa distinzione è spesso semplificata e criticata perché non riflette la complessità e la variabilità delle abilità e dei bisogni individuali.

AUTOLESIONISMO

Comportamento in cui una persona procura intenzionalmente danni al proprio corpo, senza intento suicida, ma come forma di gestione emotiva o per fronteggiare turbamenti intensi. Le forme più comuni di autolesionismo includono il **cutting** (tagliarsi con oggetti affilati), il bruciarsi o colpirsi. Questo comportamento è spesso legato a difficoltà psicologiche come la depressione, l'ansia, il disturbo borderline di personalità e anche a importanti pregressi traumi. Sebbene l'autolesionismo possa fornire un sollievo temporaneo a queste persone, non risolve le cause e può portare a gravi conseguenze fisiche ed emotive a lungo termine.

BDS - BUDGET DI SALUTE

È uno strumento che integra risorse economiche e servizi in un piano personalizzato di intervento integrato sanitario e sociale. Con l'obiettivo di fornire un approccio olistico personalizzato e flessibile alla presa in carico delle persone con fragilità, come disabilità, disturbi mentali o altre condizioni che richiedono un supporto continuativo e su misura.

CONTENZIONE FISICA

Contrariamente a quanto comunemente si pensi,

-  la contenzione **non è prevista da alcuna disposizione di legge**. Essa è disciplinata solo da norme ordinarie e, in particolare, dallo **stato di necessità** regolato dall'art. 54 del Codice penale secondo cui "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo". Ricorrere a essa in maniera ingiustificata è da considerarsi un atto illecito, configurabile come reato;
-  la contenzione **non è un atto medico**, come dichiarato dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), nel suo documento del 23 aprile 2015 "[La contenzione: problemi bioetici](#)";
-  la sua applicazione rappresenta una **misura estrema**, che va posta in atto solo dopo avere esperito tecniche di de-escalation, praticate in condizioni di sicurezza; deve essere correttamente **motivata, monitorata e documentata**;

- ▶ nel suo documento, il Comitato nazionale di bioetica raccomanda la necessità del **superamento della contenzione**, nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti e della dignità delle persone, in specie le più vulnerabili e **condanna l'attuale applicazione estensiva della contenzione** che si è troppo spesso tramutata in una prassi a carattere routinario;
- ▶ oltre alla **contenzione fisica o meccanica** vi sono anche la cosiddetta **contenzione chimica** (a base di farmaci) e **ambientale** (uso di camere o contesti chiusi).

LA CONTENZIONE FISICA – IL CASO MASTROGIOVANNI

Francesco Mastrogiovanni era un maestro elementare, chiamato dai suoi alunni "il maestro più grande del mondo" perché era alto 1,94 m. La sua vicenda inizia il 31 luglio 2009 quando viene sottoposto a un TSO e condotto all'ospedale "San Luca" di Vallo della Lucania presso il SPDC dove resta 87 ore. Qui per 83 ore consecutive viene contenuto, con mani e piedi legati al letto con dei lacci di plastica che gli procurano ferite profonde, fino a quando i medici la mattina del 4 agosto si accorgono che il suo cuore ha cessato di battere a causa di un edema polmonare. La sua contenzione non è riportata nella cartella clinica.

Il suo calvario diventa di pubblico dominio con il documentario «87 ore - Gli ultimi giorni di Francesco Mastrogiovanni» di Costanza Quattriglio proiettato in Senato e trasmesso da RAI 3, che mostra la sua lunga agonia attraverso le immagini di nove telecamere di sicurezza.

La vicenda ha dato luogo a un lungo iter giudiziario che, in primo grado ha portato alla condanna dei sanitari implicati per omicidio colposo (modificato in appello in morte in conseguenza di altro delitto), sequestro di persona e falso ideologico. Nel 2018 la Corte di Cassazione ha confermato le condanne a sei medici e undici infermieri per sequestro di persona. I medici sono condannati anche per falso ideologico. Non si arriva a sentenza invece per il reato di morte come conseguenza di altro delitto, oramai prescritto.

LA CONTENZIONE FISICA – IL CASO LAVORGNA

Il 7 novembre 2024 la **Corte europea per i diritti dell'uomo** del Consiglio d'Europa ha **condannato l'Italia** per la violazione dell'art. 3 (divieto di tortura e di trattamenti o pene inumani e degradanti) della Convenzione europea dei diritti dell'uomo – CEDU nel [caso Lavorgna contro Italia](#) (ricorso n. 8436/21) relativo all'applicazione di misure di **contenzione meccanica** in un reparto ospedaliero psichiatrico.

Matteo Lavorgna era stato sottoposto a TSO il 7 ottobre 2014 e ricoverato presso l'ospedale Santa Maria delle Stelle Hospital di Melzo. Le motivazioni addotte per il TSO sono state lo stato di agitazione psicomotoria, l'aggressività verso gli altri e la diagnosi complessiva. Il TSO è stato prorogato e il 14 ottobre due psichiatri hanno presentato una segnalazione urgente di pericolosità sociale. Hanno dichiarato che l'uomo aveva aggredito i suoi genitori e un medico, ma non era consapevole delle sue azioni e hanno sottolineato che aveva dovuto essere costantemente contenuto. Il signor Lavorgna è stato tenuto sotto sedazione farmacologica fino al suo trasferimento in un altro ospedale il 27 ottobre 2014.

