



Assemblea Generale

Distr.: Generale
24 luglio 2018

Originale in inglese

Consiglio per i Diritti Umani

Trentanovesima sessione

10-28 settembre 2018

Voci dell'agenda: 2 e 3

Rapporto annuale dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani e rapporti dall'Ufficio dell'Alto Commissario e del Segretario Generale

Sostegno e protezione di tutti i diritti umani, diritti civili, politici, economici, sociali e culturali, incluso il diritto allo sviluppo

Salute mentale e diritti umani

Relazione dell'Alto Commissario ONU sui Diritti Umani

Riassunto

In accordo con la risoluzione 36/13 del Consiglio per i Diritti Umani, il 14 e 15 maggio 2018 si è tenuta a Ginevra una consultazione su diritti umani e salute mentale. I partecipanti hanno discusso a proposito di salute mentale come problema che concerne i diritti umani e concordato che la situazione potrebbe essere migliorata con l'implementazione di strategie di sistema ad ampio spettro e di servizi basati sui diritti umani per combattere discriminazione, stigma, violenza, coercizione e abuso. Questo rapporto contiene sia un riassunto della discussione che le conclusioni e raccomandazioni finali.

Indice

	Pag.
I. Introduzione	3
II. Apertura dei lavori dalle alte autorità	3
III. Sommario della discussione	5
A. Definizione dello scenario: la salute mentale come problema che concerne i diritti umani	5
B. Migliorare i diritti umani nella salute mentale attraverso strategie di sistema ad ampio spettro	7
C. Servizi basati sui diritti umani e sostegno per migliorare la fruizione dei diritti umani nell'ambito della salute mentale	9
D. Migliorare le pratiche per combattere discriminazione, stigma, violenza, coercizione e abuso	11
IV Conclusioni e raccomandazioni	13
Allegato: Lista dei partecipanti	17

I Introduzione

1. Il Consiglio sui Diritti Umani, nella sua risoluzione 36/13, richiese all'Alto Commissario ONU sui Diritti Umani di organizzare una consultazione per discutere tutti i problemi e le sfide relativamente alla realizzazione di una prospettiva di diritti umani nella salute mentale, lo scambio delle migliori pratiche in merito e l'implementazione di una guida tecnica.

2. La consultazione ha avuto luogo il 14-15 maggio 2018 con la gradita partecipazione di un'ampia platea di portatori d'interesse, incluso Stati Membri; agenzie, fondi, programmi e strategie speciali delle Nazioni Unite; e la società civile, compreso utenti dei servizi di salute mentale, persone con problemi di salute mentale; persone con difficoltà psicosociali e le organizzazioni che le rappresentano. I partecipanti hanno discusso di salute mentale come problema di diritti umani e di come promuovere i diritti umani tramite strategie di sistema ad ampio spettro, servizi e sostegno basati sui diritti umani e lo scambio di buone pratiche per combattere discriminazione, stigma, violenza, coercizione e abuso in ambito salute mentale.

II Apertura dei lavori delle alte autorità

3. Il presidente del Consiglio dei diritti umani, Vojislav Šuc, ha introdotto l'obiettivo della consultazione, che era discutere le sfide relative al rispetto dei diritti umani nella salute mentale e lo scambio di buone pratiche. Ha ringraziato il Portogallo e il Brasile per la loro guida nell'organizzazione della consultazione ed ha esteso la sua gratitudine alla società civile, in particolare alle persone che utilizzano i servizi di salute mentale, alle persone con condizioni di salute mentale e alle persone con disabilità psicosociali, per la loro preziosa partecipazione.

4. Il presidente dell'Associazione indonesiana per la salute mentale, Yeni Rosa Damayanti, ha sottolineato che la discussione sulla salute mentale e sui diritti umani deve essere incentrata sull'inclusione dei diritti delle persone con disabilità psicosociali, che vanno oltre il tradizionale approccio alla salute mentale strettamente focalizzato sul trattamento. Ha elencato le barriere che le persone hanno dovuto affrontare, sia nel Sud che nel Nord del mondo, nell'accesso all'alloggio, all'occupazione, alla protezione sociale e al diritto alla partecipazione politica. Tali barriere sono state aggravate dallo stigma e dalla discriminazione incorporati nelle leggi e nelle politiche, e riflesse negli atteggiamenti delle autorità, dei datori di lavoro e del pubblico in generale. Ha sottolineato che l'attuale risposta e la crescente tendenza in tutto il mondo verso i farmaci e l'istituzionalizzazione hanno generato ulteriori violazioni, ulteriormente aggravate dalla perdita della capacità giuridica, lasciando in ultima analisi le persone con disabilità psicosociali ancora più indietro. Ha espresso preoccupazione per il processo in corso all'interno del Consiglio d'Europa per la stesura di un protocollo aggiuntivo alla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano per quanto riguarda l'applicazione della biologia e della medicina (la Convenzione di Oviedo) che legittimerebbe il trattamento involontario delle persone con disabilità psicosociali, in violazione della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, in un deliberato allontanamento dai progressi compiuti per garantire i diritti umani nella salute mentale, come l'iniziativa QualityRights dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Ha sottolineato l'importanza della partecipazione e delle voci delle persone con disabilità psicosociali, e delle loro organizzazioni rappresentative, nelle discussioni, dicendo: "Nessun discorso sulla salute mentale dovrebbe escluderci da ora in poi".

5. L'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Zeid Ra'ad Al Hussein, ha affermato che il diritto al più alto standard di salute raggiungibile è fondamentale per la dignità umana, e che non c'è salute senza salute mentale. Tuttavia, gli stereotipi dannosi hanno avuto un impatto sulla partecipazione e l'inclusione delle persone a causa di condizioni di salute mentale effettive o presunte, e potrebbero portare alla detenzione arbitraria in istituzioni che spesso erano il luogo di pratiche abusive e coercitive potenzialmente equivalenti alla tortura. Ha deplorato l'istituzionalizzazione come risposta inadeguata a tutti i livelli per bambini e adulti con disabilità, e ha chiesto l'eliminazione di pratiche come il trattamento forzato, compresi

i farmaci forzati, il trattamento elettroconvulsivo forzato, l'istituzionalizzazione forzata e la segregazione. Invece, ha invitato gli Stati a garantire l'accesso a una gamma di servizi di supporto all'interno della comunità, compreso il sostegno tra pari, e ha ricordato ai partecipanti che la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità ha offerto il quadro giuridico per sostenere i diritti delle persone con disabilità psicosociali, compreso l'esercizio della capacità giuridica, il consenso libero e informato, il diritto di vivere ed essere inclusi nella comunità e il diritto alla libertà e alla sicurezza, senza discriminazioni. Ha accolto con favore la partecipazione dei titolari dei diritti, con la loro esperienza di vita reale, e ha chiesto un rafforzamento del sostegno al quadro fornito dalla Convenzione, che aveva già generato un cambiamento nel ripristino del rispetto dell'autonomia, delle scelte e dei diritti delle persone con problemi psicosociali e disabilità.

6. Il direttore generale dell'Organizzazione internazionale del lavoro, Guy Ryder, ha espresso l'impegno della sua organizzazione a unire gli sforzi collettivi per promuovere il benessere mentale e il diritto al lavoro delle persone con condizioni di salute mentale. Ha sottolineato gli stereotipi e la discriminazione all'interno del posto di lavoro a causa della mancanza di consapevolezza da parte dei datori di lavoro e dei reclutatori, che ha portato all'esclusione e a tassi inferiori di partecipazione al lavoro. Ha descritto il lavoro che l'Organizzazione Internazionale del Lavoro ha svolto con gli Stati membri e le imprese per identificare le buone pratiche che contribuiscono a un ambiente di lavoro più inclusivo, anche attraverso la fornitura di soluzioni ragionevoli. Ha annunciato che la Conferenza internazionale del lavoro negozierà un nuovo strumento contro la violenza, la stigmatizzazione, la discriminazione e le molestie sul lavoro.

