

La CRPD: la nuova sfida della riabilitazione psicosociale

Lorenzo Burti

Università di Verona – Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP)

Abstract (italiano)

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) segna un punto di svolta per la salute mentale e la riabilitazione psicosociale. Essa afferma il principio secondo cui ogni persona, indipendentemente dal tipo di disabilità, mantiene la piena capacità giuridica e il diritto di decidere per sé. L'Italia ha ratificato la CRPD con la Legge 18/2009 senza riserve interpretative, ma la sua applicazione è rimasta parziale e spesso paternalistica. Il presente contributo analizza le cause di questa resistenza, confrontando le posizioni critiche della psichiatria accademica (Appelbaum, Szmukler) con l'interpretazione del Comitato ONU nel *General Comment n.1* (2014). La CRPD non rappresenta un ostacolo alla riabilitazione, ma la sua realizzazione più alta: sposta il baricentro dalla protezione alla partecipazione, dalla cura alla cittadinanza. La sfida odierna consiste nell'attuazione concreta dei suoi principi, come già accadde con la Legge 180: non serve riformare, ma applicare. Evitando nuove esclusioni, si può chiudere la stagione della tutela e aprire quella dei diritti.

Abstract (English)

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) marks a turning point for mental health and psychosocial reha-

bilitation. It asserts that every person, regardless of disability, retains full legal capacity and the right to make decisions for themselves. Italy ratified the CRPD through Law 18/2009 without interpretative reservations, yet its implementation remains partial and often paternalistic. This article analyses the reasons for such resistance, contrasting academic psychiatric criticism (Appelbaum, Szmukler) with the UN Committee's interpretation in *General Comment No.1* (2014). The CRPD is not a challenge to rehabilitation but its highest realization: it shifts focus from protection to participation, from care to citizenship. The true challenge today is to implement its principles, as happened with Italy's Law 180: there is no need to reform, but to apply. Without new exclusions, we can end the era of guardianship and open that of rights.

Parole chiave/Keywords

CRPD; diritti umani; riabilitazione psicosociale; capacità giuridica; salute mentale di comunità.

CRPD; human rights; psychosocial rehabilitation; legal capacity; community mental health.

Introduzione: una nuova generazione di diritti

Il 13 dicembre 2006, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato a New York la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD – *Convention on the Rights of Persons with*

Disabilities), approvata con la Risoluzione A/RES/61/106.

Questa Convenzione rappresenta una svolta storica nel riconoscimento delle persone con disabilità come soggetti titolari di pieni diritti, non come oggetti di protezione o intervento.

Le radici storiche: due secoli prima

A due secoli di distanza dalle grandi dichiarazioni che fondano la modernità giuridica:

- la Dichiarazione d'Indipendenza degli Stati Uniti d'America (4 luglio 1776), con l'affermazione solenne che tutti gli uomini "sono creati uguali" e "dotati dal loro Creatore di diritti inalienabili", tra cui la vita, la libertà e la ricerca della felicità;
- la Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e del Cittadino (Francia, 1789), che proclama la libertà, l'uguaglianza e la sovranità popolare come diritti universali;

la CRPD estende finalmente questi principi alle persone storicamente escluse: chi ha disabilità psichiche, intellettive, sensoriali o fisiche.

È la terza rivoluzione dei diritti umani. E ci interpella direttamente, come professionisti, cittadini e esseri umani.

I contenuti essenziali della CRPD: un nuovo paradigma dei diritti umani

Sono stati necessari 230 anni per colmare il vuoto lasciato dalla prima Dichiarazione dei diritti dell'uomo (1776): le persone con disabilità sono finalmente riconosciute non più come oggetti di cura, ma come soggetti di diritto, dotati di pari dignità e potere decisionale.

Articolo 1: Scopo

Lo scopo della CRPD è esplicitamente enunciato fin dal primo articolo:

"Promuovere, proteggere e assicurare a tutte le persone con disabilità il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali, e promuovere il rispetto della loro intrinseca dignità."

