



La tutela della salute mentale nei Centri di permanenza per i rimpatri

Alessandra Mazzola*

THE PROTECTION OF MENTAL HEALTH IN REPATRIATION DETENTION CENTERS

ABSTRACT: After an overview of the right to mental health within the Italian legal system, the focus shifts to the protection of the right to health for irregular immigrants. It highlights how, although specific regulations are in place to safeguard this right even for those without Italian citizenship, its actual implementation remains largely inadequate. This appears to stem both from legal uncertainties and from the practical management of this right by the competent authorities. The analysis then turns to the guarantees of the right to health within the Repatriation Detention Centers, emphasizing not only the frequent denial of this right, but also the use of sedation and other restrictive practices.

KEYWORDS: Right to Mental Health; Non-EU Immigrants; Repatriation Detention Centers; Chemical Restraint; Social inclusion

ABSTRACT: Dopo una panoramica sul diritto alla salute mentale nell'ordinamento italiano, l'analisi si concentra sulla tutela del diritto alla salute degli immigrati irregolari, evidenziando come, sebbene siano in vigore normative specifiche per tutelare questo diritto anche per chi non ha cittadinanza italiana, la sua effettiva attuazione risulta ancora in larga parte insufficiente. Questo sembra derivare sia dalle incertezze normative, sia dalla garanzia in concreto del diritto alla salute da parte degli enti preposti. La riflessione si concentra quindi sulle garanzie del diritto alla salute all'interno dei Centri di permanenza per i rimpatri, sottolineando non solo la sua frequente negazione, ma anche il ricorso alla sedazione, ovvero a pratiche di tipo contenitivo.

PAROLE CHIAVE: Diritto alla salute mentale; Immigrati extracomunitari; Centri di permanenza per i rimpatri; Contenzione farmacologica; Inclusione sociale

SOMMARIO: 1. La salute mentale nell'ordinamento italiano – 2. Il diritto alla salute degli stranieri – 3. I diritti degli immigrati trattenuti nei Centri di permanenza per i rimpatri.

*Assegnista di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Brescia. Mail: alessandra.mazzola@unibs.it. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.



1. La salute mentale nell'ordinamento italiano

I diritto alla salute mentale, sebbene già compreso nel diritto sancito dall'art. 32 Cost., è stato espressamente disciplinato nel solco della norma costituzionale solo a partire dalla legge 13 maggio 1978, n. 180 (c.d. legge Basaglia), successivamente confluita quasi integralmente negli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale¹. La legge n. 180 del 1978 ha inequivocabilmente sancito che la salute mentale rappresenta una *species* del *genus* salute, configurandone probabilmente la componente più rilevante in quanto idonea a

¹ La condizione giuridica delle persone affette da disturbi mentali in Italia ha conosciuto una significativa trasformazione. Inizialmente, in assenza di una normativa specifica, la relativa gestione era affidata a manicomì, che esercitavano forti poteri coercitivi; laddove questi mancassero, le persone affette da patologie psichiatriche, ovvero considerate socialmente pericolose, erano destinate al carcere secondo la logica segregazionista elaborata in Francia da Philippe Pinel (cfr. R. CANOSA, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, 1979, 22; D. PICCIONE, *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Merano, 2013, 37-39; F. DALLA BALLA, *I paradigmi normativi dell'amministrazione psichiatrica. Servizi territoriali e strumenti per l'autodeterminazione terapeutica a quarant'anni dalla Legge Basaglia*, in *BioLaw Journal*, 1, 2019, 400, nt. 3). Solo nella seconda metà del XIX Secolo la classe politica avvertì l'esigenza di disciplinare autonomamente il ricovero manicomiale rispetto alla detenzione carceraria. Dopo un lungo e accidentato percorso, si giunse all'approvazione della legge 14 febbraio 1904, n. 36 (c.d. legge Giolitti) recante "Disposizioni sui manicomì e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati", attuata con il regio decreto 16 agosto 1909, n. 615 (sul punto si vedano almeno M. MORELLO, *I malati di mente dalla legislazione preunitaria alla legge Basaglia*, Fano, 2012, 25-268; T. SANNINI, *Vizio di mente e pericolosità sociale. Aspetti storici, giuridici e sociologici*, in ADIR – L'altro diritto, 2014, cap. 1 § 2.1 e cap. 3 § 2.1; V. GASTALDO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione. Il caso della salute mentale*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, 576-579). Durante il periodo fascista la funzione custodiale dei manicomì si è accentuata, diventando strumento di repressione politica e sociale, tanto che l'ingresso in istituto segnava il "punto di non ritorno" della persona con sofferenza psichica, che perdeva irrimediabilmente la titolarità di alcuni diritti fondamentali, a partire da quello di voto, e perciò la possibilità del reinserimento nella società. Neppure l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana riuscì a scardinare la legge Giolitti, né la Corte costituzionale l'ha dichiarata costituzionalmente illegittima, probabilmente perché le conseguenze di questa pronuncia avrebbero comportato un vuoto di tutele ancor più grave per le persone con malattia mentale, che sarebbero state private di un luogo in cui trovare ricovero (così M. LUCIANI, *Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale*, in *Politica del diritto*, 3, 1986, 455). Con la sentenza n. 74 del 1968 la Consulta si è infatti limitata a indicare al legislatore la necessità di una revisione normativa, che è intervenuta con la legge 18 marzo 1968, n. 431 recante "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica" (c.d. legge Mariotti). Quest'ultima tentò di trasformare gli ospedali psichiatrici in strutture aperte, avvicinandone il funzionamento a quello dell'ospedale generale e riducendo il numero di pazienti che potevano essere ricoverati onde favorire la cura nei luoghi più familiari al paziente. Negli anni Settanta il clima culturale e politico garantista spinse il Partito radicale a promuovere un referendum abrogativo degli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge n. 36 del 1904, che la Corte costituzionale, con sentenza n. 16 del 1978, ha dichiarato ammissibile. In quel periodo pendeva però in Parlamento il disegno di legge istitutivo del Servizio sanitario nazionale, che intendeva anche prevenire, curare e assistere le persone affette da malattia mentale. Il timore che la normativa di risulta prodotta dalla consultazione referendaria potesse recare un vuoto normativo ancor più grave per la tutela del diritto alla salute mentale, poiché i manicomì sarebbero stati chiusi senza che le persone malate e le relative famiglie fossero altrimenti assistite, ha favorito il costituirsi di una maggioranza trasversale in Parlamento dalla quale è scaturita l'approvazione della legge 13 maggio 1978, n. 180 ("Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", nota come legge Basaglia), specificatamente dedicata alla salute mentale, che pose le basi per la deistituzionalizzazione e riconobbe l'unità inscindibile tra salute fisica e mentale, superando definitivamente la specialità delle normative precedenti.



influenzare sia la salute fisica sia la dimensione socio-relazionale dell'individuo². Del resto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute mentale come quello «stato di benessere» che consente alla persona di «realizzarsi» perché, consapevole delle proprie capacità, riesce ad «affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo» apportando «un contributo alla comunità della quale è parte attiva e responsabile»³.

Benché dagli studi scientifici risulti da tempo evidente che non può esserci salute senza quella mentale, gli ordinamenti giuridici non hanno dedicato a quest'ultima la stessa attenzione riservata a quella fisica né nelle scelte politiche, né nella destinazione delle risorse⁴ e, anche quando è stata presa in considerazione, la maggior parte dei finanziamenti è stata stanziata a favore dell'assistenza istituzionale a lungo termine⁵.

La salute mentale si conferma, pertanto, «un tema difficile da circoscrivere», anche in ragione dei numerosi intrecci e sovrapposizioni con altri ambiti che rendono particolarmente complesso il compito del decisore politico⁶, a cominciare dall'istituzione di sistemi di welfare idonei a favorire l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone affette da tali patologie, sino allo sviluppo di una “cultura” capace di rimuovere lo stigma che si associa comunemente ad esse⁷.

² M. LUCIANI, *op. cit.*, 439 ss. sostiene che la salute mentale è precondizione di quella fisica; nello stesso senso B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1, 1983, 50-51; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, 1, 1984, 31; R. ROMBOLI, *La "relatività" dei valori costituzionali per gli atti di disposizione del proprio corpo*, in *Politica del diritto*, 1, 1991, 586; C. D'ARRIGO, *Salute (diritto alla)* (voce), in *Enciclopedia del diritto*, Agg. V, Milano, 2001, 1015; S. Rossi, *La salute mentale tra libertà e dignità, Un dialogo costituzionale*, Milano, 2015, 159-164.

³ ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Strengthening mental health promotion*, Ginevra, 2001. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-V*, ed. it., Milano, 2014, 22 definisce il disturbo mentale come «una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale»; a 693 definisce la sindrome come un «raggruppamento di segni e sintomi, basato sulla loro frequente concomitanza, che può suggerire una sottostante patogenesi, un decorso, una familiarità e un'indicazione di trattamento comuni».