La Corte ha rilevato in particolare che il Governo non è riuscito a motivare la necessità di un periodo così lungo di contenzione e non ha fornito argomentazioni circa il fatto che la contenzione è stata "precauzionale" piuttosto che "un'ultima risorsa".

CYBERBULLISMO

Insieme di forme violente di aggressione, molestia e discriminazione realizzate attraverso l'uso dei nuovi strumenti di comunicazione offerti dallo sviluppo della rete internet. Gli esiti sulle vittime del cyberbullismo possono essere gravi e includere disturbi come ansia, depressione, bassa autostima, isolamento sociale e, nei casi più estremi, ideazioni suicidarie.

DCA - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, DETTI ANCHE DNA - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Gruppo di patologie complesse, caratterizzate da comportamenti alimentari disfunzionali e da una preoccupazione eccessiva per il peso e la forma del corpo, con alterata percezione della propria immagine, spesso con un basso livello di autostima. Richiedono un'attenzione particolare per essere riconosciute e trattate adeguatamente e con il giusto intervento, è possibile il recupero e il ritorno a una vita sana e appagante. Possono influenzare negativamente sia la salute fisica che quella mentale. Insorgono prevalentemente nell'adolescenza e nel genere femminile. Sono in aumento nei paesi occidentali, soprattutto tra i giovani, in particolare dopo il COVID.

I principali disturbi del comportamento alimentare sono l'**anoressia nervosa** (AN), la **bulimia nervosa** (BN) e il **disturbo da alimentazione incontrollata** (BED, *Binge Eating Disorder*).

DD - DOPPIA DIAGNOSI

La Doppia Diagnosi in salute mentale si riferisce alla **presenza simultanea di un disturbo mentale e di un disturbo da uso di sostanze** in una stessa persona. Questo significa che l'individuo presenta contemporaneamente una condizione psichiatrica, come la depressione o la schizofrenia, e problemi legati al consumo di sostanze, come dipendenza da alcol, droghe o farmaci.

Le persone con doppia diagnosi spesso sperimentano una varietà di sintomi che possono interagire e complicare ulteriormente il trattamento.

La relazione tra disturbi mentali e uso di sostanze può essere bidirezionale. In alcuni casi, le persone possono utilizzare sostanze come una forma di "automedicazione" per alleviare i sintomi di un disturbo mentale. In altri casi, l'abuso di sostanze può portare allo sviluppo o al peggioramento di un disturbo mentale.

La doppia diagnosi rappresenta una sfida significativa nella salute mentale, ma con un approccio integrato e mirato di natura bio-psicosociale è

possibile aiutare le persone a gestire entrambe le condizioni, psichiatriche e di comportamento di tossicomania.

DISTURBI DELL'UMORE

I disturbi dell'umore sono condizioni psicopatologiche caratterizzate da **alterazioni persistenti o episodiche dell'umore**, che possono compromettere il funzionamento quotidiano e il benessere della persona. I sintomi includono cambiamenti significativi dell'umore, dell'energia, del sonno, e delle capacità cognitive ed emotive. Sono trattabili con una combinazione di psicoterapia, farmaci e interventi psicosociali.

Si dividono principalmente in due categorie principali:

- **disturbi depressivi**, come la depressione maggiore
- **disturbi bipolari**, caratterizzati da alternanza tra episodi di depressione e mania o ipomania.

La **mania** e l'**ipomania** sono condizioni psicopatologiche caratterizzate da un'elevata energia, umore espanso o irritabile e un aumento dell'attività o dell'ideazione.

La **mania** è una forma più grave e può includere sintomi come grandiosità, riduzione del bisogno di sonno, loquacità e comportamenti impulsivi o rischiosi; spesso compromette significativamente il funzionamento personale, lavorativo e sociale, e può richiedere ospedalizzazione.

L'**ipomania**, invece, è una forma più lieve, con sintomi simili ma meno intensi, che non causano una compromissione grave del funzionamento. Entrambe le condizioni sono tipiche del **disturbo bipolare**, ma l'ipomania può anche manifestarsi in altri disturbi.

DSA - DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

Gruppo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da significative difficoltà nell'acquisizione e nella utilizzazione di abilità specifiche, come la lettura, la scrittura o il calcolo matematico. La principale caratteristica è che i disturbi interessano abilità circoscritte senza intaccare il funzionamento intellettuale generale. Questi disturbi derivano da differenze nel modo in cui il cervello elabora determinate informazioni. Si tratta di disturbi complessi che richiedono un'attenzione particolare e un approccio individualizzato e che con il giusto supporto e le strategie adeguate, possono giungere a una compensazione fino a un pieno potenziale.

I principali tipi di DSA sono la **dislessia**, la **disortografia**, la **disgrafia** e la **discalculia**.

DISTURBO DELLA PERSONALITÀ

Il **disturbo della personalità** è una condizione psicopatologica caratterizzata da modalità pervasive, rigide e disadattive di pensare, sentire e comportarsi, che compromettono il funzionamento personale, sociale e lavorativo. Questi disturbi si manifestano in modo stabile nel tempo e iniziano in adolescenza o prima età adulta.