La CRPD non inventa nuovi diritti, ma afferma che nessuno può esserne escluso in base alla disabilità – fisica, psichica, sensoriale o intellettiva.

Le innovazioni fondamentali

1. La disabilità come problema complesso di *interazione*, non come semplice deficit del "paziente designato"

La CRPD definisce la disabilità come un concetto dinamico, che nasce dall'interazione tra:

- menomazioni individuali;
- barriere ambientali, sociali e culturali che impediscono la piena partecipazione.

La disabilità non è un tratto fisso o patologico, ma un'esperienza situata nel tempo, mutevole secondo il contesto.

2. Superamento del modello medico

La Convenzione rifiuta il modello medico della disabilità, che vede le persone come oggetti di trattamento, protezione, pietà o controllo.

3. Affermazione del modello sociale

La CRPD promuove un modello sociale, in cui le persone con disabilità sono:

- soggetti di diritto a pieno titolo, su una base di uguaglianza con gli altri;
- titolari di capacità giuridica;
- e in grado di prendere decisioni, anche con il supporto di altri.

Due aree-chiave del mutamento di paradigma

1. La capacità giuridica non si perde

Ognuno mantiene il diritto:

- di gestire le proprie finanze;
- di decidere dove vivere e se votare;

- di sposarsi e crearsi una famiglia;
- di lavorare.

Lo Stato non può sostituirsi, ma ha il dovere di offrire supporto nel processo decisionale, quando necessario.

2. Il diritto di vivere nella comunità

La CRPD sancisce che vivere nella comunità è un diritto inalienabile, non condizionato alla dimostrazione di abilità.

Se una persona ha bisogno di supporto, lo Stato deve renderlo disponibile, senza rinchiuderla in istituzioni o residenze. Il principio è semplice: nessuna disabilità giustifica l'esclusione dalla cittadinanza attiva.

La CRPD è oggi recepita da oltre 185 Stati a livello globale. L'Italia ha aderito con la Legge 3 marzo 2009, n.18, ratificando sia la Convenzione sia il Protocollo opzionale, e contestualmente istituendo l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità per monitorarne l'attuazione.

L'Italia ratifica la CRPD: un impegno pieno e senza riserve

L'Italia ha ratificato la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità e ha recepito integralmente il testo della CRPD e del relativo Protocollo opzionale. Da quel momento, la Convenzione è entrata a pieno titolo nel nostro ordinamento giuridico.

Ciò che spesso si ignora – ma che è fondamentale per ogni discussione sul diritto e sulla prassi – è che l'Italia ha ratificato la CRPD senza avanzare alcuna riserva interpretativa, neppure sull'articolo 12. E questo è un punto dirimente.

L'articolo 12 è il cuore più innovativo – e più impegnativo – della CRPD. Esso stabilisce con chiarezza che tutte le persone, comprese quelle con disabilità intellettiva o psichica, conservano la loro piena capacità giuridica in ogni ambito

della vita: decidere dove vivere, se lavorare, con chi condividere l'esistenza, se curarsi o meno.

La Convenzione impone agli Stati di sostituire i modelli fondati sulla tutela o sulla sostituzione della volontà con modelli fondati sul supporto alla decisione: il cosiddetto *supported decision-making*.

Molti Paesi, nel momento di firmare la CRPD, hanno limitato l'impatto dell'articolo 12 con riserve o dichiarazioni interpretative. L'Italia non l'ha fatto.

Questo significa che il nostro Paese si è assunto l'obbligo giuridico – pieno e inequivocabile – di riformare ogni norma e prassi che attribuisca ad altri il potere di decidere al posto di una persona con disabilità.

Eppure, a distanza di anni, nel nostro ordinamento sono ancora in vigore istituti come l'interdizione e un uso spesso distorto e surrogante dell'amministrazione di sostegno, in evidente violazione degli impegni internazionali assunti.

L'assenza di riserve sull'articolo 12 è il nodo cruciale, il casus belli: non possiamo più considerarci semplicemente "in ritardo" nell'applicazione della CRPD.