7. Un vicedirettore generale dell'OMS, la dott.ssa Svetlana Akselrod, ha sottolineato l'importanza di dare la priorità, nelle discussioni, alle voci delle persone con esperienza di vita reale. Con riferimento alla costituzione dell'OMS, ove parla di salute mentale, ha ammesso che sono stati compiuti pochi progressi per promuovere la salute mentale come diritto umano. Ha affermato che le persone con condizioni di salute mentale e disabilità psicosociali non hanno accesso a servizi di qualità che rispettino i loro diritti e dignità e affrontano l'emarginazione, spesso vengono istituzionalizzate e hanno maggiori probabilità rispetto alla popolazione generale di morire prematuramente. Ha richiamato l'attenzione sull'adozione da parte dell'Assemblea mondiale della sanità di un piano d'azione per la salute mentale guidato dalla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e da altri strumenti internazionali sui diritti umani. Ha fatto riferimento all'iniziativa QualityRights, che ha portato a un cambiamento significativo nella consapevolezza dei diritti umani da parte degli operatori della salute mentale, ha ridotto la violenza e gli abusi e ha aumentato l'emancipazione delle persone con condizioni di salute mentale e disabilità psicosociali.

8. Il rappresentante permanente del Portogallo presso l'Ufficio delle Nazioni Unite e altre organizzazioni internazionali a Ginevra, Pedro Nuno Bártole, ha evidenziato la salute mentale come un'importante frontiera dei diritti umani e ha accolto con favore la natura trasformativa della risoluzione 36/13 del Consiglio dei diritti umani riguardo salute mentale e diritti umani, che rifletteva le responsabilità individuali degli Stati all'interno delle loro società, nonché la responsabilità collettiva di sostenere i principi di umanità, dignità e uguaglianza a livello globale. La risoluzione ha aperto nuovi orizzonti, allontanandosi dalla perpetuazione delle violazioni attraverso l'istituzionalizzazione, l'esclusione e la segregazione arbitrarie e spostandosi verso un approccio basato sui diritti umani. Sono stati necessari sforzi collaborativi per affrontare la discriminazione, lo stigma, la violenza, l'abuso, la tortura e il trattamento o la punizione degradante che hanno continuato ad avere un impatto sulle persone con condizioni di salute mentale e sulle persone con disabilità psicosociali. Ha sottolineato il sostegno del sistema delle Nazioni Unite, in particolare dell'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, e dell'OMS, compresa l'iniziativa QualityRights di quest'ultima, nonché il lavoro dei tre relatori speciali del panel, e ha ribadito il nuovo approccio alla salute mentale, che si basava sui diritti umani. Ha detto che ognuno di noi si trova a rischio di un problema di salute mentale, eppure c'era ancora un grande stigma ad essi collegato. Ha concluso ricordando la regola d'oro di tutte le civiltà: fai agli altri ciò che vorresti fosse fatto a te, e non fare agli altri nulla che non vorresti fosse fatto a te.

9. La rappresentante permanente del Brasile presso l'Ufficio delle Nazioni Unite e altre organizzazioni internazionali a Ginevra, Maria Nazareth Farani Azevêdo, ha espresso la speranza che la consultazione possa esercitare pressione per garantire che le politiche e le pratiche di salute mentale siano allineate con la legge sui diritti umani. Ha affermato che il diritto alla salute mentale e fisica implica obblighi negativi e positivi, compreso l'accesso alla copertura sanitaria universale e l'adozione di leggi, politiche, pratiche e risposte non discriminatorie che garantiscano gli standard sociali della salute. Ha ricordato che il Brasile, il Portogallo e l'OMS hanno collaborato attraverso diverse iniziative per aumentare la salute mentale come priorità dei diritti umani per le persone con condizioni di salute mentale e disabilità psicosociali.

10. Durante il dialogo interattivo, sono intervenuti i rappresentanti dell'Unione Europea, del Brasile per conto del gruppo Foreign Policy and Global Health, della Colombia, dell'Ecuador, dell'Australia, dello Stato Plurinazionale della Bolivia, della Rete Mondiale degli Utenti e dei Sopravvissuti di Psichiatria, di Disability Rights International, del International Disability Alliance e l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa. Il Brasile ha chiesto sforzi concertati per sostenere il cambio di paradigma dalla coercizione e dall'esclusione. Colombia, Australia e Disability Rights International hanno sottolineato la necessità di tenere conto delle identità intersecanti di quegli individui che hanno lo svantaggio e la discriminazione aggravati dal fatto di essere donne e ragazze, bambini, persone anziane, lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersessuali, popolazioni indigene, persone a basso reddito o che vivono in condizioni di povertà o in comunità rurali. Lo Stato Plurinazionale della Bolivia ha suggerito che nuovi modi di pensare e promuovere la salute potrebbero derivare dalle conoscenze e dai valori tradizionali delle popolazioni indigene per rafforzare l'armonia dell'individuo all'interno della famiglia e della comunità. Il rappresentante dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, unendosi ad altri organismi di alto profilo per i diritti umani, ha annunciato la continua opposizione dell'Assemblea alla redazione del protocollo addizionale alla Convenzione di Oviedo concernente "la tutela dei diritti umani e della dignità delle persone con disturbo mentale in relazione al collocamento e al trattamento forzato". Ne ha chiesto il ritiro, in quanto contrario alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità; ritiro che è stato sostenuto dalla rete mondiale di utenti e sopravvissuti di psichiatria e dall'Alleanza internazionale per la disabilità. Il World Network of Users and Survivors of Psychiatry ha messo in guardia contro qualsiasi iniziativa di riforma che rafforzi lo status quo continuando a porre la psichiatria e il sistema di salute mentale al centro del potere, e ha sottolineato la necessità di un approccio che ripristini e sia incentrato su, le voci e i diritti delle persone con disabilità psicosociali.

III Sommario della discussione

A. Definizione dello scenario: la salute mentale come problema che concerne i diritti umani

11. Il panel, composto da tre relatori speciali, un rappresentante di Transforming Communities for Inclusion-Asia e un rappresentante del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), ha fatto riferimento alle violazioni dei diritti umani all'interno dei contesti di salute mentale, che vanno dalla discriminazione e stigmatizzazione all'eccessiva medicalizzazione e uso della forza. Tutti i relatori hanno chiesto l'abolizione di tali pratiche e hanno convenuto che il diritto alla salute mentale può essere promosso solo in ambienti che siano di supporto e stimolo, a casa, a scuola, sul posto di lavoro o in contesti sanitari che affrontino i determinanti alla base della salute, come povertà, discriminazione, esclusione sociale e violenza, che hanno colpito in modo sproporzionato le persone con disabilità. Tutti i relatori hanno sottolineato che le persone che utilizzano i servizi di salute mentale e le persone con disabilità psicosociali, compresi i bambini, le donne e coloro che vivono in condizioni di povertà o appartenenti ad altri gruppi emarginati, devono essere i principali interlocutori nelle discussioni sui loro diritti e che gli Stati hanno l'obbligo di tener conto delle loro opinioni in tutte le questioni che li riguardano direttamente o indirettamente, compreso lo sviluppo dei servizi di salute mentale.

12. Il relatore speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale, il dott. Dainius Pūras, ha esposto la pervasiva stigmatizzazione, l'eccessiva medicalizzazione e l'uso della forza che hanno provocato violazioni dei diritti umani degli utenti di tali servizi e persone con disabilità

psicosociali in tutto il mondo. Ha indicato le profonde asimmetrie di potere, la predominanza del modello biomedico e l'uso parziale della conoscenza, all'interno della psichiatria e della salute mentale, come ostacoli alla realizzazione dei diritti. Ha affermato che lo status quo è stato mantenuto dai concetti di pericolosità e di necessità medica per "curare un disturbo" - un fatto supportato da prove moderne - e ha continuato a giustificare l'uso di misure non consensuali come "eccezioni".

13. Il Relatore Speciale sui diritti delle persone con disabilità, Catalina Devandas Aguilar, ha convenuto che la coercizione e l'esclusione sono diventate la regola nella maggior parte dei sistemi di salute mentale, in particolare nei paesi sviluppati, e che gli interventi involontari, come le terapie elettroconvulsive, la psicoturgia, la sterilizzazione e altri trattamenti invasivi, dolorosi e irreversibili, hanno continuato ad essere consentiti, contrariamente alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità. Al riguardo, ha espresso la sua contrarietà all'iniziativa del Consiglio d'Europa di redigere un protocollo addizionale alla Convenzione di Oviedo che serva a legittimare tali pratiche coercitive, e ha invitato gli Stati membri del Consiglio d'Europa a opporsi ad essa, in quanto rappresenterebbe un inaccettabile passo indietro nella tutela dei diritti. Ha richiamato l'attenzione su buone pratiche e strumenti interni ed esterni al sistema sanitario che offrano soluzioni e supporto in situazioni di crisi o di emergenza, rispettosi dell'etica medica e dei diritti umani dell'individuo interessato, incluso il suo diritto a un consenso libero e informato. Tali pratiche includevano programmi di assistenza personale, sostegno psicosociale e alloggio che hanno ridotto il rischio di istituzionalizzazione e di subire violenze fisiche e sessuali. Ha ricordato che la partecipazione delle stesse persone con disabilità è un prerequisito essenziale per uno sviluppo basato sui diritti umani.