⁴ UNITED NATION, *Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, A/HRC/35/21, 28 marzo 2017, 3 evidenzia proprio che a livello globale i budget sanitari destinati alla salute mentale ammontano a meno del 7%. La Conferenza nazionale per la salute mentale del 2021 ha stimato che nel nostro Paese alla salute mentale è destinato, in media, il 3,5% della spesa sanitaria complessiva; si distinguono le Regioni del nord e in particolare le province di Trento e Bolzano dove la spesa arriva quasi al 7%, mentre per le Regioni del sud la spesa è di poco superiore al 2%.

⁵ Ciò rimanda alla logica separazionista e custodiale dei manicomì, la quale riteneva necessario costruire questi luoghi «in un ambiente sereno, al riparo delle tensioni della vita, con un contatto idilliaco con la natura per rendere meno tormentata, più naturale e distesa l'esistenza dei malati di mente» (B. BENIGNI, *I livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale*, in *Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, 2, 2012, 206), tanto che i manicomì furono costruiti nelle zone più remote delle città. Il dichiarato fine di offrire ricovero in luoghi “gradevoli”, che potessero favorire la serenità delle persone affette da malattie mentali, celava in realtà l'obiettivo di separare le persone malate dalla c.d. società dei sani (sul punto cfr. G. AMATO, *Individuo e autorità nella disciplina della libertà*, Milano, 1967, 526-527, nt. 60 e 63 e S. MERLINI, *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in *Democrazia e diritto*, 1-2, 1970, 61 e 67-68).

⁶ E. VIVALDI, *Disabilità mentali e vita indipendente. Percorsi di attuazione del principio personalista*, Napoli, 2023, 6.

⁷ Il secondo rapporto OCSE *Fitter Minds, Fitter Jobs – From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies* pubblicato nell'ottobre 2021 ha rilevato che è quantomai urgente la necessità di superare



Alla complessità strutturale del tema si aggiungono le difficoltà operative legate all'attuazione del diritto alla salute. Com'è noto, l'approvazione della legge n. 833 del 1978 si inserisce in un contesto di profonda trasformazione dell'assetto istituzionale e organizzativo dello Stato, segnato dall'entrata in funzione delle Regioni, dal superamento del sistema mutualistico e dall'affermazione dei principi di equità e giustizia sociale⁸. La finalità perseguita era quella di configurare l'assistenza sanitaria quale servizio pubblico universale, uniformemente garantito su tutto il territorio nazionale⁹, ispirato ai principi dell'universalismo e della globalità, e finanziato mediante la fiscalità generale¹⁰.

In questa prospettiva, con specifico riferimento alla garanzia del diritto alla salute mentale, la relazione tra il paziente e l'amministrazione sanitaria è stata modellata secondo una logica di *governance* multilivello, coerente con l'articolazione della forma di Stato. Alla dimensione statale sono state invero attribuite funzioni di indirizzo, programmazione generale e coordinamento tecnico-amministrativo (art. 6 legge n. 833 del 1978); alle Regioni è stato riconosciuto il compito di declinare l'attuazione del diritto alla salute nei propri ambiti territoriali, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti a livello nazionale (art. 7 legge n. 833 del 1978); mentre la concreta erogazione delle prestazioni sanitarie, incluse quelle in ambito psichiatrico, è stata affidata alle Unità sanitarie locali (USL), in quanto articolazioni territoriali preposte alla gestione operativa dei servizi (art. 10 legge n. 833 del 1978)¹¹.

È altrettanto noto che gli enti territoriali si sono trovati in estrema difficoltà nell'organizzare i servizi sanitari a causa del ritardo che il nostro Paese ha conosciuto nel processo di regionalizzazione, e

i pregiudizi verso i disagi mentali, nei confronti dei quali sembra necessario implementare un sistema sanitario che sia in grado di muoversi soprattutto con attività preventive di diagnosi; inoltre, il documento esorta le Nazioni a promuovere ambienti di cura improntati alla personalizzazione del percorso terapeutico e, dunque, all'interno dei quali il malato non soffra in maniera eccessiva il distacco con i luoghi per sé familiari.

⁸ Su questi aspetti cfr. le analisi di R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 53-77; F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, 539-552 e M. COSULICH, *Equità va cercando... Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2022, 203-207.

⁹ Dubbiose rispetto alla formulazione del Servizio sanitario nazionale, a partire dalla gratuità estesa a tutti i cittadini per effetto del sistema previdenziale che imponeva obblighi fiscali a coloro che lavoravano o che avevano redditi ad altro titolo, è P. BARILE, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, Bologna, 1984, 372-373.

¹⁰ Ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 833 del 1978 il Servizio sanitario nazionale «è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualanza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini». Per un'analisi si vedano almeno B. PEZZINI, *op. cit.*, 59-61, la quale evidenzia le caratteristiche del SSN, e R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *op. cit.*, 78-79.

¹¹ Le Unità sanitarie locali costituivano «il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge» (art. 10, secondo comma, legge n. 833 del 1978). L'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730 ha stabilito che le attività di carattere sanitario connesse a quelle assistenziali rientrano tra le prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale. Più precisamente, enti locali e Regioni potevano avvalersi delle Unità sanitarie locali, a condizione che ne sostenessero il relativo onere finanziario; in conseguenza, è stato stabilito che nessuna voce socioassistenziale potesse gravare il Fondo sanitario, quindi alle USL è stata imposta una contabilità separata per le funzioni esercitate volte a soddisfare le richieste degli enti locali. La norma non ha tuttavia stabilito quali fossero queste attività, dando luogo ad alcune difficoltà pratiche.





soprattutto per la mancanza di un quadro normativo chiaro, idoneo a indicare in che modo organizzare, perlomeno nei livelli minimi, servizi e presidi territoriali extraospedalieri volti a rendere effettivi i percorsi di cura.

In particolare, l'assenza di regolamenti governativi di attuazione della legge n. 180 del 1978 e, poi, della legge n. 833 del 1978, ha reso sfuggente l'obiettivo amministrativo-finanziario «di predisporre i mezzi pratici» per soddisfare il diritto alla salute mentale¹², finalità che è rimasta in larga misura affidata alle “capacità” proprie degli organi di governo regionali.

Neppure le riforme del Servizio sanitario nazionale introdotte negli anni Novanta sono riuscite a superare queste iniziali difficoltà. I decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502, 7 dicembre 1993, n. 517 e 19 giugno 1999, n. 229 hanno inciso anche sulla garanzia del diritto alla salute mentale, riducendo in particolare i fondi destinati alle Regioni per l'erogazione dei relativi servizi. Più nello specifico, essi hanno introdotto nel sistema sanitario un modello improntato alla logica aziendalistica della sanità. L'introduzione di forme differenziate di assistenza, a partire da quelle di natura privata, ha provocato rilevanti criticità sotto il profilo dell'effettività del diritto alla salute, al punto da richiedere successivi interventi volti a promuovere modelli integrativi tra il settore pubblico e quello privato. In particolare, il d.lgs. n. 229 del 1999 ha rafforzato il ruolo delle Regioni nella programmazione e nella gestione del Servizio sanitario, attribuendo al settore privato una funzione sussidiaria e integrativa nella definizione delle politiche sanitarie. Questo intervento è stato interpretato come una “riforma della riforma” poiché ha inciso in maniera significativa sulla struttura e sull'impianto originario del Servizio sanitario nazionale, contribuendo a delineare, nella sostanza, un nuovo modello organizzativo e gestionale della sanità pubblica¹³.

In questo contesto, molte Regioni hanno approvato, anche in tempi rapidi, leggi volte a ottemperare alle indicazioni contenute nella legge 180 del 1978¹⁴, mentre altre Regioni vi hanno provveduto con un

¹² A. PACE, *Diritti di libertà e diritti sociali nel pensiero di Piero Calamandrei*, in *Politica del diritto*, 4, 1988, 695.

¹³ A conferma della portata di tale trasformazione, Corte costituzionale, sentenza n. 355 del 1993 § 22 *Cons. dir.*, ha osservato che dal «carattere fortemente innovativo del sistema» possono conseguire «rischi sociali». Sulla natura della riforma del 1999 la dottrina è divisa perché alcuni ritengono che abbia semplicemente corretto il decreto del 1992 (N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo. Le funzioni di ordine, le funzioni del benessere*, Milano, 2003, 644 ss.), mentre altri l'hanno interpretato come un'innovazione del SSN (R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPERE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, 21 ss. e L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, 2005, 31 ss.). Inoltre, C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, 1-3 osserva che le riforme avevano l'obiettivo di garantire ai pazienti la libertà di scelta tra i diversi enti erogatori del servizio sanitario; tale obiettivo, tuttavia, non ha conseguito il risultato atteso di responsabilizzare le Regioni in merito al controllo della spesa sanitaria. Ne è conseguita la riforma del 1999, che ha segnato un ritorno alla vocazione pubblica del sistema sanitario, pur innestandosi su un impianto normativo già parzialmente compromesso dalle precedenti novelle legislative. E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012, 30-31 ha messo in luce come la previsione del Servizio sanitario nazionale su tre livelli (statale, regionale e locale) abbia anticipato le c.d. riforme Bassanini che, a loro volta, hanno anticipato la riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione. F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, 591-593 sostiene la bontà della riforma del 1999 perché è stata in grado di sviluppare in concreto il principio contenuto nell'art. 32 Cost.