Siamo inadempienti.

Valutazione critica della Legge 18/2009 e dei suoi sviluppi applicativi

1. Apparente conformità formale, ma sostanziale ambiguità

La Legge 18/2009 recepisce la CRPD e istituisce l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, ma il suo impianto rimane amministrativo e medico-burocratico, non fondato sui diritti. È piuttosto una *libertà sotto tutela*: la CRPD viene trattata "come principio ispiratore, non come norma cogente", e non viene mai utilizzata per contestare provvedimenti coercitivi in ambito di amministrazione di sostegno. Ciò ha

consentito la sopravvivenza di pratiche di quella che da più parti è stata definita *detenzione civile senza reato* (residenze imposte, limitazione di contatti, sedazione).

2. L'“accompagnamento” come forma aggiornata di paternalismo

- Nel documento applicativo dell'art. 19 – *Schema di linee comuni per l'applicazione dell'articolo 19 della Convenzione ONU* – il linguaggio è apparentemente rispettoso della libertà di scelta, ma la prassi resta servizio-centrica: la persona è oggetto di “presa in carico”, non soggetto di autodeterminazione. Emerge piuttosto chiaramente un *bias assistenzialista*: la “presa in carico globale” e la “valutazione multidimensionale” rafforzano il potere tecnico-istituzionale;
- il diritto di rifiutare un progetto o un servizio non è mai riconosciuto;
- la libertà è condizionata alla validazione del sistema di servizi.

In sostanza, l'assistenza diventa surrogato della libertà.

Persistente medicalizzazione del dissenso

Già nel *Decreto 62/2024* di riforma del sistema disabilità, definito come passaggio “dal modello medico a quello biopsicosociale”, si può intravedere il rischio di una *nuova medicalizzazione della libertà*.

Il “progetto di vita partecipato” resta nelle mani delle unità di valutazione multidisciplinari, e la persona “fragile” non può realmente dissentire: la partecipazione è formalmente garantita, ma sostanzialmente eterodiretta. Vediamo più in dettaglio questo documento.

Le linee applicative dell'articolo 19: un modernismo di superficie?

Dopo la ratifica della Convenzione ONU con la Legge 18/2009, l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha elaborato uno *Schema di linee comuni per l'applicazione dell'articolo 19 della CRPD*.

Il documento, ispirato a un linguaggio apparentemente innovativo – “progetto di vita”, “valutazione multidimensionale”, “budget di progetto”, “approccio biopsicosociale” – si propone di garantire la piena partecipazione delle persone con disabilità alla vita della comunità.

A una lettura più attenta, tuttavia, emerge una contraddizione strutturale. Sebbene richiami la “centralità della persona”, il testo mantiene la logica della presa in carico, tipica del modello medico-amministrativo.

La libertà, invece di essere presupposta, viene concessa entro un percorso istituzionalmente validato: la persona “partecipa” al proprio progetto, ma solo entro i limiti definiti dalle unità di valutazione multidisciplinari, che restano le reali detentrici del potere decisionale.

Il diritto di rifiutare un progetto o di dissentire da un intervento non viene mai menzionato; la scelta è presunta, conforme a ciò che i servizi ritengono opportuno.

Il risultato è un modernismo di superficie, la terminologia è aggiornata, ma la struttura resta paternalistica.

L'inclusione viene “erogata”, non negoziata; la partecipazione è mediata, non autodeterminata. In tal modo, lo Stato si presenta come garante della libertà delle persone con disabilità, ma in realtà ne amministra la volontà, sostituendo la soggettività con l'assistenza.

Questa impostazione, lungi dal realizzare lo spirito della CRPD, rischia di istituzionalizzare una forma elegante di tutela: non più la tutela o

l'internamento esplicito, ma la *presa in carico globale* come cornice di un consenso presunto. È qui che la retorica della "vita indipendente" si rovescia nel suo contrario: un paternalismo di seconda generazione, più rispettoso nel linguaggio ma ancora fondato sull'idea che la fragilità richieda eterodirezione.