Il **carattere** si riferisce agli aspetti acquisiti del comportamento e delle attitudini di una persona, influenzati dall'educazione, dall'ambiente e dalle esperienze di vita. È considerato l'espressione individuale dei valori morali e delle modalità di relazione con gli altri.

La **personalità** indica l'insieme stabile e unico di caratteristiche psicologiche, emozioni, pensieri e comportamenti che definiscono un individuo e lo distinguono dagli altri. La personalità è influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali, ed è il risultato di interazioni tra temperamento (innato) e carattere (acquisito).

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

È un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da difficoltà persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale, oltre che dalla presenza di comportamenti, interessi o attività ripetitivi e ristretti. I sintomi si manifestano precocemente, di solito nei primi anni di vita, e variano notevolmente in intensità e forma, configurando uno «spettro» di condizioni diverse. Le persone con ASD possono presentare sensibilità sensoriale, schemi di linguaggio atipici e difficoltà nell'adattarsi ai cambiamenti. L'ASD non ha una singola causa identificata e richiede un approccio personalizzato per supportare lo sviluppo e l'inclusione sociale.

DSM-5 - MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI 5 EDIZIONE E DSM-5-TR (TEXT REVISION, 2022)

È una risorsa chiave per la diagnosi e la classificazione dei disturbi mentali. Pubblicata dall'*American Psychiatric Association* (APA), il DSM-5 è un manuale di spessore internazionale che fornisce una guida dettagliata e standardizzata per la diagnosi dei disturbi mentali, per la comunicazione e per la ricerca. Va utilizzato con pensiero critico, tenendo fermo il principio dell'interesse prioritario per il malato più che per la malattia, ancora più valido in salute mentale, come affermato da Franco Basaglia.

ELETTROSHOCK, TERAPIA ELETTROCONVULSIVANTE (TEC)

Tecnica fisica che consiste nell'induzione di crisi convulsive controllate

attraverso scariche di corrente elettrica mediante l'applicazione di elettrodi in testa. Si pratica in anestesia generale con rilassamento muscolare. Utilizzata molto raramente in ambito psichiatrico per trattare disturbi mentali gravi (come depressione maggiore resistente ai farmaci, mania grave, stati catatonici) che non hanno risposto a nessuno di tutti gli altri trattamenti rigorosamente provati secondo le linee guida. È stata regolamentata in modo stringente dalla [Circolare del Ministero della Sanità del 15 febbraio 1999.](#)

HIKIKOMORI

Con riferimento a una sindrome specifica della cultura giapponese, con il termine hikikomori si intende un **ritiro sociale volontario estremo**: persone che decidono di ritirarsi dalla vita sociale per lunghi periodi (da pochi mesi fino ad anni) chiudendosi in casa senza avere nessun contatto diretto con il mondo esterno.

ISTITUZIONE TOTALE

Concetto sviluppato dal sociologo Erving Goffman per descrivere ambienti sociali e strutture che separano i loro membri dalla società esterna e in cui l'individuo è soggetto a un controllo rigoroso e a una perdita di autonomia. Nell'ambito della salute mentale, si riferisce a strutture come ospedali psichiatrici, carceri o case di cura, dove le persone sono isolate e sottoposte a regole, routine e autorità che influenzano profondamente la loro identità e libertà. Questo tipo di istituzione produce effetti negativi sulla salute mentale degli individui, contribuendo a sensazioni di disumanizzazione e stigmatizzazione.

LAI - LONG-ACTING INJECTABLE FARMACI INIETTIVI A LUNGA DURATA

Rappresentano una classe di medicinali progettati per rimanere attivi nel corpo per un periodo prolungato dopo una singola iniezione. Sono particolarmente utili per pazienti che potrebbero avere difficoltà a seguire regimi di trattamento quotidiani. In psichiatria, si tratta di antipsicotici che hanno un ruolo importante nella terapia di mantenimento dei disturbi dello spettro della schizofrenia.

NEURODIVERSITÀ E NEURODIVERGENZA

La **neurodiversità** indica la naturale variazione tra un cervello e l'altro nella specie umana, più semplicemente evidenzia che ciascun cervello è differente da un altro. Quindi siamo tutti neurodiversi pur appartenendo alla stessa specie.

Pur nella neurodiversità di ciascuna persona si rileva che una maggioranza di persone condivide un certo numero di caratteristiche rispetto ad altre, con uno sviluppo neurologico simile, e pertanto viene definita, dal punto di vista statistico, neurotipica. La restante minoranza della popolazione presenta invece uno sviluppo neurologico più o meno differente rispetto alla media statistica, e viene descritta neurodivergente.

Il concetto di **neurodivergenza**, pertanto, ricomprende le variazioni del funzionamento del cervello rispetto alla media della popolazione, considerandole rientranti in una diversità naturale con presupposti di inclusione a valenza sociale piuttosto che clinica. Possono includere condizioni come autismo, ADHD (disturbo da deficit di attenzione/iperattività), dislessia, disprassia e altre differenze cognitive, **considerate come differenze e non deficit**.

Il concetto della neurodivergenza comprende anche la cura, come strumento per superare le difficoltà che le persone possono incontrare.