¹⁴ La prima iniziativa legislativa a tutela della salute mentale è rappresentata dalla legge regionale dell'Emilia-Romagna 31 luglio 1978, n. 25 (“Riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica”); a breve è seguita la legge provinciale di Bolzano 25 agosto 1976, n. 37 (“Servizio di salute mentale”), pensata in attesa dell'istituzione delle Unità



certo ritardo¹⁵. Inoltre, in uno schema a geometria variabile, alcune Regioni hanno adottato un modello fondato sulla valorizzazione del principio di solidarietà sociale, che tende a organizzare il servizio pubblico di assistenza in funzione della soddisfazione del diritto alla salute; altre, invece, hanno optato per scelte ispirate alla logica della concorrenza economica, orientate alla progressiva riduzione dell'intervento pubblico in ambito sanitario¹⁶.

Sanitarie Locali. Seguirono il Decreto del Presidente della Giunta provinciale di Trento 31 marzo 1977, n. 6-93/legisl., attuativo della legge provinciale 22 gennaio 1971, n. 3, che aveva già regolamentato il personale dei servizi di salute mentale. La Valle d'Aosta intervenne con la legge regionale 29 novembre 1978, n. 60 ("Organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali"), successivamente integrata dalle leggi regionali 22 gennaio 1980, n. 2 e 23 marzo 1981, n. 18, volte a normare anche la salute mentale. Anche la Basilicata si dimostrò virtuosa approvando la legge regionale 20 agosto 1979, n. 28 ("Disciplina provvisoria per i servizi psichiatrici pubblici territoriali"), completata dalla legge 3 gennaio 1980, n. 1 e, infine, dalla legge 3 marzo 1985, n. 14 ("Istituzione dei Dipartimenti di salute mentale"). Rapide nell'adozione di leggi regionali specificamente dedicate alla salute mentale sono state anche le Regioni Sicilia (l.r. 14 settembre 1979, n. 215); Molise (l.r. 23 aprile 1980, n. 10); Puglia (l.r. 20 giugno 1980, n. 72); Friuli-Venezia Giulia (l.r. 23 dicembre 1980, n. 72); Calabria (l.r. 17 dicembre 1981, n. 20). L'Abruzzo, con la legge regionale 15 febbraio 1980, n. 21 ("Istituzione delle U.S.L."), si occupò del tema, precisandolo poi con la legge 27 agosto 1982, n. 72 ("Disciplina dei servizi di igiene mentale"). Il Lazio adottò la legge regionale 14 luglio 1983, n. 49 ("Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale"), modificata dalla legge regionale 11 maggio 1984, n. 18 ("Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale"); nello stesso anno anche la Campania con la legge regionale 3 gennaio 1983, n. 1 ("Istituzione in ciascuna USL del servizio per la tutela della salute mentale"), cui ha fatto seguito la legge regionale 24 febbraio 1986, n. 9 concernente i "Provvedimenti per garantire la continuità dei servizi per la tutela della salute mentale". La Sardegna intervenne con riferimenti generali nella legge regionale 16 marzo 1981, n. 13 e solo nel 1992, con la legge regionale 27 agosto, n. 15, introdusse norme più specifiche ("Provvidenze per infermi di mente e minorati psichici"), anticipando il Progetto obiettivo nazionale del 1994. La Liguria trasformò gli ospedali psichiatrici con la legge regionale 19 maggio 1983, n. 18, completando la riforma dieci anni dopo la legge Basaglia, con la legge regionale 4 agosto 1988, n. 39 ("Organizzazione dei Servizi di salute mentale"). Le Marche approvarono solo nel 1985 la legge regionale 3 maggio, n. 27 ("Istituzione del servizio per la tutela della salute mentale a struttura dipartimentale"). In ritardo rispetto alle altre Regioni, anche la Lombardia, che adottò la legge regionale 31 dicembre 1984, n. 67, messa a punto dalla legge regionale 7 giugno 1985, n. 72 e, poi, dalla legge regionale 16 settembre 1988, n. 47 ("Organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale").

¹⁵ In ritardo rispetto al panorama regionale si segnalano il Veneto, che intervenne solo nel 1989 con la legge regionale 20 luglio, n. 21 ("Piano sociosanitario regionale 1989-1990"); e il Piemonte, con la legge regionale 23 ottobre 1989, n. 61 ("Disposizioni per l'assistenza dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici"). E, ancor più, la Regione Toscana, che solo con legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 ha dato una disciplina alla materia, nonché la Regione Umbria, che di fatto è tutt'oggi sprovvista di una legge sulla salute mentale; alcuni riferimenti sono invece contenuti nel Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali pubblicato con legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 e successive integrazioni.

¹⁶ Il ritardo nel «“prendere sul serio” il nuovo assetto dei rapporti centro-periferia» (A. APOSTOLI, *Alla ricerca di un nuovo assetto nel sistema delle autonomie territoriali*, in A. APOSTOLI, M. GORLANI, N. MACCABIANI (a cura di), *Quale rilancio per le autonomie territoriali?*, Milano, 2020, 16), insieme all'assenza di interventi redistributivi da parte dello Stato, sono stati successivamente aggravati dalla prima crisi economica del XXI Secolo poiché il livello di governo centrale non aveva ancora implementato un sistema di dialogo con gli enti territoriali, che dunque non erano pronti ad accogliere la sfida della maggiore autonomia. Lo Stato, ridimensionando la spesa pubblica, ha contratto la capacità economica e organizzativa delle Regioni nell'erogare i servizi alla persona che, a causa del capovolgimento delle competenze tra i livelli di governo successiva alla riforma del Titolo V, ha determinato un mutamento *in peius* nella garanzia della tutela dei diritti (e nel correlativo adempimento dei doveri). Di qui, hanno preso forma diversi modelli di servizio sanitario, più o meno differenziati da quello nazionale. Il riferimento è ai modelli cc.dd. separato, misto e integrato, tutti leciti stando all'interpretazione della legge n. 833 del 1978 e del d.lgs. n. 502 del 1992. Nondimeno, la Lombardia si è ispirata alla logica della concorrenza economica,





Il mancato coordinamento centrale, con conseguente sviluppo dei diversi modelli di tutela della salute mentale sul territorio nazionale, ha determinato una tutela parziale del diritto, e tale inadempienza è stata imputata proprio agli esecutivi regionali. Di questo v'è prova nel regolamento governativo emanato con d.P.R. 7 aprile 1994 recante *Approvazione del progetto-obiettivo "Tutela salute mentale 1994-1996"* che, in *Premessa*, denunciava il sostanziale fallimento dei servizi territoriali di cura della psichiatria, i quali hanno comportato «un sovraccarico funzionale alla famiglia» rispetto alla presa in custodia e alla gestione delle persone malate, che hanno determinato «diffusi fenomeni di rigetto della stessa filosofia della legge n. 180/1978»¹⁷.

Nonostante le Regioni abbiano acquisito piena consapevolezza delle strutture sanitarie competenti per la cura delle patologie psichiatriche e delle modalità di erogazione dei relativi servizi solo con il regolamento governativo emanato nel 1994¹⁸, non va sottaciuta la circostanza che proprio tale livello di governo ha dimostrato una non scontata capacità «di resilienza e di resistenza»¹⁹, impegnandosi comunque a dare attuazione alla legge quadro del 1978.

Per colmare le marcate disomogeneità territoriali nella garanzia dei livelli minimi di tutela del diritto alla salute mentale, il 1° novembre 1999, a distanza di circa vent'anni dall'entrata in vigore della c.d. legge Basaglia, è intervenuto un secondo regolamento governativo recante *Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"*, finalizzato a integrare e perfezionare il precedente, cioè a uniformare l'assistenza psichiatrica su tutto il territorio nazionale.