Conflitto con la Costituzione e con la CRPD

- L'art. 13 della Costituzione tutela la libertà personale, ma la sua clausola di eccezione ("nei soli casi e modi previsti dalla legge") è stata usata per giustificare restrizioni indefinite e non proporzionate
- L'art. 19 CRPD impone che le persone "non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione". Tuttavia, i documenti italiani parlano di "accoglienza", "presa in carico", "progetti di vita", mai di diritto al rifiuto o alla scelta negativa.

Diagnosi complessiva

L'ordinamento italiano, pur proclamando l'adesione alla CRPD, mantiene una struttura paternalistica, nella quale:

- la libertà è concessa, non presupposta;
- la partecipazione è mediata dal giudizio tecnico;
- il dissenso è trattato come sintomo da correggere.

Conclusione sintetica

L'Italia ha recepito la CRPD con la Legge 18/2009, ma ne ha neutralizzato la portata emancipativa. Le successive linee applicative trasformano la vita indipendente in un *programma di tutela* anziché in un *diritto di scelta*. Il risultato è un paternalismo di seconda generazione, più elegante nel linguaggio, ma ancora fondato sull'idea che la fragilità richieda eterodirezione.

L'editoriale di *World Psychiatry*: la preoccupazione del mondo clinico per l'"eccesso di diritti"

L'editoriale pubblicato su *World Psychiatry* nel 2019 da Paul Appelbaum è emblematico della reazione di chi, dal mondo clinico, percepisce l'articolo 12 della CRPD come un rischio per la pratica medica.

Con tono misurato ma inequivocabile, l'autore afferma che, se preso alla lettera, l'articolo 12 – e soprattutto la sua interpretazione da parte del Comitato delle Nazioni Unite – proibirebbe ogni forma di trattamento o ricovero involontario, anche nei casi in cui la persona si trovi in condizione di grave crisi psicotica o rischio di vita.

Appelbaum non nega l'importanza della CRPD, ma propone di "salvarla da sé stessa": secondo lui, una Convenzione che nega ogni possibilità di sostituzione della volontà potrebbe finire per lasciare senza protezione proprio le persone più vulnerabili.

Ciò che propone, in sostanza, è un ritorno a forme selettive di decisione per conto della persona, motivate dal criterio del "miglior interesse" e regolate da garanzie procedurali.

Ma è esattamente questa impostazione che la CRPD, e in particolare il General Comment n.1, rifiutano come discriminatoria.

L'editoriale riflette quindi una resistenza profonda del mondo accademico e psichiatrico clinico alla piena attuazione dell'articolo 12, in nome della "protezione" e dell'"urgenza clinica". Ma ciò che chiama urgenza, la CRPD lo legge come continuità del paternalismo.

L'articolo di Szmukler: la difesa della capacità mentale come criterio normativo

Ancora più esplicita è la posizione di George Szmukler, nel suo articolo pubblicato nello stesso

numero di *World Psychiatry*, significativamente intitolato: “*Capacity*”, “*best interests*”, “*will and preferences*” and the paradigm shift of Article 12 CRPD.

Szmukler mette in dubbio il fondamento stesso del General Comment n.1, sostenendo che non sia possibile garantire il rispetto della volontà e delle preferenze senza prima valutare la capacità mentale della persona.

Secondo lui, l'idea che tutti abbiano capacità giuridica in ogni momento, indipendentemente dalla condizione mentale, è irrealistica e pericolosa.

Pur dichiarandosi favorevole a un maggiore rispetto della persona, Szmukler difende con forza l'utilità del concetto di “incapacità mentale” come base per alcuni interventi coercitivi o surroganti, a condizione che siano regolati, proporzionati e temporanei.

È una posizione che elude la rivoluzione concettuale della CRPD: il diritto non chiede di “valutare” la mente, ma di riconoscere sempre la persona come soggetto giuridico pieno, anche quando le sue capacità cognitive sono compromesse.