14. Il relatore speciale sulla tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti, Nils Melzer, si è unito agli altri relatori speciali nel condannare come illegale l'istituzionalizzazione forzata e qualsiasi detenzione basata sulla disabilità, osservando che possono equivalere a tortura e maltrattamento. Ha richiamato l'attenzione sul fatto che le persone con disabilità psicosociali spesso perdono la loro capacità giuridica, cadendo così fuori dalla portata del radar legale tramite procedimenti giudiziari, che potrebbero sfociare in un'istituzionalizzazione "volontaria" attraverso il consenso di una terza parte, o nell'essere sottoposti a somministrazione forzata di farmaci per scopo di contenzione o punizione, e ad altri trattamenti intrusivi come la sterilizzazione forzata, l'aborto, la contraccezione o la terapia elettroconvulsivante, che potrebbero anche equivalere a torture e maltrattamenti.

15. Bhargavi Davar, di Transforming Communities for Inclusion-Asia, ha posto l'accento sulla situazione nella regione Asia-Pacifico, indicando che il tradizionale sistema di salute mentale e il suo approccio biomedico erano stati importati nell'ambito delle attività coloniali (ad esempio leggi su incapacità e tutela) e sostenuti da una crescente tendenza, alimentata da interessi farmaceutici, ad affidarsi a pillole e istituzioni. Ha avvertito che tali pratiche e leggi sulla salute mentale avevano portato solo a maggiori violenze e violazioni, attraverso nuove forme di coercizione e istituzionalizzazione forzata. Ha ricordato che la capacità giuridica, la libertà, l'uguaglianza, la non discriminazione e l'inclusione sono diritti che appartengono a tutti, come sancito dagli strumenti sui diritti umani, e che la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità richiede il rispetto di tutti i diritti per tutte le persone con disabilità, senza eccezione. Ha sottolineato che le vecchie pratiche hanno portato solo a vecchi risultati e come, affinché l'innovazione emerga, sia necessario adottare nuovi approcci. Ha affermato che non è sufficiente riformare le leggi sulla salute mentale e sull'invalidità chiedendo non solo che vengano abrogate, ma anche una moratoria sulle nuove leggi sulla salute mentale. Ha citato esempi di pratiche emergenti e ha chiesto ulteriore sostegno per nuove pratiche sul territorio, linee guida e programmi pilota per la deistituzionalizzazione, assistenza socialmente innovativa all'interno delle comunità e un cambiamento di mentalità in tutti i servizi legati allo sviluppo e ai diritti umani. Ha chiesto che le persone con disabilità psicosociali siano al centro e guidino tale trasformazione.

16. Nina Ferencic, dell'UNICEF, ha ricordato che la malattia mentale è stata spesso una conseguenza diretta della violenza, dell'abbandono emotivo e dei maltrattamenti subiti durante l'infanzia, anche a causa dell'istituzionalizzazione, e che ha avuto un impatto sproporzionato sui bambini con disabilità, le cui famiglie spesso mancavano di informazioni e sostegno per crescere il figlio a casa. Ha espresso preoccupazione per

la mancanza di controllo e impunità del sistema di salute mentale, che non hanno paralleli in altri settori della sanità. Ha evidenziato i punti in comune con la giustizia minorile, in cui la maggior parte dei giovani incarcerati presentava disturbi di salute mentale o da uso di sostanze, e aveva subito vittimizzazione traumatica, come abusi fisici, violenza domestica o abbandono. Ha sottolineato la necessità di attuare approcci che riducano l'incarcerazione e forniscano ai giovani l'accesso a una gamma più ampia di misure per aiutarli a crescere e svilupparsi nella comunità. Ha suggerito di lavorare attraverso i sistemi sanitari, educativi, di protezione sociale e legale e direttamente con bambini, giovani, genitori, insegnanti, operatori, scuole e comunità per aumentare la consapevolezza sulla salute mentale e facilitare il sostegno ai bambini.

17. Durante il dialogo interattivo, hanno preso la parola i rappresentanti della Lituania e di Autistic Minority International, Support-Fundació Tutelar Girona, Mental Health Europe, Salud Mental España e Human Rights Watch. La Lituania ha accolto con favore la consultazione e ha chiesto di proseguire gli sforzi verso un approccio alla salute mentale basato sui diritti umani. I commenti e le domande che sono seguiti hanno toccato: (a) il fatto che il divieto assoluto, nella Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, di istituzionalizzazione si applicasse ugualmente ai bambini autistici e ad altre persone sulla base di motivi di "salute"; (b) la necessità di garantire che tutti gli approcci siano incentrati sui punti di vista delle stesse persone con disabilità psicosociali; e (c) il fatto che le pratiche conformi alla Convenzione potrebbero precedere e innescare la riforma giuridica e dovrebbero essere incoraggiate, anche attraverso la formazione di professionisti. Facendo eco ai commenti del Relatore Speciale sui diritti delle persone con disabilità, i rappresentanti di diverse organizzazioni hanno espresso opposizione al, e chiesto il ritiro del, progetto di protocollo addizionale alla Convenzione di Oviedo.

18. In risposta, i membri del panel hanno accolto con favore il sostegno al cambiamento di paradigma, hanno riconosciuto le barriere persistenti, comprese le pratiche psichiatriche tradizionali, e hanno chiesto la modifica di leggi e atteggiamenti, nonché l'eliminazione della detenzione dei bambini sulla base della loro condizione di salute mentale o fisica.

B. Migliorare i diritti umani nella salute mentale attraverso strategie di sistema ad ampio spettro

19. La dott.ssa Michelle Funk, dell'OMS, ha commentato l'iniziativa QualityRights dell'OMS per promuovere un approccio alla salute mentale basato sui diritti umani e il lavoro intrapreso dall'OMS con i paesi per: costruire capacità sui diritti umani e sulla salute mentale; trasformare tali sistemi per promuovere qualità e diritti, anche sostenendo la società civile; e sostenere politiche e riforme legali conformi alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, in particolare in relazione a capacità giuridica, libertà, inclusione nella comunità ed eliminazione della violenza. Ha sottolineato che gli strumenti di QualityRights hanno avuto un impatto significativo nel cambiare gli atteggiamenti, le pratiche e l'erogazione dei servizi - per il rispetto del diritto dell'individuo a prendere le proprie decisioni, per fornire alle persone informazioni e scelta sulle opzioni di trattamento e per porre fine a trattamento forzato, isolamento e contenzione. Ha condiviso i risultati che hanno illustrato riduzioni della violenza, un maggiore uso del supporto invece della forza e un riorientamento dei servizi verso un approccio di recupero. L'OMS sta sviluppando una guida alle migliori pratiche sui servizi comunitari che operavano senza coercizione, supportavano il recupero e promuovevano l'autonomia e l'inclusione.

20. Il dott. Vincent Girard, dell'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, ha descritto il programma "Housing First", che funziona in Francia da oltre 20 anni, a sostegno dell'inclusione delle persone con disabilità psicosociali. Sebbene la Francia avesse il secondo budget per la salute mentale più alto in Europa, le violazioni dei diritti umani persistevano: la coercizione psichiatrica era in aumento (con un aumento del 15% dalla riforma legislativa del 2011, il cui obiettivo era rafforzare i diritti dei pazienti ricoverati forzatamente), e quasi 45.000 persone con disabilità psicosociali vivevano nelle strade e 25.000 nelle carceri. Spiega che il modello "Housing First" non poneva l'accettazione di cure o la limitazione del consumo di droghe o alcol come condizione per l'accesso all'alloggio: l'interessato era aiutato da un team,

che comprendeva lavoratori tra pari ed era coordinato da un assistente sociale, mentre lo psichiatra non era il responsabile. Ha affermato che l'intervento è stato efficace perché si è concentrato su tutti gli aspetti dei bisogni di un individuo, non sulla riduzione dei sintomi, e che i risultati del programma hanno mostrato risparmi sia in termini di dispendio di risorse che di rispetto dei diritti umani, diminuendo e prevenendo il ricovero ospedaliero. Ha convenuto che ricerca i progetti scientifici devono essere utilizzati per informare e riformare la politica in merito alle idee sbagliate sulla pericolosità, e sulla necessità medica di "risolvere un disturbo", che non erano confermate da prove moderne.