Quest'ultimo regolamento muoveva dalla constatazione della perdurante assenza di modelli terapeutici espressamente volti a favorire la risocializzazione delle persone affette da malattia mentale, nonché di protocolli dedicati all'assistenza nei processi di integrazione e partecipazione alla vita della

sperimentando una forma di autonomia e di gestione orientata al mercato, che ha progressivamente ridotto l'intervento pubblico in quest'ambito. Nella grande maggioranza delle Regioni, alcune delle quali pur con un modello di autonomia spinto, come Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Toscana, vige un modello c.d. misto dove alle ASL si affiancano le aziende sanitarie ospedaliere ed entrambi producono prestazioni sanitarie. Per un'analisi più approfondita si veda il report di DEMOSKOPIKA, *La performance sanitaria. Indice di misurazione e valutazione dei sistemi regionali italiani*, 2019, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8783063.pdf> e M. D'ANGELOSANTE, *I sistemi sanitari regionali alla prova della differenziazione "ordinaria"*, in *Osservatorio costituzionale*, 1, 2024, spec. 113-115.

¹⁷ Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", Premessa. Si vedano inoltre F. ASIOLI, A. FIORITTI, *Le leggi per la salute mentale*, in A. ZAGLIO (a cura di), *Le leggi dell'ospedale*, Roma, 2001, 1191-1192 e C. CASTRONOVO, *Dignità della persona e garanzie costituzionali nei trattamenti sanitari obbligatori*, in *Jus*, 2-3, 1990, spec. 180-181 che denuncia come la vaghezza della legge e l'assenza di strutture alternative agli ospedali psichiatrici abbia oscurato l'obiettivo di cura, nonché I. CIOLLI, *Treatmenti Sanitari Obbligatori e il paziente con problemi psichici. Profili costituzionali*, in *Amministrazione in Cammino*, 9 luglio 2012, 10

¹⁸ In questo senso si veda D. PICCIONE, *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, cit., 125, per il quale il Progetto obiettivo del 1994 costituisce «tardivo ma efficace sforzo di attuazione della legge 180». Contra E. VIVALDI, *op. cit.*, 131-133 ad avviso della quale l'insoddisfacente risposta data all'attuazione della legge n. 833 del 1978 è stata il frutto degli interventi regionali «a macchia di leopardo»; l'A. imputa la mancata attuazione dei principi della legge statale alle Regioni che, a suo avviso, non adottarono in maniera uniforme la normativa prevista dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Di qui, la necessità che il legislatore statale adottasse i Progetti obiettivo in grado di uniformare la disarticolata normativa regionale.

¹⁹ E. FACCHI, N. MAGNANI, *Verso il benessere mentale di comunità*, in *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, 25, 23 dicembre 2022; si vedano inoltre almeno I. CIOLLI, *op. cit.*, 10 e M. MORELLO, *op. cit.*, 268-274.



comunità e nei percorsi di sviluppo della personalità. Inoltre, il legislatore, preso atto che le malattie mentali possono determinare «disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale»²⁰, riconosceva a queste patologie una “nuova” attenzione, impegnandosi a promuovere un accordo tra intervento sanitario e sociale.

In questo contesto, i due Progetti obiettivo dedicati alla salute mentale, almeno sotto il profilo formale, hanno realmente posto le basi per rendere effettiva la cura delle patologie psichiatriche nel luogo più prossimo al paziente, cercando di sopperire ai ritardi e alle incertezze manifestatesi a livello regionale. Nondimeno, il ritardo nell'adozione dei regolamenti di attuazione della legge n. 180 del 1978 ha sensibilmente indebolito l'efficacia della disciplina ivi contenuta, tanto che le fonti di rango secondario sono risultate armi spuntate sia nel garantire tutele uniformi del diritto su scala nazionale, sia nella definizione di protocolli (o linee guida) per il trattamento sanitario delle persone affette da patologie psichiatriche²¹.

Le differenze tra i territori non sono state colmate neppure dalla riforma del Titolo V, Parte seconda, della Costituzione e, in particolare, dall'introduzione del principio relativo ai livelli essenziali delle prestazioni – anche sanitarie – da fornire in maniera uniforme sul territorio nazionale (art. 117, secondo comma, lett. *m*), Cost.)²². Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, che definiva i livelli essenziali di assistenza (LEA), con riguardo alle prestazioni per la salute mentale – ma

²⁰ D.P.R. 1° novembre 1999, recante *Approvazione del progetto obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000”*, 5. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 “Un patto di solidarietà per la salute” approvato con d.P.R. 23 luglio 1998, benché non specificamente dedicato al tema della salute mentale, ha inoltre previsto che il sistema sanitario e i soggetti della società civile (soprattutto gli organismi di volontariato) si impegnano a migliorare lo “stato di salute” della popolazione, che non dipende esclusivamente dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma affonda le proprie radici in principi costituzionali più ampi, riconducibili al nucleo dei diritti inviolabili.

²¹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, 21 settembre 2017, 8-9 denuncia come a distanza di circa quarant'anni il modello di assistenza territoriale della salute mentale sia ancora largamente insoddisfacente.

²² È opportuno ricordare che la disciplina relativa i livelli essenziali di assistenza era già stata sancita dall'art. 3, secondo comma, della legge n. 833 del 1978, la quale stabiliva che la legge statale, nel definire il Piano Sanitario Nazionale, avrebbe dovuto fissare «i livelli delle prestazioni sanitarie» da garantire «a tutti i cittadini». Inoltre, l'articolo 1, quarto comma, lett. *b*), d.lgs. n. 502 del 1992 prevedeva che il Piano Sanitario Nazionale dovesse definire i livelli uniformi di assistenza sanitaria al fine di poter garantire alcune prestazioni a tutti i cittadini. Il secondo comma del medesimo atto normativo ha introdotto anche il requisito dell'appropriatezza dei livelli essenziali con particolare «riguardo alle specifiche esigenze» connesse alla soddisfazione del diritto alla salute. A definire il concetto di appropriatezza soccorre il settimo comma della norma, che induce a ritenere che le prestazioni sanitarie siano appropriate se la relativa efficacia è soggetta a dimostrazione sulla base delle evidenze scientifiche (c.d. appropriatezza clinica) e a condizione che soddisfino il principio di economicità nell'impiego delle risorse (c.d. appropriatezza organizzativa). Il d.lgs. n. 229 del 1999, all'art. 1, secondo comma, ha poi precisato il concetto di livelli essenziali delle prestazioni riferendosi, in particolare, alla relativa essenzialità, così da poter garantire l'uniformità del servizio sanitario e assicurare anche un elevato grado di qualità. In questo secondo atto normativo l'espressione è connessa a concetti come «il rispetto della dignità della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza», che manifestano la necessità di determinare a livello nazionale standard di servizi sanitari eguali su tutto il territorio nazionale.





non solo in realtà²³ –, sembrava essere «“nato già vecchio”»²⁴ perché non ha colto la *ratio* della novella costituzionale, limitandosi a una mera elencazione dei servizi sociosanitari che già erano istituiti.

Il quadro normativo è migliorato con il decreto del Presidente del Consiglio del 12 gennaio 2017, che ha stabilito *ex novo* i livelli essenziali di assistenza indicando, in particolare, le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini attraverso le risorse pubbliche del Servizio sanitario nazionale (art. 1, secondo comma, d.P.C.m.). A differenza del d.P.C.m. del 2001, quello del 2017 affronta in maniera esaustiva la materia dell’assistenza sociosanitaria, dedicandovi un intero Capo, il IV, nel quale disciplina in modo dettagliato i livelli essenziali di assistenza per le persone affette da malattia mentale (artt. 26, primo comma, lettere d), i), j), k) ed l) e 33, primo comma, lettere f), g) ed h)). In particolare, si prevede che l’organizzazione dell’assistenza debba svilupparsi secondo un modello di «accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto» di cura, che dev’essere progettato *ad hoc* per ciascun paziente²⁵. Nonostante il significativo passo avanti del d.P.C.m. del 2017, esso non ha raggiunto gli obiettivi prefissati segnando, piuttosto, un solido punto di partenza per garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale il diritto all’assistenza psichiatrica.

Se l’ordinamento interno ha mostrato limiti strutturali e disomogeneità nell’attuazione del diritto alla salute mentale, va osservato che le garanzie in quest’ambito non appaiono più solide neppure a livello sovranazionale dove, com’è noto, la salute rientra tra le materie di competenza degli Stati membri, essendo una materia c.d. trasversale, rispetto alla quale, eventualmente, l’Unione europea può completare e armonizzare le politiche interne. Proprio in ragione di questa limitata competenza, l’ordinamento europeo non ha offerto contributi significativi nella tutela della persona affetta da malattia mentale, limitandosi a promuovere “*best practices*” e indirizzi di carattere programmatico²⁶.