In definitiva, Szmukler propone una mediazione che di fatto ripristina il modello medico, basato su diagnosi, giudizio esterno e sostituzione della volontà. Il suo articolo, pur ricco di riferimenti e buone intenzioni, non coglie il nucleo innovativo della CRPD: la separazione netta e non negoziabile tra capacità mentale e capacità giuridica.

Il General Comment n. 1: la chiave interpretativa dell'articolo 12

Nel 2014, il Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità ha pubblicato il General Comment n. 1, un documento fondamentale per comprendere il significato pieno e vinco-

lante dell'articolo 12 della CRPD, dedicato al riconoscimento universale della capacità giuridica.

Al centro di questo commento vi è una distinzione che, pur ovvia dal punto di vista giuridico, non è affatto scontata nella pratica clinica e nelle prassi assistenziali: la differenza tra capacità mentale e capacità giuridica:

- la capacità mentale riguarda le abilità cognitive o funzionali: comprendere, ragionare, fare scelte;
- la capacità giuridica, invece, è il diritto di esercitare i propri diritti e doveri davanti alla legge, indipendentemente dalle proprie abilità cognitive.

Secondo il Comitato, il fatto che una persona presenti una disabilità – psichica, intellettiva o sensoriale – non può mai giustificare la negazione della sua capacità giuridica. L'uso delle cosiddette “valutazioni di capacità mentale” per stabilire se qualcuno può decidere per sé è discriminatorio, e deve essere superato.

Questo implica una critica radicale a tutte le forme di sostituzione della volontà, comprese quelle pratiche oggi considerate “soft” come l'amministrazione di sostegno surrogante, che in Italia è diffusissima nella psichiatria di comunità. Al modello di sostituzione, la CRPD contrappone il modello del supporto alla decisione (*supported decision-making*): ogni persona ha diritto a ricevere aiuto per esprimere la propria volontà e le proprie preferenze, ma mai a essere esautorata da altri, neppure in buona fede o con intenti protettivi.

Il Comitato specifica anche che non è ammissibile ricorrere al criterio del “miglior interesse” (“best interests”) se questo comporta ignorare o scavalcare la volontà della persona. Semmai, quando la volontà non è esprimibile direttamente, si deve procedere con una interpretazione ragionevole delle preferenze presunte, cercando

indizi nella storia personale, nei legami, nei valori espressi nel tempo.

Il General Comment n.1 invita quindi gli Stati – e con essi giudici, psichiatri, operatori, famiglie – a superare radicalmente la logica della tutela e del controllo, in favore di una cultura del rispetto, dell'accompagnamento e della libertà.

È un cambiamento che non riguarda solo la legge, ma la concezione stessa della persona, della cura, della relazione professionale e della responsabilità.

Concetti chiave: Capacità giuridica vs Capacità mentale

Capacità giuridica:

- È il diritto di avere diritti (status giuridico) e di esercitarli (capacità di agire).
- È un diritto universale e innato, riconosciuto a ogni persona in quanto essere umano, comprese le persone con disabilità.
- Include la possibilità di stipulare contratti, possedere beni, votare, sposarsi, esprimere consenso per cure mediche, ecc.

Capacità mentale:

- Si riferisce alle abilità decisionali o cognitive, che possono variare nel tempo e in base a fattori ambientali/sociali.
- Non può mai giustificare la negazione della capacità giuridica.
- Il Comitato CRPD rifiuta le valutazioni della capacità mentale come criterio per attribuire o negare diritti giuridici.

Distinzione fondamentale: la capacità mentale è un concetto *funzionale*, mentre la capacità giuridica è un *diritto umano*.

La questione amministrativa della residenzialità psichiatrica

Al di là delle posizioni più o meno favorevoli alla CRPD, esiste oggi un nodo che non può essere

ignorato: la sostenibilità amministrativa e contabile della residenzialità psichiatrica.