Queste varianti non sono considerate patologie, ma modi diversi di percepire, pensare e interagire con il mondo. Il concetto promuove l'accettazione e la valorizzazione della diversità neurologica, sfidando l'idea che esista un solo modo "normale" di funzionare. **La neurodivergenza è parte integrante della biodiversità umana e contribuisce a una visione più inclusiva della salute mentale.**

NPM - NEUROPSICOMOTRICITÀ

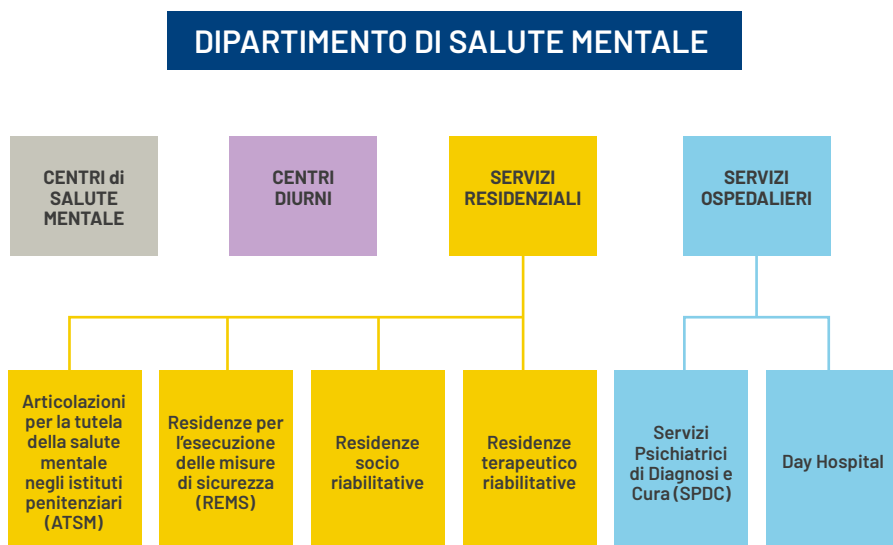
La neuropsicomotricità analizza come il cervello e il sistema nervoso regolano e coordinano i movimenti del corpo e le attività mentali, studiando e intervenendo sulle interazioni tra le funzioni motorie, cognitive ed emotive della persona, nell'ambito dei processi di sviluppo. Per questo si colloca all'incrocio tra neurologia, psicologia e motricità.

NO RESTRAINT

In ambito di salute mentale, l'espressione *No restraint* si riferisce a un approccio terapeutico che **evita l'uso di restrizioni fisiche** o di contenimento forzato nei confronti di persone con disturbi mentali o comportamentali. Questo approccio, che necessita di adeguate risorse di personale professionale, promuove la cura, il supporto e l'intervento attraverso tecniche non invasive, come il dialogo, la gestione emotiva e il supporto psicologico, al fine di rispettare la dignità e l'autonomia dell'individuo. L'adozione dell'approccio *No restraint* è un principio che incoraggia metodi alternativi per prevenire il comportamento aggressivo

o per gestire situazioni di crisi, riducendo i rischi associati all'uso di forza fisica.

ORGANIZZAZIONE DELLA SALUTE MENTALE



Lo schema riporta una organizzazione di tipo standard che può essere articolata in maniera diversificata a livello regionale, in particolare, rispetto alla inclusione della salute mentale dei minori e delle dipendenze.

PSICOSI

La psicosi è una condizione mentale caratterizzata da una perdita del contatto con la realtà. Le persone che ne soffrono possono sperimentare sintomi come allucinazioni (percezioni sensoriali senza stimoli reali) e deliri (credenze false o irrazionali non condivise dagli altri). La psicosi può essere associata a diversi disturbi, tra cui schizofrenia, disturbo bipolare o depressione grave, oppure manifestarsi in situazioni specifiche come abuso di sostanze o condizioni mediche sottostanti. Richiede un trattamento che può includere terapie farmacologiche, psicoterapia e supporto psicosociale.

PSICOTERAPIA

Pratica terapeutica della psicologia clinica e della psichiatria, a opera di uno psicologo o di un medico abilitati all'esercizio della psicoterapia, che si occupa della cura di disturbi psicopatologici di natura e entità diversa.

PTSD - POST TRAUMATIC STRESS DISORDER SINDROME DA STRESS POST TRAUMATICO

È una condizione psicopatologica che può manifestarsi dopo che una persona ha vissuto o assistito a un evento traumatico particolarmente stressante. Questo disturbo può colpire chiunque, indipendentemente dall'età o dal background, e può influenzare profondamente la qualità della vita di chi ne soffre.

Può manifestarsi a seguito di una violenza fisica subita, come stupri o aggressioni, un incidente grave, una catastrofe naturale, o qualsiasi situazione che provochi una paura intensa e prolungata. Non è semplicemente una reazione temporanea, ma una condizione clinica che può durare mesi o anni e influenzare il funzionamento quotidiano.

RAPTUS

Si tratta di una azione impulsiva di una persona che si può manifestare a seguito di problematiche di natura emotiva e/o sociale e/o economica e/o relazionale. **Non è un termine medico e non è riconosciuto come una malattia mentale** nelle classificazioni internazionali dei disturbi psichiatrici (DSM 5 e ICD XI). Spesso è un esito di una storia e di un vissuto personale, un punto di arrivo di una serie di circostanze difficilmente sostenibili per quella persona e non un "fulmine a ciel sereno", ma può essere di difficile spiegazione. Non è automaticamente associabile a un disturbo mentale, anche se vi può essere una coesistenza, in particolare nell'ambito dei disturbi di personalità e dello spettro schizofrenico soprattutto quando c'è un abuso di sostanze.