²³ Il d.P.C.m. 29 novembre 2001 non ha indicato chiaramente la quantità delle risorse erogate dallo Stato, né il livello minimo di garanzia dei diritti che le Regioni dovevano assicurare, limitandosi a classificare ed elencare le prestazioni sanitarie erogabili in tutto o in parte dal Sistema sanitario nazionale. Solo con l’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato istituito, all’art. 9, il Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA (c.d. Comitato LEA) al quale è stato affidato il compito di controllare le osservanze delle Regioni e che consentiva – insieme ai risultati del Tavolo di verifica degli adempimenti – alla grande maggioranza di queste l’accesso a un premio del 3% delle somme dovute «a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie», del quale tuttavia beneficiavano solo le Regioni che già godevano di una solida finanza (sul punto v. R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F.A. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini, 2012, 79-95, spec. 92 e Camera dei deputati, Servizio Studi, XVIII Legislatura, *I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)*, 29 settembre 2022).

²⁴ S. Rossi, *La salute mentale tra libertà e dignità*, cit., 220.

²⁵ CONFERENZA UNIFICATA, *Piano di azioni nazionale per la salute mentale*, accordo n. 4, 24 gennaio 2013, *Premessa*.

²⁶ A partire dal *Libro verde sulla salute mentale* adottato dalla Commissione nel 2005, che ha cercato di occuparsi delle problematiche relative alle patologie psichiatriche definendo una strategia per il benessere mentale della comunità; il documento non indica alcun programma politico-sociale orientato all’inclusione nelle formazioni sociali e nella società delle persone affette da tali patologie, ma si limita a riflettere sull’impatto che esse possono provocare alle economie dei singoli Stati membri e, di riflesso, dell’ordinamento sovranazionale, se non sono prese in considerazione da ogni Stato membro. L’Unione europea pone invero particolare attenzione alla scarsa o nulla produttività delle persone affette da malattie mentali, nonché ai costi degli interventi sanitari e socioassistenziali che gli ordinamenti nazionali sono chiamati a sostenere per la cura di queste persone. L’idea che la persona bisognosa di assistenza psichiatrica sia un costo per lo Stato è stata ribadita dalla Risoluzione del Parlamento europeo sul miglioramento della salute mentale della popolazione, ad avviso della quale «il valore aggiunto di una strategia comunitaria sulla salute mentale della popolazione europea si colloca soprattutto a livello



Salvo

Solo grazie alla centralità attribuita dal diritto sovranazionale al principio di non discriminazione, l’Unione europea è riuscita a offrire un discreto contributo alla tutela della salute mentale, seppur in modo indiretto, ossia attraverso la prospettiva della disabilità. Un approccio che si è consolidato nei tempi più recenti attraverso le politiche economiche adottate nell’ambito del programma *Next Generation EU* e, di conseguenza, con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Nell’ambito della “Missione salute” del PNRR, infatti, sono state previste misure specifiche a favore della salute mentale e del potenziamento dell’assistenza territoriale con l’obiettivo di integrare i servizi sanitari e le politiche sociali di inclusione nella comunità²⁷, promuovendo anche progetti di vita indipendente²⁸.

Per quanto di maggiore interesse in questa sede, la “Missione Salute” del PNRR promuove il rafforzamento dell’assistenza territoriale anche nel campo della salute mentale, con l’obiettivo di spostare l’asse dell’intervento terapeutico dall’ospedale ai servizi di prossimità. A tal fine, viene incentivato un modello integrato che prevede il coordinamento tra servizi sanitari e socioassistenziali, attuato tramite strutture come le Case della comunità e l’assistenza domiciliare, affidate a *équipe* multidisciplinari composte da professionisti sanitari e assistenti sociali, in linea con quanto previsto anche dalla “Missione Inclusione e Coesione sociale” del Piano. In questo contesto si colloca anche il decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77, che definisce standard e modelli per l’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, ma che non fa alcun riferimento alla salute mentale, benché sia ormai riconosciuta come parte fondamentale del diritto alla salute²⁹.

L’impianto normativo sinteticamente richiamato si pone in continuità con i principi della c.d. legge Basaglia, mirando a realizzare concretamente l’assistenza psichiatrica al di fuori delle strutture ospedaliere e a promuovere progetti di vita indipendente e percorsi di inclusione sociale per le persone affette da disturbi mentali³⁰.

della prevenzione»; infatti, già solo la prevenzione può assicurare un risparmio in termini di spesa rispetto agli interventi necessari per curare gli stati morbosì. L’interesse economico-finanziario dell’ordinamento sovranazionale per la tutela e la promozione della salute mentale è stato ribadito nel *Piano d’Azione Europeo per la Salute Mentale* stilato dal Comitato regionale dell’Organizzazione mondiale della sanità, che a sua volta considera ogni essere umano adulto anzitutto come forza-lavoro.

²⁷ Cfr. in particolare la legge di delega 22 dicembre 2021, n. 227, attuata con i decreti legislativi n. 222 del 2023; n. 20 del 2024 e n. 62 del 2024.

²⁸ G. ARCONZO, G. RAGONE, S. BISSARO, *Il diritto delle persone con disabilità al progetto individuale*, in *Le Regioni*, 1, 2020, 35 hanno sostenuto che la realizzazione di progetti di vita indipendenti è una delle forme in cui si può manifestare la libertà di scelta che la Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità consisce all’art. 19 e potrebbe essere il «presupposto necessario per l’effettivo esercizio, da parte delle persone con disabilità, di molti dei diritti fondamentali che la stessa Carta costituzionale loro attribuisce». Cfr. inoltre G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali*, Milano, 2020, 245; G. MATUCCI, *Persona, formazione, libertà. L’autorealizzazione della persona con disabilità fra istruzione e legal capacity*, Milano, 2021, 58 e E. VIVALDI, *op. cit.*, spec. 161-162 e 170-171 e 176-177.

²⁹ Cfr. UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *L’assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, Focus tematico n. 2, 13 marzo 2023, 6.

³⁰ In questo senso G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una “transizione formativa” e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2022, 6-9 e 12-15 e, ivi, R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell’assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, 7-13. F. BIONDI DAL MONTE, *Per un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Sfide e prospettive nel quadro del PNRR e dopo vent’anni dall’approvazione della l. 328/2000*, in *Le Regioni*, 4, 2021, 784-787 rileva inoltre un tentativo del PNRR di attuare gli aspetti ancora incompiuti della legge quadro per realizzare il sistema integrato di interventi e servizi



2. Il diritto alla salute degli immigrati

Per lungo tempo la condizione giuridica del non cittadino si è rivelata un «banco di prova» decisivo «per verificare la tenuta e l’effettività dei principi che stanno alla base di una moderna democrazia»³¹. Nonostante l’impronta universalista degli articoli 2 e 3 della Costituzione, e il *favor* verso gli stranieri sancito dall’art. 10, secondo e terzo comma, Cost., solo all’inizio degli anni Duemila si è affermato con chiarezza il primato dei diritti inviolabili indipendentemente dalla condizione giuridica dell’individuo³². La Corte costituzionale ha da tempo sancito che «lo straniero (anche irregolarmente soggiornante) gode di tutti i diritti fondamentali della persona umana»³³ in virtù dell’inviolabilità di alcune posizioni giuridiche e del principio solidarista, che integra la clausola di reciprocità. Del resto, «le ragioni della solidarietà umana non possono essere affermate al di fuori di un corretto bilanciamento dei valori in gioco, di cui si è fatto carico il legislatore»³⁴. Pertanto, è fondamentale garantire la priorità dei diritti «che la Costituzione proclama inviolabili» e che riguardano i «singoli non in quanto partecipi di una determinata comunità politica, ma in quanto esseri umani»³⁵. Ne consegue che «anche gli stranieri sono titolari dei diritti fondamentali di ogni persona con le garanzie previste dalle norme costituzionali, internazionali ed europee»³⁶, pur non essendo esclusa per il legislatore la possibilità di prevedere deroghe allo spazio di espansione degli stessi diritti proprio nei confronti degli stranieri³⁷.

Benché la giurisprudenza costituzionale non chiarisca le *species* delle posizioni giuridiche soggettive che devono essere riconosciute ai cittadini stranieri, né quali possono subire restrizioni³⁸, non vi è dubbio che il diritto alla salute rappresenti un ambito prioritario di tutela in quanto «nucleo fondativo di tutti gli altri diritti costituzionali e presupposto irrinunciabile per la piena realizzazione della persona

sociali (legge n. 328 del 2000). D. MONE, *Costituzione, regionalismo e coesione territoriale*, Napoli, 2023, 176 rileva «la coerenza degli obiettivi fissati nel PNRR con quelli posti dalla Costituzione e la loro finalizzazione alla garanzia del valore personalista».

³¹ A. APOSTOLI, *Diritti senza scuse*, Brescia, 2010, 11.

³² Ciò è probabilmente frutto anche delle vicende socioeconomiche del nostro Paese, che ha visto i cittadini emigrare e solo in tempi relativamente recenti è diventato Paese di approdo, trovandosi dunque in certa misura impreparato rispetto alla concreta disciplina della condizione giuridica dello straniero.