Le comunità alloggio, nate come strumenti di passaggio verso l'autonomia, sono divenute nel tempo strutture a lungo termine, spesso senza un piano di uscita definito. Le cifre ufficiali variano a seconda delle fonti, ma convergono su un dato di fondo:

- 27.813 persone residenti in strutture residenziali psichiatriche italiane (Il Sole 24 Ore / Info-Data, 2021);
- 27.768 utenti secondo il *Rapporto Sistan* (con 10.575.255 giornate di presenza complessive);
- La *SIEP* evidenzia ampie differenze territoriali e un tasso medio di 3,4 strutture residenziali psichiatriche ogni 100.000 abitanti.

Inoltre, la residenzialità, pur accogliendo solo circa il 4% degli utenti psichiatrici complessivi, assorbe fino al 40% delle risorse economiche destinate alla salute mentale. In altri termini, una minoranza di utenti concentra la maggioranza dei fondi, sottraendoli a interventi di prevenzione, inclusione lavorativa e supporto alla vita indipendente.

Questo squilibrio non è solo contabile: è culturale. Consolida una psichiatria centrata sulla gestione della dipendenza anziché sull'emancipazione; su strutture chiuse invece che su opportunità aperte. Riapre, in forma più accettabile e silenziosa, il circuito istituzionale che la Legge 180 aveva inteso chiudere. Affrontare la questione della residenzialità significa dunque ridefinire le priorità del sistema: dall'assistenza continuativa alla riabilitazione orientata alla cittadinanza.

La CRDP: la nuova sfida della riabilitazione psico-sociale

Per il mondo medico e accademico, la CRPD può apparire – e in effetti viene spesso descritta – come un'inversione a 180 gradi rispetto alla

logica clinica tradizionale: una normativa che impone vincoli invece di offrire strumenti, che limita l'agire sanitario anziché guidarlo.

Ma per chi fa riabilitazione, questo non è un ribaltamento: è la prosecuzione del nostro mandato.

La definizione stessa di riabilitazione psicosociale, così come elaborata in ambito internazionale, include due assi portanti, inscindibili:

1. il potenziamento delle capacità personali della persona con disabilità – cognitive, relazionali, occupazionali;
2. e, altrettanto importante, l'abbattimento delle barriere sociali, ambientali e culturali che impediscono l'inclusione, l'autodeterminazione e la partecipazione piena alla vita.

Ecco allora che la CRPD non si oppone alla riabilitazione: ne è l'esplicitazione giuridica e politica più coerente.

Ci ricorda che il nostro lavoro non si esaurisce nel "fare qualcosa per" il paziente, ma si misura nella nostra capacità di lavorare con lui, sul piano dei diritti, delle scelte, delle responsabilità condivise.

In questo senso, la CRPD ci restituisce la parte più nobile e più trascurata del nostro ruolo: quella di costruttori di cittadinanza, mediatori sociali, facilitatori di dignità.

La sfida che ci propone è alta, certo. Ma anche l'occasione di rimettere al centro la persona, non come oggetto di trattamento, ma come protagonista della propria vita.

La CRPD è riabilitazione, secondo la stessa definizione SIRP

La Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP) ha dedicato negli anni grande attenzione alla definizione dei principi e delle finalità della riabilitazione. Secondo i suoi documenti ufficiali,

la riabilitazione psicosociale è un processo complesso e integrato, finalizzato non solo a migliorare le capacità funzionali della persona, ma anche a rimuovere gli ostacoli ambientali, relazionali, culturali e istituzionali che impediscono l'inclusione e la piena partecipazione alla vita sociale.

In questa prospettiva, la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) non rappresenta una deviazione, ma l'estensione logica e normativa di ciò che la riabilitazione già dichiara di voler essere. Anzi: essa offre il quadro giuridico e culturale più coerente per dare piena attuazione ai principi che la stessa SIRP ha storicamente promosso.

La CRPD riconosce che le disabilità non risiedono nella persona, ma nell'interazione tra la persona e un ambiente che ne impedisce l'autodeterminazione.

Ribadisce che ogni persona conserva capacità giuridica e diritto a decidere per sé, anche quando ha bisogno di supporto per farlo.