Viene spesso utilizzato giornalmisticamente nel caso di delitti efferati, con espressioni come "un gesto frutto della follia"; il linguaggio sensazionalistico contiene in sé una spiegazione rassicurante: quel gesto lo poteva fare solo un "matto", non certo una persona "normale". Invece, la violenza è una condizione umana, come la follia. Si può essere violenti senza avere disturbi mentali.

SINDROME

Una sindrome è un insieme di segni e sintomi che si manifestano insieme e caratterizzano una specifica condizione clinica o un disturbo. In ambito di salute mentale, una sindrome può indicare una combinazione di alterazioni del comportamento, dell'umore o delle funzioni cognitive che non necessariamente corrisponde a una diagnosi definita, ma che può indirizzare verso ulteriori indagini diagnostiche o trattamenti specifici. Un

esempio è la sindrome ansioso-depressiva, che combina sintomi di ansia e depressione.

SPDC – SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono delle unità specialistiche del Dipartimento di Salute Mentale all'interno degli ospedali generali in cui viene fornita assistenza specialistica in situazioni di crisi o di riacutizzazione di quadri psicopatologici in regime di ricovero.

L'ospedalizzazione avviene in regime volontario (Trattamento Sanitario Volontario, TSV), ma in casi particolari si possono verificare le condizioni per un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Il periodo di ricovero varia in funzione della gravità della situazione, ma di solito è limitato al tempo strettamente necessario per il superamento della condizione clinica che ha determinato il ricovero stesso, in media circa 12 giorni.

TSO TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Il TSO è una **limitazione della libertà individuale**, esclusivamente per motivi di cure, laddove sono necessarie e vengono rifiutate. Il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali in specifici Servizi Psichiatrici e di Diagnosi e Cura (Cfr. voce sopra) all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale.

È previsto dall'articolo 34 e 35 (integrato con sentenza 76/2025 della Corte cost.) della [legge 23 dicembre 1978, n.833](#) *Istituzione del servizio sanitario nazionale* di riforma sanitaria e può essere applicato solo se:

- esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
- gli interventi terapeutici urgenti non vengono accettati dal paziente
- non vi sono le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra-ospedaliere

È disposto con **provvedimento del sindaco**, nella sua qualità di autorità sanitaria, **su proposta di un medico e convalida motivata da parte di un medico ASL**.

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il TSO **deve essere emanato entro 48 ore dalla convalida, comunicato alla persona interessata e notificato entro 48 ore dal ricovero al giudice tutelare**. Quest'ultimo, **entro le successive 48 ore**, assunte le informazioni, sentita la persona interessata, convalida o non convalida il TSO.

Salute mentale e giustizia

il disturbo mentale fino alla legge del 1978 è stato trattato più che sotto il profilo sanitario, sotto quello della giustizia.

Ancora oggi alcune istituzioni e alcuni aspetti della salute mentale sono regolati al di fuori dell'ambito sanitario ed entrano a pieno titolo nell'ambito della giustizia, come nel caso dell'incapacità di intendere e volere, dell'applicazione delle misure di sicurezza o del concetto di pericolosità sociale.

Qui di seguito, ne illustriamo alcuni.

INCAPACITÀ TOTALE/PARZIALE DI INTENDERE E DI VOLERE/VIZIO DI MENTE

Si riferisce alla condizione in cui una persona, a causa di un disturbo psichico:

-  non è in grado di comprendere la natura delle proprie azioni, **incapacità di intendere**
-  non è in grado di agire in modo consapevole e quindi di autodeterminarsi **incapacità di volere**

Questo stato può derivare da malattie mentali gravi, come psicosi o disturbi neurologici, e può influire sulla **responsabilità legale** dell'individuo. Il **“vizio di mente”** è un termine giuridico che indica l'alterazione del giudizio e della volontà dovuta a condizioni psichiatriche.

INFERMITÀ PSICHICA SOPRAVVENUTA AL CONDANNATO

In seguito alla **legge 81 del 2014**, che ha definitivamente chiuso gli OPG, per i detenuti che sviluppano una patologia psichica non è previsto l'inserimento nelle REMS (Residenze per le misure di sicurezza) ma possono essere

trattati all'interno degli istituti penitenziari nelle ATSM (Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale).

La sentenza 99 del 2019 della Corte Costituzionale, affermando la pari dignità tra salute fisica e mentale, introduce per il soggetto detenuto con una patologia psichica sopravvenuta, la possibilità della detenzione domiciliare definita "umanitaria" o "in deroga", anche con un residuo di pena superiore a 4 anni. La decisione della detenzione domiciliare, assunta da parte del magistrato di sorveglianza nel caso non siano prevalenti le esigenze della sicurezza pubblica, prevede comunque le prescrizioni da osservare finalizzate alla cura, con la presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL, e al reinserimento nella società.

INTERDIZIONE E INABILITAZIONE

L'**interdizione** e l'**inabilitazione** sono misure legali volte a limitare la capacità di una persona di esercitare determinati diritti civili e patrimoniali, quando questa viene giudicata incapace di provvedere ai propri interessi a causa di una malattia mentale o di un'infermità.