³³ Corte costituzionale, sentenza n. 198 del 2000, § 3 *Cons. dir.*

³⁴ Corte costituzionale, sentenza n. 353 del 1997, § 2 *Cons. dir.*

³⁵ Corte costituzionale, sentenza n. 105 del 2001, § 4 *Cons. dir.*

³⁶ P. BONETTI, *L’insostenibilità costituzionale delle recenti norme sugli stranieri. I limiti all’ingresso e al soggiorno che violano i diritti fondamentali e il sistema delle fonti del diritto non assicurano sicurezza, né alcuna disciplina efficace dell’immigrazione*, in *Diritto pubblico*, 3, 2019, 652.

³⁷ Corte costituzionale, sentenza n. 104 del 1969, § 4 *Cons. dir.* precisa, infatti, che «la riconosciuta egualianza di situazioni soggettive nel campo della titolarità dei diritti di libertà non esclude affatto che, nelle situazioni concrete, non possano presentarsi, fra soggetti uguali, differenze di fatto che il legislatore può apprezzare e regolare nella sua discrezionalità, la quale non trova altro limite se non nella razionalità del suo apprezzamento».

³⁸ Come ha sostenuto A. RUGGERI, *I diritti sociali ai tempi delle migrazioni*, in *Osservatorio costituzionale*, 2, 2018, 13, bisognerebbe «chiedersi se – secondo Costituzione – chi non è cittadino goda, o no, di certi diritti; in secondo luogo, in che misura gli stessi possano essergli riconosciuti; infine, se lo stato di particolare bisogno in cui alcune persone si trovano faccia aggio sulla bilancia in cui si mettono i beni della vita costituzionalmente protetti al fine di stabilire quale soddisfazione possa essere ad essi apprestata nelle singole circostanze».



umana»³⁹ che deve essere riconosciuto allo «straniero presente, anche irregolarmente»⁴⁰, nel nostro Paese.

A garanzia del diritto sancito all'art. 32 Cost., il Testo unico sull'immigrazione (decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286) stabilisce il divieto di segnalazione dell'immigrato irregolare che accede alle strutture sanitarie per ricevere trattamenti sanitari indispensabili (art. 35) e prevede la possibilità che sia concesso il permesso di soggiorno per motivi di salute (art. 19, secondo comma, lett. *d-bis*)⁴¹. La norma precisa che il diritto in esame è riconosciuto agli «stranieri che versano in condizioni di salute derivanti da patologie di particolare gravità, non adeguatamente curabili nel Paese di origine [...] tali da determinare un rilevante pregiudizio alla salute degli stessi, in caso di rientro nel Paese di origine o di provenienza»⁴².

È importante notare che l'art. 19, secondo comma, lett. *d-bis*, T.U. sull'immigrazione, non riconosce tutelle specifiche alla salute mentale degli immigrati, nonostante i «possibili traumi che questi possono aver subito nel Paese di origine o lungo il viaggio verso l'Europa»⁴³. L'attenzione alle condizioni psicofisiche degli immigrati irregolari risulta marginale anche nel concreto operare del sistema di accoglienza poiché, nell'attesa che venga adottato il provvedimento di espulsione per coloro che non hanno i requisiti per godere del diritto di asilo o per accedere a qualche altra forma di protezione, e per evitare che la persona straniera possa sottrarsi al provvedimento stesso⁴⁴, il legislatore ha previsto l'istituto

³⁹ C. TRIPODINA, *Art. 32*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla costituzione*, Padova, 2008, 321.

⁴⁰ Corte costituzionale, sentenza n. 252 del 2001, § 5 *Cons. dir.* Ciò non toglie che «il legislatore possa «prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso» (§ 2 *Cons. dir.*).

⁴¹ Al di là delle “maglie larghe” di questa disposizione, di fatto rimessa alla discrezionale interpretazione del personale sanitario e dell'autorità giudiziaria (su cui v. C. Corsi, *Il diritto alla salute alla prova delle migrazioni*, in *Istituzioni del federalismo*, 1, 2019, 65), è necessario interpretare la norma anche alla luce della giurisprudenza costituzionale, ad avviso della quale la garanzia del “nucleo duro” del diritto alla salute deve essere estesa non solo a coprire le cure urgenti (le manifestazioni di malessere immediatamente visibili), ma anche tutte quelle situazioni che possono danneggiare le condizioni di salute dell'immigrato. La salute, infatti, non si risolve semplicemente in un buono stato di condizione fisica, ma ricomprende anche la dimensione psichica e socio-relazionale. A tal proposito, Corte costituzionale, sentenza n. 99 del 2019, § 4.1 *Cons. dir.* ha precisato che «la malattia psichica è fonte di sofferenze non meno della malattia fisica ed è appena il caso di ricordare che il diritto fondamentale alla salute ex art. 32 Cost., di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica, alla quale l'ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela».

⁴² Compito dell'amministrazione è valutare, insieme alle competenti rappresentanze diplomatiche, l'impossibilità del richiedente protezione di godere nel proprio Paese delle cure necessarie e se il viaggio di ritorno in patria possa aggravare le condizioni di salute; cfr. Ministero dell'interno, Circolare n. 400/A/2019/12.214.18.2, 18 gennaio 2019, 2. Sul punto si segnala il decreto del 25 maggio 2022 del Tribunale di Bari che, sulla scorta della documentazione sanitaria allegata alla domanda di protezione internazionale e del rapporto COI pubblicato sul sito internet del sistema sanitario del Pakistan, ha ordinato il rilascio del permesso di soggiorno per cure mediche (art. 19, secondo comma, lett. *d-bis*, T.U.I.); in particolare, la persona richiedente protezione internazionale era affetta da una patologia psichiatrica che non avrebbe potuto essere egualmente curata nel Paese d'origine e perciò, in virtù dell'art. 32 della Costituzione repubblicana e dell'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, si è ritenuto necessario rilasciare il permesso di soggiorno per cure mediche.

⁴³ F. BIONDI DAL MONTE, *I richiedenti asilo e i diritti dell'integrazione*, in *Diritto costituzionale*, 2, 2020, 131.

⁴⁴ In questi termini D. LOPRENO, *Quale libertà personale per lo straniero in detenzione amministrativa?*, in C. PANZERA, A. RAUTI (a cura di), *Attualità di diritto pubblico*, III, Napoli, 2024, 90.



del trattenimento amministrativo nei Centri di permanenza per i rimpatri⁴⁵. Si tratta di luoghi in cui il diritto alla salute trova una garanzia solo generica e del tutto formale; l'art. 14, secondo comma, T.U. sull'immigrazione, si limita infatti a sancire che al loro interno devono essere «assicurati adeguati standard igienico-sanitari e abitativi [...] secondo quanto disposto dall'articolo 21, comma 8, del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394»⁴⁶.

⁴⁵ Con il T.U. sull'immigrazione, che ha assorbito la legge 6 marzo 1998, n. 40 (c.d. legge Turco-Napolitano), il legislatore ha istituito i Centri di permanenza temporanea e assistenza (CPTA), ovvero luoghi di detenzione amministrativa deputati a controllare l'immigrazione irregolare, migliorare l'efficacia delle politiche di espulsione e distinguere richiedenti asilo e rifugiati dagli altri immigrati irregolari, ma soprattutto “tutelare l'ordine pubblico”, ovvero assicurare alla popolazione la sicurezza delle città nonostante la presenza degli immigrati. Com'è noto, i Centri di permanenza temporanea e assistenza hanno subito negli anni diverse variazioni, più di forma che di sostanza. Infatti, il testo unico sull'immigrazione è stato significativamente modificato dalla legge 30 luglio 2002, n. 189 (c.d. legge Bossi-Fini), la quale ha ridisegnato la disciplina dei flussi migratori, scoraggiando l'ingresso degli stranieri nel nostro Paese, ovvero contrastando l'immigrazione clandestina. In concomitanza con la c.d. direttiva rimpatri, la n. 2008/115/CE, significativamente denominata “direttiva della vergogna”, il legislatore italiano ha nuovamente revisionato il T.U. sull'immigrazione attraverso i c.d. Pacchetti sicurezza (decreto-legge 28 maggio 2008, n. 92 e legge 15 luglio 2009, n. 94), che hanno sostituito i Centri di permanenza temporanea e assistenza con i Centri di identificazione ed espulsione (CIE). La modifica più rilevante consiste però nella previsione del reato di immigrazione clandestina e dell'aggravante della clandestinità tra le circostanze aggravanti comuni dell'art. 61 del Codice penale (art. 1, sedicesimo comma, l. n. 94 del 2009). L'art. 19, primo comma, del decreto-legge 17 febbraio 2017, n. 13 (c.d. decreto Minniti-Orlando) ha sostituito i Centri di identificazione ed espulsione con i Centri di permanenza per i rimpatri (CPR); inoltre, ha ampliato la rete dei centri, prevedendone di nuovi soprattutto nelle aree extraurbane, e ha introdotto misure più rapide per il rimpatrio. Il T.U. sull'immigrazione è stato nuovamente revisionato con i c.d. decreti sicurezza Salvini (decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113 e decreto-legge 14 giugno 2019, n. 53) che, fra l'altro, hanno abolito la protezione umanitaria e hanno allungato i tempi di permanenza nei centri. Quindi, è stato approvato il decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130 (c.d. decreto Lamorgese), che ha ampliato l'ambito di applicazione della c.d. protezione speciale e ha dimezzato i tempi di trattenimento nei CPR. Nel corso della XIX Legislatura si è tornati a misure più severe: il decreto-legge 10 marzo 2023, n. 20 (c.d. decreto Cutro) ha allungato il tempo massimo di trattenimento nei CPR e ha previsto nuove ipotesi di detenzione, come la previsione del trattenimento anche dei richiedenti protezione internazionale qualora vi sia pericolo di fuga ovvero se la persona abbia fornito false generalità; oppure la reclusione fino a quattro anni nel caso in cui si verifichi la violazione dell'ordine di allontanamento emesso dal questore. In questa Legislatura si inserisce anche il c.d. decreto sicurezza (decreto-legge 11 aprile 2025, n. 48), che non colpisce direttamente gli immigrati irregolari, ma che comunque prevede sanzioni più severe per coloro che si trovano già in condizioni di debolezza.