21. Il dott. Alberto Minoletti, dell'Università del Cile, ha fornito una panoramica della riforma della salute mentale in Cile dal 1990 al 2018, delineando i principali risultati, tra cui l'aumento della disponibilità, accessibilità e qualità dei servizi di salute mentale della comunità e l'inclusione sociale per le persone con disabilità psicosociale. Nel corso degli anni, c'è stata una riduzione del numero di ricoveri nelle strutture di salute mentale, così come una riduzione dei livelli di coercizione, abuso e violenza all'interno di tali servizi. Le misure di riforma legale avevano incluso la protezione del diritto al consenso informato per il trattamento e la ricerca, le restrizioni sull'ospedalizzazione forzata, il divieto di psicoturgia e l'istituzione di un'agenzia di monitoraggio per proteggere i diritti delle persone che utilizzano i servizi di salute mentale. Sebbene le sfide rimanessero, quei cambiamenti avevano aumentato l'inclusione nella comunità con relativamente poche risorse.

22. Il dottor Roberto Mezzina, dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, ha descritto la riforma della salute mentale in Italia, che aveva portato a un processo di deistituzionalizzazione con la chiusura degli ospedali psichiatrici (tra il 1978 e il 1999) e degli ospedali giudiziari (nel 2017). La legge n. 180 del 1978 aveva riconosciuto i diritti umani come uno strumento chiave nella cura della salute mentale, e aveva portando a un cambiamento all'interno della psichiatria e alla più ampia offerta di assistenza e servizi nella comunità, incentrati sulla persona piuttosto che sulla diagnosi. Tale approccio richiedeva un'assistenza proattiva e assertiva, risposte rapide alle crisi, porte aperte, nessuna restrizione e continuità di cure e pratiche secondo i principi di scelta, personalizzazione e diritti, il cui obiettivo era promuovere responsabilità condivisa, dialogo, recupero e supporto iniziale. Descrive il modello operante nella regione Veneto, che ha avuto come punto di primo contatto un'unità di accertamento e pronto soccorso all'interno del Policlinico, e un'équipe di cura domiciliare che ha applicato il principio del dialogo aperto. Circa il 94% del budget per la salute mentale è stato speso all'interno della comunità. Ha facilitato la personalizzazione delle cure per ogni individuo, all'interno di un approccio globale, sottolineando che la libertà non è il risultato della cura, ma piuttosto una sua preconditione. Ha evidenziato la necessità di garantire i determinanti sociali della salute per raggiungere l'uguaglianza e superare l'esclusione, che include la stabilità in relazione alla propria casa, al lavoro, al reddito, al sostegno sociale e alle relazioni. Ha sottolineato l'importanza di coinvolgere le parti interessate, inclusi gli utenti del servizio, promuovere alleanze terapeutiche che rispettino la volontà e le preferenze degli individui e dare priorità alla partecipazione come elemento centrale per la democrazia e la giustizia sociale.

23. Un'esperta di diritti umani, la dott.ssa Amalia Gamio, ha fatto riferimento al persistente divario in termini di rispetto dei diritti umani nel contesto della cura della salute mentale, a causa del pregiudizio e dello stigma, che ha aumentato il rischio di violazioni come il trattamento forzato, incluso sterilizzazione forzata. Ha osservato che non è stata prestata sufficiente attenzione all'uguaglianza di riconoscimento davanti alla legge, come sancito dall'articolo 12 della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità. Ha chiesto un'urgente riforma strutturale, per vietare esplicitamente l'istituzionalizzazione e il trattamento forzato, per sviluppare strategie basate sulla comunità e per garantire risorse, sviluppo di capacità e monitoraggio a tutti i livelli. Ha condiviso un esempio positivo di cooperazione di oltre 30 organizzazioni, che ha portato al ritiro di una legge sulla salute mentale in Messico che avrebbe continuato a consentire gli internamenti involontari. Ha elogiato la costituzione politica di Città del Messico, che riconosce esplicitamente la capacità giuridica di tutti gli individui e che entrerà in vigore nel settembre 2018.

24. Durante il dialogo interattivo, hanno preso la parola rappresentanti dello Stato Plurinazionale della Bolivia, dell'Ecuador e rappresentanti della società civile, per inciso il Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani, We Shall Overcome e Salud Mental España. I delegati dello Stato Plurinazionale della Bolivia e dell'Ecuador hanno condiviso le buone pratiche dei rispettivi paesi per promuovere i diritti umani nella cura della salute mentale, tra cui la priorità della qualità e dell'accessibilità dei servizi all'interno della comunità e l'eliminazione dell'esclusione sociale attraverso la partecipazione al processo decisionale. I relatori hanno ribadito l'appello a passare dal modello biomedico e dalla privazione della libertà nella cura della salute mentale, a una maggiore attenzione alle cause profonde e ai determinanti sociali per promuovere un approccio al recupero. Hanno anche chiesto di prestare maggiore attenzione alle molteplici e intersecanti forme di discriminazione operanti all'interno dei sistemi di salute mentale, che hanno avuto un impatto sproporzionato sulle donne con disabilità psicosociali. Il rappresentante di We Shall Overcome ha condiviso l'esempio dell'introduzione di reparti senza farmaci in Norvegia, un'iniziativa proposta da organizzazioni di utenti/sopravvissuti che è stata ora istituita come parte del sistema sanitario statale in tutte le regioni della Norvegia. L'alternativa senza farmaci non minacciava l'inclusione o il supporto a livello di comunità e mirava a garantire che le persone potessero scegliere e ricevere supporto senza essere sottoposte a medicazione forzate, mantenendo così la loro libertà di azione e autodeterminazione. Ha sottolineato, tuttavia, che tale misura non può sostituire una più ampia riforma legale che abolisca il trattamento forzato.

25. In risposta, i relatori hanno convenuto che era necessaria maggiore attenzione per affrontare i determinanti sociali che hanno avuto un impatto sulla salute mentale. Migliorare l'accesso e il sostegno è essenziale, ma contemporaneamente è necessario superare l'uso di forza e coercizione per promuovere l'inclusione e un approccio basato sul recupero, compreso garantire l'accesso alla giustizia e la possibilità di chiedere un risarcimento per le violazioni. È stato anche sollevato il cambiamento del ruolo degli psichiatri; hanno avuto un ruolo importante da svolgere nello sviluppo di pratiche innovative, ma molti sono rimasti contrari al modello dei diritti umani, che poneva l'individuo al centro come esperto a pieno titolo. I relatori hanno fatto riferimento alla necessità di volontà politica per un approccio basato sui diritti umani da adottare nella salute mentale.

C. Servizi basati sui diritti umani e sostegno per migliorare la fruizione dei diritti umani nell'ambito della salute mentale

26. Olga Runciman, di Psycovey, ha introdotto il lavoro dell'Hearing Voices Network, un movimento che lavora al di fuori della psichiatria in 33 paesi. Ha fatto riferimento al caso di un individuo per illustrare come la psichiatria metta a tacere e domini le persone imprigionandole in una diagnosi. Il caso riguardava una donna sottoposta a cure e farmaci senza il suo consenso; non era stato fatto alcun passo per esplorare le cause del disagio legato al trauma che aveva vissuto nel suo passato, piuttosto, l'attenzione si era concentrata sulla sua diagnosi di schizofrenia e sulle voci che aveva sentito. La signora Runciman ha concluso che il movimento e la rete Hearing Voices ha permesso alle persone di trovare la propria voce permettendo ad altri uditori di voci con i loro aiuti paritari di aiutarli a vicenda a trovare significato e comprensione. La rete ha incoraggiato l'attivismo e la sensibilizzazione del pubblico sui danni che la psichiatria potrebbe causare.