 **Interdizione:** implica la perdita totale della capacità di agire in ambito giuridico e amministrativo, con la nomina di un tutore che si occupa degli interessi del soggetto.

 **Inabilitazione:** consiste in una limitazione parziale della capacità di agire, con la possibilità di svolgere alcuni atti giuridici solo con l'assistenza di un curatore. Entrambe le misure sono decise dal giudice in base a una valutazione della condizione psicologica della persona.

Si tratta di due istituti ormai nelle prassi superati dalla misura di protezione dell'**amministrazione di sostegno** introdotta con la legge 9 gennaio 2004 n. 6 che rappresenta uno strumento più flessibile con il quale il Giudice tutelare delega solo alcuni ambiti come la cura della persona e/o del patrimonio, rispettando per quanto possibile il principio dell'autodeterminazione (Cfr. *Glossario alla voce Amministratore di sostegno*).

INTERNAMENTO/INTERNATO

Oggi, i termini **internamento** e **internato** sono considerati obsoleti e carichi di connotazioni negative, legate a pratiche di segregazione che spesso non rispettavano i diritti e la dignità delle persone con disturbi psichici che venivano "internate", appunto, in manicomio. Sono stati progressivamente sostituiti da concetti più rispettosi e centrati sulla persona, in linea con le moderne pratiche di cura della salute mentale e con le normative

internazionali sui diritti umani.

Comunque si tratta di termini ancora vigenti dal punto di vista normativo e si riferiscono alle persone con disturbo mentale a cui sono applicate le misure di sicurezza detentive (*Cfr. voce più avanti*) che prevedono l'inserimento in **REMS**.

I termini più comunemente usati oggi includono:

-  **Ricovero psichiatrico:** ricovero di una persona in una struttura sanitaria per la cura di disturbi mentali, ma con un approccio terapeutico e rispettoso dei diritti dell'individuo.
-  **Trattamento residenziale:** si riferisce a forme di assistenza sanitaria o socio-riabilitativa che non comportano la restrizione della libertà, ma che garantiscono cure continuative in ambienti specializzati, con una durata media di circa tre anni.
-  **Cure psichiatriche ambulatoriali o cure comunitarie:** evidenziano l'approccio che tende a ridurre il ricorso al ricovero e promuove trattamenti a livello di comunità, fuori dalle strutture ospedaliere e residenziali.

Il cambiamento di terminologia riflette un'evoluzione nel trattamento della salute mentale, incentrato sulla **deistituzionalizzazione** e sulla promozione di **trattamenti nel contesto comunitario**, con massimo rispetto della persona, dell'autonomia e dei diritti.

OPG, REMS, ATSM: LE ARTICOLAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

La **legge 180 del 1978** di innovazione civile per il nostro Paese è rimasta incompiuta per oltre trent'anni relativamente al sistema manicomiale giudiziario, fondato sulle paure rispetto al 'matto criminale'; per i soggetti che la legge riconosceva colpevoli, ma non responsabili della propria azione, era previsto un doppio livello di istituzioni totali: quello del carcere e quello del manicomio.

Per questo la **chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG)** e la fine della segregazione nelle istituzioni manicomiali previste per i "folli rei" ha un importante rilievo culturale.

Avviata nel 2011, la riforma ha trovato conclusione nella legge **30 maggio 2014 n. 81** - *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli OPG* che ha introdotto rilevanti novità, sul piano culturale e giuridico,

nel trattamento della persona con disturbi psichiatrici, autrice di reato e ritenuta socialmente pericolosa.

La norma prevede la chiusura degli OPG, ma tuttavia non supera il **‘doppio binario’ delle misure di sicurezza previste dal Codice penale** e non interviene sull'**ambiguità epistemologica del concetto di pericolosità sociale, di natura giuridica senza alcuna evidenza scientifica**.

Per le persone che hanno commesso un reato, il doppio binario prevede: l'imputabilità e l'irrogazione di una pena, oppure la non imputabilità e, nel caso del riconoscimento della pericolosità sociale, l'irrogazione di una misura di sicurezza.

Aboliti gli OPG, la legge prevede l'istituzione delle **Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)**, strutture del Servizio sanitario nazionale con gestione interna di esclusiva competenza sanitaria. Le REMS, infatti, afferiscono ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL di competenza. Si tratta di strutture residenziali con funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative, con permanenza transitoria ed eccezionale. Difatti, l'internamento in REMS è applicabile "solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulti che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente" (L. 81/2014).

Per evitare il rischio del cosiddetto **ergastolo bianco**, la legge stabilisce l'impossibilità del protrarsi, sia delle misure di sicurezza detentive, provvisorie o definitive, che dei ricoveri nelle REMS, per una durata superiore al tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso.

Parallelamente, all'interno degli Istituti di pena sono state previste le Sezioni di **"Articolazione per la tutela della salute mentale"** ATSM destinate alle persone detenute che sviluppino una malattia mentale durante la detenzione. Non sono presenti in tutte le regioni.