⁴⁶ Corte costituzionale, sentenza n. 96 del 2025, § 10.2 *Cons. dir.* ha affermato che l'articolo 14, secondo comma, del T.U. Immigrazione, che rinvia all'articolo 21 del d.P.R. n. 394 del 1999, dà luogo a «una normativa del tutto inidonea a definire, in modo sufficientemente preciso, quali siano i diritti delle persone trattenute nel periodo – che potrebbe anche essere non breve – in cui sono private della libertà personale». Invero, il rinvio alla fonte secondaria, che contiene le indicazioni del perimetro della posizione giuridica soggettiva, «non soddisfa, in alcun modo, la riserva assoluta di cui all'art. 13, secondo comma, Cost.» poiché la disposizione «non è un atto con forza e valore di legge», ma anche perché, «come si desume da tale disposizione regolamentare, i modi del trattenimento non solo sono, in definitiva, rimessi ad atti del prefetto, sentito il questore della provincia ove è ubicato il singolo CPR, ma, ancorché questi siano adottati sulla base delle direttive impartite dal Ministro dell'interno, potrebbero essere disciplinati difformemente nel territorio nazionale». Ne consegue che «l'intera disciplina della materia» è rimessa «a norme regolamentari e a provvedimenti amministrativi discrezionali», pertanto «il legislatore è venuto meno all'obbligo positivo di disciplinare con legge i "modi" di limitazione della libertà personale, eludendo la funzione di garanzia che la riserva assoluta di legge svolge in relazione alla libertà personale nell'art. 13, secondo comma, Cost.». Il Giudice costituzionale richiama altresì il legislatore al dovere di adottare una



I criteri per l'organizzazione dei centri sono attualmente contenuti nella direttiva del Ministro dell'interno 19 maggio 2022 (c.d. direttiva Lamorgese) recante "Criteri per l'organizzazione dei centri di permanenza per i rimpatri previsti dall'articolo 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 e successive modificazioni"⁴⁷.

Con particolare riferimento al diritto alla salute, l'articolo 3 della citata direttiva prevede che, prima di fare ingresso nei Centri, gli immigrati irregolari siano sottoposti a una visita medica da parte di un medico dell'Azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera al termine della quale dev'essere rilasciato un attestato di idoneità al trattenimento. La visita medica è finalizzata ad accertare «l'assenza di patologie evidenti che rendano incompatibile l'ingresso e la permanenza del medesimo nella struttura», nonché ad assicurare alla persona straniera trattenuta nei Centri «la necessaria assistenza ed il pieno rispetto dei diritti fondamentali della persona, anche in considerazione [...] del suo stato di salute fisica e psichica [...] e della presenza di esigenze particolari o vulnerabilità» (art. 1 direttiva Lamorgese). È evidente che la visita di idoneità non dovrebbe limitarsi a verificare l'assenza di malattie contagiose dell'immigrato, ma dovrebbe estendersi sino a valutare anche la condizione psichica onde accertarne la compatibilità con la permanenza in un luogo detentivo. Ciononostante, dalle numerose indagini svolte sulle condizioni di vita degli immigrati trattenuti nei Centri di permanenza per i rimpatri⁴⁸, si evince che le visite sono svolte superficialmente e in tempi molto rapidi (5/10 minuti), spesso da parte di personale sanitario che non possiede specifiche competenze in materia di medicina delle migrazioni⁴⁹ e che, di fatto, si limita a verificare che il paziente non sia affetto da tubercolosi o covid, ovvero a registrare che il paziente dichiara di godere di un buono stato di salute⁵⁰.

disciplina normativa che indichi chiaramente casi e modi del trattenimento e i limiti della discrezionalità amministrativa (§ 11 *Cons. dir.*).

⁴⁷ Ciò comporta, come ha recentemente stabilito Corte costituzionale, sentenza n. 96 del 2025, § 10.1 *Cons. dir.*, una violazione della riserva assoluta di legge contenuta nell'articolo 13, secondo comma, Cost. Ad avviso della Consulta, infatti, non v'è dubbio che la detenzione amministrativa rappresenti una delle altre forme di limitazione della libertà personale (come la stessa Corte ha avuto modo di precisare sin dalla sentenza n. 105 del 2001), che dunque esige che la fonte di rango primario disciplini i casi ed anche i modi in cui è possibile procedere a tale restrizione (cfr. inoltre Corte costituzionale, sentenze n. 180 del 2018, n. 22 del 2022 e n. 25 del 2023).

⁴⁸ In particolare, si vedano GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, *Rapporto sulle visite effettuate nei Centri di permanenza per i rimpatri (CPR)*, 2019-2022; EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT), *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 12 April 2024*, Strasburgo, 13 December 2024; G. DE FALCO, *Delle pene senza delitti. Istantanea del CPR di Milano. Un anno dopo*, Report dell'accesso presso il Centro di Permanenza per il Rimpatri di Milano, via Corelli n. 28, del Senatore Gregorio de Falco nella giornata del 29 maggio 2022, 14 luglio 2022, Milano, 26-27; L. RONDI, L. FIGONI, *Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*, in *Altreconomia*, 1° aprile 2023; G. MERLI, «*Nei Cpr abusi sanitari. ci sono rischi penali, i medici dicono di no*», in *il manifesto*, 8 febbraio 2024.

⁴⁹ Questo è denunciato specialmente da I. SESSANA, *Un anno di osservazione dal buco della serratura del Cpr di Milano*, in *Altreconomia*, 15 novembre 2024 e da N. COCCO, C. DI LUCIANO, C. L. LANDRI, G. PAPOTTI, *La tutela della salute nei CPR: un diritto trattenuto*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 3, 2024, 17.

⁵⁰ Cfr. in particolare GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, *op. cit.*, 18-19; N. COCCO, C. DI LUCIANO, C. L. LANDRI, G. PAPOTTI, *op. cit.*, 18; l'intervista rilasciata dal dr. Cocco a G. MERLI, *op. cit.*; ASSOCIAZIONE PER GLI STUDI GIURIDICI SULL'IMMIGRAZIONE, RETE "MAI PIÙ LAGER – NO AI CPR", SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *Appello per una campagna di presa di coscienza dei medici sulla certificazione di idoneità delle persone migranti alla vita nei CPR*, 19 gennaio 2024, 2. Con quest'ultimo documento è stata inoltre avviata una



La garanzia del diritto alla salute degli immigrati irregolari non risulta migliore neppure durante il soggiorno nei luoghi di detenzione amministrativa. Diverse associazioni nazionali e internazionali, a partire dal Garante dei diritti delle persone private della libertà personale e dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani e degradanti, hanno svolto inchieste sulle condizioni di vita e di salute degli immigrati trattenuti e hanno evidenziato che esse si attestano «al di sotto della soglia della tollerabilità», e che «troppo spesso [è] negletta ogni considerazione della centralità della persona umana e della sua dignità»⁵¹.

Ciò consegue probabilmente anche al fatto che la gestione dei Centri di permanenza per i rimpatri è affidata a enti privati tramite gare d'appalto⁵², dunque senza che, *in itinere*, vi sia alcun controllo da parte dello Stato⁵³. In particolare, gli enti gestori dei Centri procedono all'assunzione del personale sanitario mediante contratti di libera professione, senza una adeguata valutazione della formazione né della pregressa esperienza lavorativa con le persone immigrate e/o in lunghi detentivi, e senza assumere personale psichiatrico⁵⁴. La combinazione di questi fattori fa sì che il personale sanitario impiegato nei CPR non disponga degli strumenti necessari per considerare lo *status* di migrante come un vero e proprio «determinante sanitario»⁵⁵, capace di aggravare patologie preesistenti o di favorire l'insorgenza di disturbi psichici⁵⁶. Inoltre, la carenza di competenze del personale comporta che questo si trovi spesso in difficoltà nell'individuare i segnali di disagio mentale, i quali possono essere «esacerbati[i] dal contesto del CPR stesso nonché dalle difficoltà di accesso a standard sanitari di qualità garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale»⁵⁷.