27. Dganit Tal-Slor ha descritto l'esperienza dell'agenzia di servizi sociali di New York Community Access, la cui missione era quella di ampliare le opportunità per le persone che vivono con condizioni di salute mentale di riprendersi da traumi e discriminazioni e di sostenere alloggi, istruzione, formazione professionale e servizi orientati alla guarigione a prezzi accessibili. Community Access ha seguito un approccio incentrato sulla persona promuovendo autodeterminazione, riduzione del danno, recupero, dignità e diritti umani. È stata determinante nello sviluppo del movimento dei pari a New York e nell'integrazione dei pari come sostenitori in praticamente tutti i programmi sulla salute mentale. Ha anche lavorato nei distretti di polizia per sviluppare la formazione sugli interventi di crisi per gli agenti di polizia per consentire loro di comprendere meglio le sfide e le esigenze delle persone in crisi. Lo scopo dell'agenzia era lavorare con la città di New York per sviluppare squadre di salute mentale composte da colleghi e assistenti

sociali come primi soccorritori alle chiamate di emergenza. Inoltre, l'agenzia stava lavorando con la città e lo Stato di New York per sviluppare alternative al ricovero e alle visite di emergenza, e la città aveva avviato "centri di sollievo" condotti e gestiti da colleghi. La signora Tal-Slor ha affermato che la maggior parte dei destinatari dei servizi dell'agenzia viveva in povertà, molti senza sicurezza alimentare o casa, e che il sistema non è riuscito a riconoscere la necessità di un approccio olistico per sostenere e responsabilizzare le persone che vivono con condizioni di salute mentale, perché l'approccio principale coincide quasi sempre con la medicalizzazione, il trattamento forzato negli ospedali e l'imposizione di condizioni di "conformità al trattamento" come prerequisito per ottenere i servizi, compreso l'accesso all'alloggio. Ha osservato che i finanziamenti per i farmaci e le visite ospedaliere sono stati forniti più facilmente rispetto ai finanziamenti necessari per l'inclusione nella comunità attraverso l'alloggio e la formazione professionale.

28. Michael Njenga, dell'African Disability Forum, ha affermato che l'articolo 12 della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e il commento generale n. 1 (2014) sull'uguale riconoscimento davanti alla legge, del Comitato sui Diritti delle Persone con Disabilità, ha identificato il sostegno tra pari come una valida forma di processo decisionale supportato per l'esercizio della capacità giuridica. Il sostegno tra pari valorizza l'esperienza vissuta, poiché i pari possiedono conoscenze e competenze per sostenere coloro che attraversano momenti difficili della loro vita, e quindi ha contribuito a far progredire l'autonomia durante i periodi di processo decisionale di emergenza ed è stato parte integrante di servizi di recupero e inclusione nella comunità. Il sig. Njenga ha descritto il lavoro di Users and Survivors of Psychiatry in Kenya nel documentare il sostegno tra pari come uno strumento per supportare il processo decisionale, potenziare l'agire e l'autonomia per gli individui fornendo loro uno spazio sicuro per la condivisione di esperienze e informazioni, sviluppare la conoscenza collettiva e fornendo consulenza e supporto nell'assunzione di rischi. Ha affermato che le riunioni del gruppo di sostegno paritario potrebbero comportare la discussione di decisioni quotidiane e decisioni con conseguenze legali e finanziarie, e che i membri hanno discusso di farmaci e trattamenti, sono stati informati sui loro diritti umani e sono stati sostenuti nel rivendicarli (ad esempio rifiutando il trattamento). Ha notato che, nel tempo, i membri sono diventati più assertivi nel prendere le proprie decisioni e nel riprendere il controllo della propria vita come agenti autonomi, piuttosto che come oggetti di trattamento. Ha menzionato l'impegno del governo del Kenya a potenziare l'operazione che aveva descritto, per istituire gruppi di sostegno tra pari in tutto il paese, motivato dai risultati di Users and Survivors of Psychiatry in Kenya.

29. Sashi Sashidharan, dell'Università di Glasgow, ha riconosciuto il cambio di paradigma anticipato dalla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, ma si è rammaricato che ci siano stati pochi progressi nel campo della salute mentale. Tuttavia, ha sostenuto che tutti gli attori coinvolti potrebbero effettuare microtrasgressioni del paradigma attuale impegnandosi in pratiche ed esperienze che lo sfidino. Ha descritto l'esperienza dell'assunzione di persone che hanno avuto esperienza di vita reale di problemi di salute mentale come membro di ogni team di salute mentale della comunità, con la stessa retribuzione, che ha fatto una differenza significativa per integrare il supporto tra pari, stabilire direttive avanzate e garantire la scelta del trattamento. Inoltre, i governi potrebbero fissare semplici obiettivi per i servizi, al fine di ridurre i ricoveri ai sensi della loro legge sulla salute mentale. Il signor Sashidharan ha evidenziato la creazione di team di trattamento domiciliare per la risoluzione delle crisi, disponibili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per sostenere le persone in crisi a casa, che sono servite a ridurre il numero di ricoveri obbligatori. Ha elogiato l'esempio della Norvegia sulle alternative senza farmaci. Ha sostenuto che la sfida più difficile era riformare l'attuale pratica della psichiatria forense perché, nonostante il 18% delle risorse per la salute mentale venga speso per rinchiudere le persone in cure psichiatriche, non ci sono prove a sostegno della sua efficacia.

30. Durante il dialogo interattivo, rappresentanti della Rete mondiale di utenti e sopravvissuti di psichiatria, dell'Associazione indonesiana di salute mentale, del Centro per la politica inclusiva, di Autistic Minority International e We Shall Overcome, e dello Stato plurinazionale della Bolivia e del Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, hanno preso parola. Le questioni sollevate includevano: i vantaggi del sostegno tra pari separato dal sistema di salute mentale; la psichiatria come custode dell'accesso ai servizi pubblici, come l'alloggio; come "demedicalizzare" le risorse investite nei servizi di supporto nella comunità che non avevano bisogno di essere collegate al sistema di salute mentale; e la necessità di affrontare la

discriminazione contro le persone autistiche basata sulla patologizzazione e sulla diagnosi che porta a misure di prevenzione e terapie che negano la conservazione e il rispetto dell'identità autistica. Lo Stato plurinazionale della Bolivia ha espresso preoccupazione per il finanziamento della medicalizzazione e per la prospettiva biomedica, e il Regno Unito ha sottolineato l'urgente necessità di affrontare lo stigma, l'abuso, il trattamento forzato e l'istituzionalizzazione illegale o arbitraria. Nel contesto del progetto di protocollo addizionale alla Convenzione di Oviedo, è stato elogiato il ritiro del Portogallo da tale processo ed è stato rivolto un appello agli altri Stati affinché seguano quel buon esempio per l'adempimento degli obblighi sanciti dalla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità.

31. I relatori hanno dato varie risposte riguardo alla psichiatria come custode dei servizi, sottolineando che la psichiatria dovrebbe essere una scelta tra tante. I relatori hanno avvertito che il lavoro tra pari organizzato da psichiatri rischia di legittimare il trattamento tradizionale e potrebbe togliere potere al movimento dei pari, e ha sottolineato la necessità di approcci che contribuiscano a conferire potere agli individui. È stato affermato che la priorità dovrebbe essere quella di garantire autonomia e dignità, restituendo voce, potere e scelta alle persone con disabilità psicosociali, e anche che è necessario che la salute mentale compia la transizione da un modello di contenimento a un modello di recupero e inclusione. I relatori hanno presentato esempi positivi di pratiche relative al sostegno tra pari e alla certificazione tra pari e hanno osservato che il sostegno tra pari ha contribuito a superare il trauma legato all'allontanamento forzato dalla comunità (attraverso il ricovero forzato). Hanno notato l'impatto positivo del sostegno tra pari nel collaborare con la polizia e il personale ospedaliero per prevenire tali traumi. I relatori hanno evidenziato la mancanza di ricerca e prove sui benefici della coercizione in psichiatria, e il fatto che, al contrario, diverse scoperte documentano esperienze negative e rabbia duratura da parte di coloro che sono sottoposti a trattamento forzato. Si è concluso che le violazioni dei diritti umani si sono verificate ancora in contesti di salute mentale, causando una proliferazione delle disuguaglianze che, nel caso delle identità intersecanti, risulta ulteriormente aggravata. Qualsiasi riforma di successo richiederebbe un ripensamento all'interno della pratica psichiatrica e clinica per andare oltre il modello biomedico della psichiatria.