Negli anni successivi alla chiusura degli OPG si è determinata una lista di attesa per il ricovero nelle REMS di diverse centinaia di persone, per le quali la Magistratura ha disposto temporaneamente la libertà vigilata in strutture residenziali psichiatriche, altre volte il ricovero, clinicamente improprio, nei servizi psichiatrici ospedalieri, e in alcuni casi, per ragioni di sicurezza, la permanenza negli istituti penitenziari pur trattandosi di persone non imputabili. Una situazione per la quale l'Italia è stata anche condannata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo (Cfr. [Caso Sy c. Italia](#), sent. 24 gennaio 2022; [Caso Pintus c. Italia](#), sent. 1 maggio 2024) e sulla

quale è già intervenuta la Corte Costituzionale con la [sentenza 22/2022](#) con la richiesta di “urgente necessità di una complessiva riforma di sistema”, ferma restando la legittimità costituzionale della chiusura degli OPG.

MISURE DI SICUREZZA

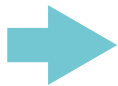
Le misure di sicurezza sono dei **provvedimenti speciali** previsti dal Codice penale che vengono applicati a persone riconosciute come “**socialmente pericolose**”.

Infatti, il sistema sanzionatorio prevede due categorie di sanzioni, distinte per funzioni e disciplina: la **pena** e la **misura di sicurezza**, una sorta di doppio binario in cui la pena e la misura di sicurezza corrono su binari paralleli.



Pena

È lo strumento sanzionatorio tradizionale che si fonda sul presupposto della **accertata colpevolezza** e che è **proporzionale alla gravità del reato**. Ha una funzione rieducativa, mirando alla reintegrazione del condannato nella società.



La misura di sicurezza

È fondata sul concetto di pericolosità sociale dell'autore del reato. Le misure di sicurezza sono definite dal Codice penale (artt. 199 – 240bis) come “misure amministrative di sicurezza” in quanto non hanno natura penale. Fino al 2014, avevano una durata indeterminata, essendo finalizzate a ‘neutralizzare’ la pericolosità e quindi destinate a durare fintantoché quest’ultima non fosse venuta meno, con il rischio, spesso verificato, di trasformarsi in pene a vita: i cosiddetti ergastoli bianchi. Ha una funzione di protezione nei confronti della società.

Le misure di sicurezza possono essere:

personali detentive: la colonia agricola, la casa lavoro, la REMS. Le persone sottoposte a queste misure sono definite **internate**.

personali non detentive: la libertà vigilata, il divieto di soggiorno, il divieto di frequentazione o di incontro, l'espulsione dello straniero dallo Stato.

Le misure di sicurezza possono essere applicate nell'immediato, come i divieti di soggiorno o di incontro e frequentazione; altre possono essere aggiunte alla pena, come la colonia agricola, la casa lavoro, l'espulsione dello straniero. Nel caso delle **REMS**, l'internamento in esse è previsto per le persone che abbiano commesso un reato ma siano riconosciute

come **non imputabili e socialmente pericolose**. In caso di semi-infermità riconosciuta, l'assegnazione alla REMS può avvenire al termine della pena.

L'ordine della misura di sicurezza viene dato dal giudice nella stessa sentenza di condanna o di proscioglimento. La sua applicazione e revoca sono affidate al magistrato di sorveglianza che sovrintende all'esecuzione delle misure di sicurezza.

PERICOLOSITÀ SOCIALE

La pericolosità sociale è un **concetto esclusivamente giuridico**, utilizzato per valutare la possibilità che un individuo possa commettere atti che mettono in pericolo la sicurezza pubblica o l'incolumità altrui. Non rappresenta una categoria diagnostica in ambito psichiatrico, ma può essere associata a valutazioni di salute mentale quando il comportamento considerato un rischio per la società è agito da una persona che ha anche un disturbo psichiatrico. Questo concetto trova applicazione soprattutto nel diritto penale, per esempio per disporre misure di sicurezza nei confronti di individui dichiarati non imputabili per vizio di mente.

LA GIORNATA MONDIALE DELLA SALUTE MENTALE

Il 10 ottobre si celebra in tutto il mondo il [World Health Mental Day](#), la Giornata mondiale della salute mentale. Obiettivo: aumentare la consapevolezza sui problemi di salute mentale in tutto il mondo e mobilitare gli sforzi a sostegno della salute mentale.

La Giornata, celebrata per la prima volta il 10 ottobre 1992, è promossa dalla [World Federation of Mental Health](#) – Federazione Mondiale della Salute Mentale – e supportata dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS).



Gli acronimi della salute mentale

ADHD	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AdS	Amministratore di Sostegno
AMA	Auto Mutuo Aiuto
ASO	Accertamento Sanitario Obbligatorio
BdS	Budget di Salute
CD	Centro Diurno
CPS	Centro Psico Sociale
CIM	Centro di Igiene Mentale
CSM	Centro di Salute Mentale
CT	Comunità Terapeutica
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
DD	Doppia Diagnosi
DNA	Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione
DSA	Disturbi Specifici di Apprendimento
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DSM-5	Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 5 edizione
DSM-DP	Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