E ci chiede, come operatori, di passare dalla protezione alla negoziazione, dalla gestione alla co-costruzione dei percorsi.

La sfida non è teorica. Nel nostro Paese, oggi, quasi 30.000 persone vivono in comunità alloggio, circa un terzo di quanti erano internati nei manicomi al loro massimo sviluppo, negli anni 1960.

Se non vogliamo che la riabilitazione diventi una nuova forma di esclusione silenziosa, è tempo di riprendere il cammino che dopo la Legge 180 sembra segnare il passo, e completarlo con l'attuazione integrale della CRPD.

Un cambiamento semplice e geniale, alla maniera della Legge 180

La Legge 180 è stata una legge di genialità essenziale: non introduceva nuove terapie né nuo-

vi strumenti, ma una decisione limpida nella sua praticità: chiudere la porta di ingresso del manicomio. Da quel gesto politico e morale è scaturita una rivoluzione che nessun manuale di psichiatria avrebbe potuto produrre.

Oggi possiamo fare lo stesso con la CRPD. Non occorrono nuove strutture, protocolli o linee guida: basta una scelta amministrativa coerente. Smettere di collocare nuovi pazienti in comunità psichiatriche a tempo indeterminato, e avviare un percorso graduale per restituire diritti e libertà a chi vi risiede.

Come accadde dopo la 180, nessuno deve essere "buttato sulla strada". Si comincia dai potenziali nuovi ingressi: si accompagnano invece le persone verso soluzioni abitative più libere, e caso dopo caso, anno dopo anno, il sistema si trasforma da sé come è accaduto con la riforma del 1980.

La CRPD, come la 180, non chiede di inventare il futuro: chiede solo di aprire la porta giusta e chiudere quella sbagliata.

Bibliografia

- [1] Appelbaum, P. S. (2019). *Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – from itself*. *World Psychiatry*, 18(1), 36–37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30600638>.
- [2] Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità. (2014). *General Comment No. 1: Article 12 – Equal recognition before the law*. Geneva: United Nations Digital Library. <https://digitallibrary.un.org/record/777291>
- [3] Ministero della Salute – Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). (2023, 18 gennaio). *Quanti posti letto abbiamo per i servizi di salute mentale? Il Sole 24 Ore – Info-Data*. <https://www.infodata.ilssole24ore.com/2023/01/18/quant-posti-letto-abbiamo-per-servizi-di-salute-mentale>
- [4] Nazioni Unite. (2006). *Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD)*. New York: United Nations. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/con-voptprot-e.pdf>

www.un.org/disabilities/documents/convention/con-voptprot-e.pdf

- [5] Repubblica Italiana. (2009). *Legge 3 marzo 2009, n. 18: Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del Protocollo opzionale*. Gazzetta Ufficiale n. 61 del 14 marzo 2009.

https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2009;18&utm_source=chatgpt.com

- [6] Repubblica Italiana. (2024). *Decreto legislativo 3 aprile 2024, n. 62: Disposizioni in materia di disabilità, in attuazione della delega di cui all'articolo 2 della Legge 22 dicembre 2021, n. 227 (Legge delega sulla disabilità)*. Gazzetta Ufficiale n. 102 del 3 maggio 2024. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024;062>

- [7] Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP). (2023). *La residenzialità psichiatrica in Italia – Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, n. 10*. <https://siep.it/wp-content/uploads/2023/06/QEP-10-2023.pdf>

- [8] Szmukler, G. (2019). 'Capacity', 'best interests', 'will and preferences' and the paradigm shift of Article 12 CRPD. *World Psychiatry*, 18(1), 34–41. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20584>

Nota sull'uso di strumenti digitali di supporto

Per la redazione e l'ottimizzazione stilistica di questo manoscritto l'autore si è avvalso, in modo trasparente e sotto il proprio controllo scientifico, del contributo di *ChatGPT (GPT-5, OpenAI)* come strumento di assistenza redazionale, senza che ciò abbia inciso sul contenuto teorico o interpretativo del testo.