D. Migliorare le pratiche per combattere discriminazione, stigma, violenza, coercizione e abuso

32. Il gruppo era composto da rappresentanti del Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), del Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), del Comitato internazionale della Croce Rossa (CICR), di Human Rights Watch e dell'ospedale universitario di Akershus, Norvegia. I relatori hanno evidenziato la centralità della salute mentale rispetto alla salute generale, ai diritti umani e alla dignità. Tutti i relatori hanno convenuto che, al fine di promuovere l'inclusione e la salute mentale, devono essere affrontate molteplici forme di discriminazione e disuguaglianza — relative a giovani, donne, persone affette da HIV/AIDS, persone che vivono in condizioni di povertà, persone che vivono in regioni rurali, persone con disabilità comprese le persone con disabilità psicosociali e altre identità che si intersecano. I relatori hanno promosso un approccio incentrato sulle persone per responsabilizzare le comunità come agenti di cambiamento, includendo i titolari dei diritti nella progettazione e attuazione di programmi e servizi e nella loro formazione.

33. Monica Ferro, dell'UNFPA, ha sottolineato che la salute mentale è una componente della salute riproduttiva e sessuale e dei diritti, e che i problemi di salute mentale potrebbero svilupparsi a causa della mancanza di scelta nelle decisioni riproduttive e potrebbero sorgere in connessione con le dimensioni psicologiche del concepimento, gravidanza, parto, assistenza post-parto ed eventi relativi ad aborto, aborto spontaneo, HIV/AIDS e mutilazioni genitali femminili. Ha suggerito che la salute mentale dovrebbe essere integrata in tutte le politiche, le strategie, i programmi e le statistiche sulla salute sessuale e riproduttiva e sui diritti. Ha fatto riferimento ai fattori che influenzano la salute mentale e ha sottolineato che la discriminazione di genere ha spesso avuto ripercussioni negative sui diritti delle donne; ad esempio, l'aumentata probabilità che le donne subiscano violenze sessuali legata alla prevalenza di disturbi da stress post-traumatico subiti dalle donne; tassi più elevati di diagnosi di depressione nelle donne, rispetto agli

uomini con sintomi identici; e le maggiori sfide per le donne nell'accesso ai servizi di salute riproduttiva a causa della mancanza di risorse economiche.

34. Tim Martineau, di UNAIDS, ha sottolineato che le persone che vivono con l'HIV, come altri gruppi emarginati e stigmatizzati, affrontano livelli significativi di depressione legati alla paura che il loro status venga rivelato e alla difficoltà di accesso alle cure. Spesso, la discriminazione e l'esclusione sono state esacerbate da altri livelli di identità, come la razza, l'orientamento sessuale e l'età, portando a un ulteriore isolamento e peggiori condizioni di salute e al rischio aggiuntivo di violenza e oppressione a causa dello stigma diffuso. UNAIDS ha posto i diritti umani e la salute al centro della sua risposta all'AIDS, concentrandosi sulla prevenzione, il trattamento e i diritti umani per combattere lo stigma e la discriminazione e promuovere la responsabilità, attraverso un sistema di monitoraggio globale al quale hanno risposto circa 170 paesi riferendo indicatori su discriminazione, stigma e il sostegno alle comunità. L'UNAIDS si è anche impegnata nella difesa globale con altre agenzie e ha sostenuto i paesi nell'eliminazione dello stigma e della discriminazione, migliorando il monitoraggio, le leggi, l'alfabetizzazione legale e l'accesso alla giustizia, aumentando la consapevolezza dei legislatori e sviluppando la capacità degli operatori sanitari di migliorare la qualità delle cure. Il sig. Martineau ha sottolineato l'importanza di responsabilizzare le comunità come agenti di cambiamento.

35. Milena Osorio, del CICR, ha condiviso informazioni sull'Unità di supporto psicosociale e di salute mentale del CICR, progettata per assistere le vittime di conflitti armati, violenze e disastri. Gli interventi del CICR sono stati implementati in 105 programmi multidisciplinari in 50 paesi e hanno fornito un pacchetto completo di servizi in un continuum di assistenza per eliminare la stigmatizzazione e la discriminazione. Ha precisato che la sua unità ha sostenuto vittime di tortura, famiglie con parenti scomparsi, vittime di violenza e persone ferite. Ha applicato approcci inclusivi e multidisciplinari al suo lavoro con le comunità e gli individui stessi nella progettazione di programmi e nella formazione di professionisti, e servizi olistici che combinano salute fisica e mentale, supporto psicosociale, sociale ed economico e protezione.

36. Kriti Sharma ha approfondito le indagini condotte da Human Rights Watch sulle violazioni dei diritti delle persone con disabilità psicosociali in oltre 25 paesi in tutto il mondo. Human Rights Watch aveva scoperto che le persone con disabilità psicosociali subivano abitualmente stigma e discriminazione e spesso non godevano dei diritti umani fondamentali. Ha chiesto l'abrogazione delle leggi e delle politiche che consentono la coercizione, comprese le pratiche di trattamento involontario, la terapia con l'elettroshock e l'uso di contenzioni. Ha sottolineato che lo stigma può essere pervasivo anche tra i funzionari responsabili della protezione dei diritti delle persone con disabilità psicosociali e che anche laddove sia stata fornita formazione sui diritti e sulla salute mentale, si è comunemente ricorso alla risposta predefinita dell'isolamento e della forza, a causa di una mancanza di comprensione delle esigenze di supporto. Per cambiare la mentalità, è necessario che gli attori chiave possano non solo verificare in prima persona i fallimenti del sistema attuale, ma anche acquisire familiarità con esempi di buone pratiche in tutti i contesti, comprese le situazioni umanitarie. Ha chiesto una cooperazione rafforzata tra le organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità e la società civile tradizionale, al fine di affrontare forme multiple e interconnesse di stigma e discriminazione.

37. Peter McGovern ha condiviso la sua esperienza nella conduzione di corsi di formazione per il personale addetto alla salute mentale con l'iniziativa QualityRights dell'OMS, che ha fornito un quadro trasformativo e pratico che traduce gli approcci basati sui diritti e orientati al recupero, come sanciti dalla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, in una forma che sia direttamente utilizzabile dai servizi e dagli utenti del servizio. La formazione ha necessariamente incluso la rappresentanza di tutti i gruppi di soggetti interessati, inclusi professionisti sanitari e consulenti politici, insieme a persone con esperienza di utilizzo dei servizi nella vita reale, e ha comportato l'avvio di discussioni per identificare la negazione dei diritti nei servizi attraverso l'analisi di studi di casi e l'esplorazione degli ostacoli al cambiamento e come superarli. L'iniziativa QualityRights ha affrontato la resistenza, ha coinvolto i partecipanti e ha creato uno slancio per sostenere le persone in un modo diverso. I partecipanti alle sedute di formazione hanno concordato sul fatto che gli

approcci basati sui diritti non solo avvantaggiano gli utenti dei servizi ma anche i fornitori di servizi. Il signor McGovern ha sottolineato che la formazione è stata un invito all'azione e una guida su come cambiare le pratiche quotidiane, e ha citato come pochi giorni di addestramento siano sufficienti per riscontrare effettivi cambiamenti di atteggiamento riguardo l'uso di pratiche coercitive in scenari di crisi, e il rispetto del diritto dell'individuo a prendere decisioni per sè stesso. Ha concluso che il risultato della formazione è stata una proprietà condivisa dei piani di miglioramento del servizio, che ha aperto opportunità per un più ampio cambiamento culturale promuovendo uno spostamento verso approcci basati sui diritti umani nel supporto della salute mentale.