EUFAMI	Federazione Europea Associazioni di Famiglie di Malati psichici (www.eufami.org)
ESP	Esperto nel Supporto tra Pari
GA	Gruppo Appartamento
ICF	Classificazione Internazionale delle Malattie
IESA	Inserimento Eterofamiliare Supportato per Adulti
IPS	Individual Placement Support, Collocamento e Supporto Individuale
ISRA	Interventi Sociali Riabilitativi
LAI	Long-acting injectable, Farmaci iniettabili a lunga durata
NPI	Neuropsichiatri Infantili
NPIA	Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
NPM	Neuropsicomotricità
OPG	Ospedali Psichiatrici Giudiziari
PANSM	Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PTRI	Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder, Sindrome da Stress Post Traumatico
PUA	Punto Unico di Accesso
REMS	Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
RSP	Residenza Sanitaria Psichiatrica
RSR	Residenza Socio-Riabilitativa
RTI	Residenza a Trattamento Intensivo
RTP	Residenza a Trattamento Protratto
SATeR	Servizio Assistenziale, Tecnico-Sanitario e Riabilitativo
SERD	Servizi per le Dipendenze Patologiche
SERT	Servizi per le Tossicodipendenze

SISM	Servizio Informativo Salute Mentale
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
TEC	Terapia Elettroconvulsivante
TMS	Stimolazione Magnetica Transcranica
TS	Tentato Suicidio
TSMREE	Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
TSV	Trattamento Sanitario Volontario
UA	Unità Assistenziale
UFE	Utenti e Familiari Esperti
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UONPIA	Unità Operativa Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
UOP	Unità Operativa di Psichiatria
UOS	Unità Operativa Semplice
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UUOO	Unità Operative
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare
VGF	Valutazione Globale di Funzionamento

Fonti di riferimento

Deontologia del giornalista

[Codice deontologico delle giornaliste e dei giornalisti](#)

[Comunicare la disabilità, prima la persona](#)

[Carta di Treviso](#)

[Carta di Trieste](#)

[Legge n. 193](#) Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

[Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità](#)

Portali nazionali

[Forum salute mentale](#)

[Istituto Superiore di Sanità – Epicentro – Salute Mentale](#)

[Istituto Superiore di Sanità – Falsi miti e bufale in salute mentale](#)

[Ministero della Salute – Salute Mentale](#)

[Psychiatry online Italia](#)

[Salute mentale.net](#)

[SOS psiche Portale italiano sulla salute mentale](#)

[UNICEF – Salute Mentale](#)

Portali internazionali

[Cochrane Collaboration](#)

[End of Stigma](#)

[JAMA Psychiatry](#)

[MEDscape Psychiatry](#)

[No Stigmas](#)

[Psychiatry news](#)

[Psychiatry Times](#)

[The Lancet Psychiatry](#)

Organismi globali

[ISPN – International Society Of Psychiatric – Mental Health Nurses](#)

[UGMH – United for Global Mental Health](#)

[WAPR – World Association for Psychosocial Rehabilitation](#)

[WHO – Mental Disorders](#)

[WHO – World Mental Health Report](#)

[WHO – World Health Mental Day](#)

[WMFH – World Federation of Mental Health](#)

[WPA – World Psychiatric Association](#)

Società scientifiche internazionali

[APA American Psychological Association](#)

[APS – Association for Psychological Science](#)

[ICP – International Council of Psychologist](#)

[IMHCN – International Mental Health Collaborating Network](#)

[ISPN – International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses](#)

[IUPS – International Union of Psychological Science](#)

Istituzioni e associazioni europee

[Commissione Europea – Salute Mentale](#)

[Consiglio Europeo – Salute Mentale](#)

[EACLIPT – European Association of Clinical Psychology and Psychological Treatment](#)

[EAWOP European Association of Work and Organizational Psychology](#)

[ECNP – European College of Neuropsychopharmacology](#)

[EFPA European Federation of Psychologist' Associations](#)

[EPA – European Psychiatric Association](#)

[ESCAP – European Society for Child and Adolescent Psychiatry](#)

[EUFAMI Supporting Families Affected by Mental Ill Health](#)

[GAMIAN Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe](#)

[MHE Mental Health Europe](#)

Associazioni nazionali

[AITSAM – Associazione Italiana Tutela Salute Mentale](#)

[Fondazione Progetto Itaca - ETS](#)

[UNASAM Unione nazionale per le associazioni della salute mentale](#)

Società scientifiche italiane

[Psichiatria democratica](#)

[SIEP – Società italiana di epidemiologia psichiatrica](#)

[SIMP Società Italiana di Medicina Psicosomatica](#)

[SINPIA Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza](#)

[SINPF Società Italiana di Neuropsicofarmacologia](#)

[SIRP Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale](#)

[SIP Società Italiana di Psichiatria](#)

[SOPSI Società Italiana di Psicopatologia](#)

Altri

[AIP Associazione Italiana di Psicologia](#)

[Bioethics at the Council of Europe](#)

[COMIP Italia- Children of mentally ill parents – Associazione di promozione sociale](#)

[Comitato nazionale per la bioetica](#)

[Conferenza Salute Mentale](#)

[ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute](#)

[Associazione nazionale Sentire le voci](#)

[State of Mind](#)

[European Disability Forum](#)

Lo stigma è un attributo che produce profondo discredito: nella nostra mente declassiamo la persona da completa a segnata. Lo stigma è una frattura tra l'identità sociale virtuale e l'identità sociale attuale.

Erving Goffman 1922-1982

Forse oggi l'obiettivo principale non è scoprire che cosa siamo, ma piuttosto rifiutare quello che siamo. Dobbiamo immaginare e costruire ciò che potremmo diventare.

Michel Foucault 1926-1984

Si può fare diversamente, perché c'è un altro modo di affrontare "la questione", anche senza la costrizione.

Franco Basaglia 1924-1980