38. Durante il dialogo interattivo, sono state rese dichiarazioni dai delegati dell'Australia, dello Stato Plurinazionale della Bolivia e del Perù, e dai rappresentanti dell'International Network Toward Alternatives and Recovery, Mental Health Europe, Disability Rights International, Salud Mental España, International Disability Alliance, la rete mondiale di utenti e sopravvissuti alla psichiatria, Human Rights Watch, Autistic Minority International, Hearing Voices Network, Indonesian Mental Health Association e Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Trieste. Il delegato peruviano ha spiegato l'impegno del governo ad ampliare il ruolo dei centri comunitari nella cura della salute mentale, e il delegato boliviano ha sottolineato che il loro sistema di salute mentale si è basato anche sull'integrazione della guarigione indigena nel servizio sanitario nazionale, in un sistema olistico. Il delegato australiano ha parlato della discriminazione aggravata per le popolazioni emarginate, come le popolazioni indigene e le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersessuali, e ha fatto riferimento a programmi per ridurre lo stigma nei servizi sanitari creando consapevolezza e conoscenza sull'impatto dei problemi di salute all'interno delle comunità. I partecipanti della società civile hanno chiesto l'eliminazione della coercizione dai servizi di salute mentale e un'efficace protezione e rimedi legali, in modo da mantenere al centro di tutte le iniziative i titolari dei diritti, le persone con disabilità psicosociali, i bambini e gli adulti autistici, sottolineando che le loro voci non devono essere sostituite da genitori o familiari spesso autorizzati dalla legge a limitare i loro diritti (attraverso la contraccezione forzata delle donne con disabilità sotto tutela). Sono state rilevate: buone pratiche, tra cui misure precauzionali concesse dalla Commissione interamericana dei diritti umani per proteggere la vita e l'integrità delle persone con disabilità istituzionalizzate, che hanno portato ai primi ordini per la loro reintegrazione nella comunità; il prossimo raduno internazionale del International Network Toward Alternatives and Recovery, in Kenya nel 2019, incentrato sul dialogo tra sopravvissuti e utenti dei servizi, difensori dei diritti umani, psichiatri e professionisti, con lo scopo di sviluppare approcci non medici e non coercitivi per sostituire la psichiatria tradizionale; e il lavoro di Mental Health Europe per compilare pratiche sulle alternative alla coercizione. L'International Disability Alliance ha messo in guardia contro l'adozione del progetto di protocollo addizionale alla Convenzione di Oviedo e Mental Health Europe ha elogiato la leadership del Portogallo contro tale strumento.

39. In risposta, i relatori hanno fatto riferimento a strategie innovative per promuovere un'immagine positiva delle persone con disabilità psicosociali all'interno dei media, attraverso la sensibilizzazione e la formazione per combattere gli stereotipi negativi e superare lo stigma, nonché per moltiplicare le loro voci e garantire che rimangano al centro di tutte le iniziative.

IV Conclusioni e raccomandazioni

40. In chiusura, il Vice Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, Kate Gilmore, ha sottolineato il significato dell'agenda onnicomprensiva per l'inclusione nell'intersezione critica tra diritti umani, integrità fisica e mentale e godimento della salute mentale. Ha ringraziato, in particolare, i sostenitori e gli attivisti e le persone con esperienza di vita reale, che sono stati in prima linea in quel processo di trasformazione, osservando che il cambiamento basato sui diritti è sempre venuto dalla visione di coloro i cui diritti erano stati negati. Dobbiamo riconoscere il loro ruolo di spinta per il lavoro in corso - la loro prospettiva, punti di vista ed esperienza. La signora Gilmore ha sottolineato che persistevano molte pratiche che violavano direttamente i principi e l'intento dei diritti, come l'istituzionalizzazione forzata, il trattamento forzato e la criminalizzazione di coloro che avevano problemi

di salute mentale; in quei casi, il principale amico dei diritti - la legge - era spesso il principale nemico. Ha condannato l'uso illegittimo della legge per dominare e discriminare, e la sua trasformazione in minaccia al godimento dei diritti. Ha concluso osservando che tutti hanno la responsabilità della conoscenza: il cambiamento era a portata di mano, era accessibile e ragionevole, e ha quindi invitato tutti gli attori a co-progettare i servizi e lavorare insieme per creare ambienti favorevoli alla salute.

41. Il Relatore speciale sulla tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti ha formulato raccomandazioni concrete per andare avanti. Ha sottolineato l'urgente necessità di abolire la legislazione che consente l'istituzionalizzazione delle persone con disabilità e di garantire una revisione regolare di qualsiasi decisione di istituzionalizzazione, compresi quadri di monitoraggio indipendenti da parte di esperti in diritti umani, istituzioni nazionali per i diritti umani, meccanismi nazionali di prevenzione, società civile e meccanismi internazionali. Inoltre, gli Stati devono adottare una legislazione che riconosca la capacità giuridica delle persone con disabilità psicosociali, legata alla vita e al sostegno in comunità. Pertanto, gli Stati dovrebbero facilitare la deistituzionalizzazione introducendo leggi sull'assistenza sociale e fornendo varie forme di servizi di supporto che dovrebbero essere disponibili per le persone che ne hanno bisogno. Ha evidenziato la necessità cruciale di linee guida sul consenso libero e informato e l'impatto dell'istituzionalizzazione, sul trattamento e sulle condizioni di vita delle persone con disabilità psicosociali. Inoltre, era necessaria un'adeguata formazione e sensibilizzazione del personale penitenziario. Ha sottolineato l'imperativo di riconoscere la violenza e gli abusi perpetrati contro le persone con disabilità come una forma di tortura o altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti, al fine di offrire alle vittime e sostenere una protezione legale più forte per tali violazioni. Ha concluso chiedendo una società inclusiva per porre fine all'emarginazione e alla discriminazione.

42. Il Relatore Speciale sui diritti delle persone con disabilità ha evidenziato il forte consenso sull'urgente necessità di cambiamento nell'area della salute mentale. Il modello biomedico imperante aveva creato un crescente abisso di esclusione delle persone con disabilità psicosociali, portando alla perdita di autonomia e indipendenza e al radicamento del trattamento forzato, della violenza e della sterilizzazione forzata. C'era bisogno di sistemi e interventi comunitari basati sull'evidenza e rispettosi dei diritti umani e del principio del consenso libero e informato. Ha poi accolto con favore la crescita delle buone pratiche, che hanno confermato come il trattamento forzato e l'istituzionalizzazione siano dannosi e non necessari. Ha chiesto un maggiore impegno politico da parte degli Stati per attuare la via da seguire affrontando i fattori sociali che hanno impatto sulla salute mentale, includendo e in collaborazione con le persone con disabilità psicosociali, anche attraverso gruppi di sostegno abitativo, cure di sollievo, servizi di assistenza personale e altri mezzi. La Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile hanno fornito l'opportunità di costruire una nuova narrativa basata sui diritti umani che ha favorito l'inclusione e non la segregazione. Non ci potrebbe essere sviluppo sostenibile senza salute mentale, e la salute mentale senza diritti umani equivaleva a oppressione. Ha invitato il sistema delle Nazioni Unite a interiorizzare l'urgente necessità di cambiamento e a promuovere la cooperazione tra le agenzie e gli attori della cooperazione. Ha affermato che l'agenda della salute mentale non poteva andare avanti quando continuava a ignorare i diritti umani delle persone con disabilità psicosociali.

43. Il Relatore speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale ha osservato che la consultazione ha dimostrato un accordo sulle cause profonde del fallimento del sistema e sulle azioni necessarie per affrontare queste sfide: eliminare la coercizione e gli interventi biomedici, che hanno portato a violazioni dei diritti umani e generato disperazione per gli utenti del servizio e per i fornitori di servizi che sono stati "costretti a usare la forza". Per promuovere la salute mentale, l'individuo dovrebbe intrattenere relazioni sane e rispettose, anche tra fornitori di servizi e utenti, e le misure coercitive lo hanno impedito. Ha sottolineato la necessità che tutte le parti interessate lavorino insieme e comprendano che il modo migliore per promuovere la salute mentale è integrare pienamente l'approccio basato sui diritti umani e favorire le relazioni in tutti i contesti. Ha concluso affermando che il futuro è una situazione vantaggiosa per tutti - compresi gli psichiatri, che dovrebbero

abbandonare il monopolio del potere e condividere la responsabilità - con un impegno più forte da parte degli Stati e guidato da una crescente massa critica di utenti autorizzati.

44. Alla luce delle discussioni, sono state proposte le seguenti raccomandazioni.

45. Gli Stati dovrebbero riesaminare l'approccio biomedico alla salute mentale, che mantiene lo squilibrio di potere tra professionisti e utenti dei servizi di salute mentale, attraverso un processo collettivo che includa tutte le parti interessate. Gli utenti dei servizi di salute mentale, le persone con condizioni di salute mentale e le persone con disabilità psicosociali dovrebbero svolgere un ruolo di primo piano nello sviluppo del quadro concettuale che determina i servizi di salute mentale nella loro progettazione, erogazione e valutazione.

46. Gli Stati dovrebbero garantire che tutte le cure e i servizi sanitari, inclusi tutti i servizi e le cure di salute mentale, siano basati sul consenso libero e informato dell'individuo interessato, e l'abolizione di tutte le disposizioni legali e le politiche che consentono l'uso della coercizione e degli interventi forzati, compresi il ricovero e l'istituzionalizzazione involontaria, l'uso di contenzioni, psicoturgia, farmaci forzati e altre misure forzate volte a correggere o riparare una menomazione reale o presunta, comprese quelle esercitate col consenso o l'autorizzazione da parte di terzi. Gli Stati dovrebbero riformulare e riconoscere queste pratiche come tortura o altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti e come discriminanti nei confronti degli utenti dei servizi di salute mentale, delle persone con condizioni di salute mentale e delle persone con disabilità psicosociali. Gli Stati dovrebbero garantire agli utenti dei servizi di salute mentale il godimento e l'esercizio della capacità giuridica su una base di uguaglianza con gli altri, abrogando le leggi che prevedevano un processo decisionale sostitutivo, e dovrebbero fornire: una gamma di meccanismi decisionali supportati da volontari, rispettosi della loro autonomia, volontà e preferenze individuali compreso il sostegno tra pari; salvaguardie contro gli abusi e l'influenza indebita all'interno degli accordi di sostegno; e l'assegnazione di risorse per consentire e garantire la disponibilità del supporto.

47. Gli Stati dovrebbero implementare supporto e servizi incentrati sulle persone e sui diritti umani, inclusa la salute mentale, che siano basati sulla comunità, partecipativi e contestualmente e culturalmente rispettosi e che consentano e facilitino la partecipazione nella società. Questi servizi dovrebbero essere disponibili nelle comunità in cui le persone vivono, assicurando che le loro reti familiari e personali non siano compromesse ma siano promosse e rafforzate. Gli Stati dovrebbero valutare molteplici strategie per l'implementazione di tali servizi, costruendo partenariati con gli utenti, compresi i servizi guidati dagli utenti, come il supporto tra pari, e dovrebbero rendere disponibili servizi accessibili che offrano spazi non coercitivi, supporto e tregua, anche durante situazioni di crisi, per esempio spazi senza farmaci.

48. Gli Stati dovrebbero intensificare gli sforzi di raccolta dei dati e intraprendere e investire nella ricerca basata su prove e partecipativa, inclusiva degli utenti di questi servizi e delle persone con disabilità psicosociali, al fine di: identificare le molteplici e intersecanti forme di discriminazione operanti nel contesto della salute mentale e valutare l'impatto dei servizi; e progettare e rendere disponibili spazi accessibili e convenienti non coercitivi, sostegno e tregua, rispettosi del consenso libero e informato dell'individuo. Le agenzie di cooperazione internazionale dovrebbero essere incoraggiate a fornire finanziamenti e assistenza tecnica per realizzare questi sforzi e astenersi dall'implementare o sostenere progetti o ricerche che violano la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità.

49. Gli Stati dovrebbero rivedere e adottare leggi per combattere lo stigma e la discriminazione contro gli utenti dei servizi di salute mentale, le persone con condizioni di salute mentale e le persone con disabilità psicosociali. Gli Stati dovrebbero attuare programmi di formazione, come l'iniziativa QualityRights dell'OMS, per costruire capacità tra i professionisti della salute mentale, i praticanti e i responsabili politici su come implementare un approccio basato sui diritti umani e sul recupero in conformità con la

Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità. A complemento di ciò, gli Stati dovrebbero progettare e attuare campagne e programmi di informazione per aumentare la consapevolezza all'interno della comunità, al fine di eliminare gli stereotipi negativi, l'etichettatura, lo stigma e la discriminazione nei confronti degli utenti dei servizi di salute mentale, delle persone con condizioni di salute mentale e delle persone con disabilità psicosociali, coinvolgendoli nella progettazione e nell'erogazione di programmi di formazione e sensibilizzazione.

50. Gli Stati dovrebbero garantire che gli utenti dei servizi di salute mentale e le persone con disabilità psicosociali abbiano accesso alla giustizia, anche mantenendo la loro capacità giuridica nell'ambito di procedimenti per contestare violazioni dei diritti umani in contesti di salute mentale, e garantire che sia fornito risarcimento e riparazione per l'individuo, affrontando al contempo il cambiamento sistemico attraverso la riforma giuridica e politica e il rafforzamento delle capacità giuridica.

51. Gli Stati dovrebbero progettare e attuare politiche e programmi che affrontino i determinanti alla base della salute mentale - tra gli altri, forme multiple e intersecanti di discriminazione, il diritto alla protezione sociale, l'accesso all'alloggio, all'acqua e ai servizi igienico-sanitari, il diritto al lavoro e il diritto a vivere in modo indipendente ed essere inclusi nella comunità.

52. Gli Stati dovrebbero adottare misure immediate verso la deistituzionalizzazione, sviluppando piani d'azione in modo partecipativo e utilizzando il massimo delle loro risorse disponibili, anche attraverso la cooperazione internazionale. Gli Stati dovrebbero riconoscere nella legge il diritto di accedere ai servizi di supporto per consentire la vita indipendente e l'inclusione nella comunità e garantire che il supporto sia fornito e organizzato secondo la volontà e le preferenze dell'individuo. I piani di deistituzionalizzazione dovrebbero incorporare lo sviluppo di servizi di supporto nella comunità che non replichino approcci biomedici o coercitivi.

53. Considerato che, nel corso della consultazione, i partecipanti hanno espresso la loro preoccupazione per il processo in corso in seno al Consiglio d'Europa per redigere un protocollo aggiuntivo alla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano per quanto riguarda l'applicazione della biologia e Medicina (Convenzione di Oviedo), indicando che il progetto di protocollo addizionale sulla "protezione dei diritti umani e della dignità delle persone con disturbi mentali per quanto riguarda il collocamento e il trattamento involontari" contraddiceva la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, gli Stati membri della Il Consiglio d'Europa dovrebbero valutare il potenziale impatto dell'adozione di questo strumento rispetto ai propri obblighi internazionali ai sensi della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e altre leggi sui diritti umani, in particolare per quanto riguarda il diritto dell'individuo al consenso libero e informato al trattamento all'interno dei servizi di salute mentale. Tutti gli Stati parti della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità dovrebbero intraprendere una revisione dei loro obblighi prima di adottare leggi o strumenti che possano contraddire i loro obblighi di sostenere i diritti delle persone con disabilità.

Allegati

Lista dei partecipanti

Stati membri del Consiglio sui Diritti Umani

1. Australia, Brasile, Cile, Cina, Croazia, Ecuador, Germania, Ungheria, Giappone, Messico, Panama, Perù, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svizzera, Togo, Ucraina, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Venezuela (Repubblica Bolivariana del)

Stati membri delle Nazioni Unite

2. Bolivia (Stato Plurinazionale di), Bulgaria, Canada, Colombia, Cipro, Francia, Gabon, Grecia, Israele, Italia, Lituania, Lussemburgo, Maldive, Monaco, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Romania, Thailandia, Turchia.

Organizzazioni intergovernative

3. Unione europea (UE), Comitato Internazionale della Croce Rossa (ICRC), Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL), Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Organizzazioni non governative con status di consulenti del Consiglio Economico e Sociale

4. Association for the Prevention of Torture (APT), CERMI Comitato Spagnolo dei Rappresentanti delle Persone con Disabilità, Disability Rights International, Du Pain Pour Chaque Enfant, Fundacion Vida — Grupo Ecologico Verde, International Disability Alliance, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USP-K), Rete Mondiale di Utenti e Sopravvissuti alla Psichiatria (WNUSP).

Altre organizzazioni non governative

African Disability Forum (ADF), Autistic Minority International, Akershus University Hospital, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Trieste — ASUITs, Citizens Commission on Human Rights, Center for Inclusive Policy, CEPGL, Citizens Commission on Human Rights (CCDU) Europe, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Indonesian Mental Health Association, Rete Internazionale verso le Alternative e il Recupero, Mental Health Europe, Psycovery, Salud Mental España, SHI Swiss Health Invest, Support-Fundació Tutelar Girona, The Global Campaign for Mental Health, Transforming Communities for Inclusion Asia, Universidad de Chile, Università di Glasgow, We Shall Overcome.