Le criticità richiamate permangono, nonostante siano state promosse delle Linee guida da parte della Società di medicina delle migrazioni, e sebbene siano state recepite dalla Conferenza Stato-Regioni nel

campagna di sensibilizzazione rivolta al personale sanitario operante nei Centri di permanenza per i rimpatri, affinché si astenga dal rilasciare certificati di idoneità al trattenimento alle persone immigrate. La richiesta prende le mosse dal fatto che, per come attuata, la detenzione amministrativa rappresenta un rischio per la salute fisica e mentale; inoltre, i CPR sono strutturati come carceri, pur non garantendo alle persone trattenute i diritti riconosciuti ai detenuti nella maggior parte dei Paesi europei. L'appello trae origine dalla denuncia promossa da WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: a country implementation guide*, Copenhagen, 2022.

⁵¹ D. LOPRIENO, *op. cit.*, 96.

⁵² Il decreto del Ministero dell'interno del 27 marzo 2024 stabilisce infatti che lo schema di capitolato di gare d'appalto relative alla fornitura di beni e servizi all'interno dei CPR sia valido anche per i servizi sanitari.

⁵³ Ciò comporta inevitabilmente che gli «operatori economici, minimizzano i servizi per massimizzare il profitto», come osservato da N. Cocco, C. Di LUCIANO, C. L. LANDRI, G. PAPOTTI, *op. cit.*, 3.

⁵⁴ Ciò è denunciato dal dr. Nicola Cocco nell'intervista rilasciata a G. MERLI, *op. cit.* Inoltre, N. Cocco, C. Di LUCIANO, C. L. LANDRI, G. PAPOTTI, *op. cit.*, 5 mettono in luce il fatto che «il medico assunto dall'ente privato che ha in gestione il CPR» è «portatore di un interesse economico privato volto a mantenere il Centro pieno, anziché vuoto».

⁵⁵ ITALIAN NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH, MIGRATION, AND POVERTY, *Repertorio degli interventi di Sanità Pubblica orientati all'Equità nella Salute pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità*, agosto 2022. Cfr. inoltre WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH*, 2018, 35-38.

⁵⁶ Su cui v. WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *op. cit.*; NAGA – MAI PIÙ LAGER-No AI CPR, *Al di là di quella porta. Un anno di osservazione dal buco della serratura del Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Milano*, Milano, 2023, 26; R. BENEDUCE, *La salute mentale dei migranti*, in *Salute internazionale*, 10 luglio 2024, spec. 3-4.

⁵⁷ ASSOCIAZIONE PER GLI STUDI GIURIDICI SULL'IMMIGRAZIONE, RETE “MAI PIÙ LAGER – No AI CPR”, SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *op. cit.*, 1-2.



2018 (Accordo CSR 108/2018). Si tratta di un documento di *soft law* che nondimeno fornisce indicazioni assai precise agli enti gestori dei Centri di permanenza per i rimpatri e agli operatori sociosanitari circa i controlli di natura psichiatrica che devono essere eseguiti a favore degli immigrati. Affinché possa funzionare il modello descritto dalle Linee guida, sarebbe tuttavia necessario che gli enti gestori dei centri, di concerto con i servizi sociosanitari locali, avviassero programmi di presa in carico degli immigrati che manifestano disagio mentale onde realizzare un adeguato percorso terapeutico⁵⁸.

A queste problematiche si aggiunge la denuncia del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani e degradanti, secondo cui i CPR si avvicinano più a carceri duri che a luoghi di detenzione amministrativa. In particolare, l'organismo ha segnalato che il cibo distribuito è spesso prossimo alla data di scadenza o già scaduto, che le condizioni igienico-sanitarie sono pessime⁵⁹ e, soprattutto, che le persone trattenute sono vittime di maltrattamenti fisici da parte del personale, il quale per reprimere i disordini fa ricorso alla forza e alla somministrazione di psicofarmaci, senza alcuna prescrizione medica⁶⁰.

Le condizioni fisiche e mentali degli immigrati trattenuti nei CPR si pongono quindi in un contesto drammaticamente distante dagli obiettivi costituzionali di tutela e sviluppo della personalità, che com'è noto trovano esplicito fondamento negli articoli 2 e 10, terzo comma, Cost.⁶¹

⁵⁸ C. CORSI, *op. cit.*, 70 afferma che gli immigrati incontrano ostacoli specifici nell'accesso ai diritti fondamentali, *in primis* quello alla salute, «ovvero difficoltà linguistiche, barriere burocratiche, carenza di informazioni, diversità culturali, differenti interpretazioni delle pratiche di cura». Nello stesso senso F. BIONDI DAL MONTE, *Salute mentale e immigrazione tra misure di sicurezza e organizzazione dei servizi socio-sanitari*, in M. BEVILACQUA, L. NOTARO, G. PROFETA, L. RICCI, A. SAVARINO (a cura di), *Malattia psichiatrica e pericolosità sociale. Tra sistema penale e servizi sanitari*, Torino, 2021, 224.

⁵⁹ EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT), *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 12 April 2024*, cit., 19-20.

⁶⁰ EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT), *op. cit.*, 18, a seguito delle visite svoltesi nell'aprile 2024 in quattro CPR (Milano, Gradisca d'Isonzo, Potenza e Roma) afferma che «The conditions of detention observed in all CPRs visited at the time of the 2024 visit could be considered similar to those existing within the detention units under the special regime of Article 41-bis of the Italian Penitentiary Regulations».

⁶¹ Come ha affermato Corte costituzionale, sentenza n. 120 del 1967, § 2 *Cons. dir.*, in tema di diritti fondamentali dello straniero non è possibile assumere quale parametro la norma contenuta nell'art. 3 Cost. «isolatamente considerata, ma [...] in connessione con l'art. 2 e con l'art. 10, secondo comma, della Costituzione, il primo dei quali riconosce a tutti, cittadini e stranieri, i diritti inviolabili dell'uomo, mentre l'altro dispone che la condizione giuridica dello straniero è regolata dalla legge in conformità delle norme e dei trattati internazionali. Ciò perché, se è vero che l'art. 3 si riferisce espressamente ai soli cittadini, è anche certo che il principio di egualianza vale pure per lo straniero quando trattisi di rispettare quei diritti fondamentali». Non diversamente EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT), *op. cit.*, 3 «advocates for a full range of purposeful activities to be introduced, particularly in the light of the extension of the period of detention up to a maximum of 18 months».



3. Il diritto alla salute degli immigrati trattenuti nei Centri di permanenza per i rimpatri

L'«abuso e misuso di psicofarmaci» all'interno dei Centri di permanenza per i rimpatri⁶² solleva un primo interrogativo in merito alle possibilità e alle modalità di legittimazione di tale pratica nei confronti di soggetti sottoposti a detenzione amministrativa, ancorché previamente sottoposti a visita di idoneità all'ingresso⁶³. Infatti, se la somministrazione avviene in conformità a prescrizioni mediche, ciò significa che alle persone rinchiusse nei CPR è stata diagnosticata una grave patologia psichiatrica, di cui dovrebbe farsi carico una struttura specializzata. Diversamente, se la visita medica d'ingresso ha attestato che lo straniero gode di un buon livello di salute, sembra inevitabile ricondurre l'insorgenza della malattia mentale alle condizioni di vita all'interno dei Centri⁶⁴. Una terza ipotesi, infine, è che l'abuso di psicofarmaci – in assenza di una diagnosi clinica di malattia psichiatrica ovvero in assenza di un preciso piano terapeutico⁶⁵ – sia finalizzato a contenere le manifestazioni del disagio dell'immigrato⁶⁶, che si verificano anche attraverso atti di autolesionismo⁶⁷.

⁶² ASSOCIAZIONE PER GLI STUDI GIURIDICI SULL'IMMIGRAZIONE, RETE "MAI PIÙ LAGER – No ai CPR", SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *op. cit.*, 1-2. Inoltre, dall'indagine svolta da L. RONDI, L. FIGONI, *Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*, cit., si evince che nei servizi psichiatrici delle aziende sanitarie locali dedicati agli immigrati la spesa per gli psicofarmaci è pari allo 0,6% del totale, mentre all'interno dei Centri di permanenza per i rimpatri è in media del 36,2%.

⁶³ Il trattenimento nei CPR si risolve in una «detenzione senza reato» (G. CAMPESI, G. FABINI, *La detenzione della pericolosità migrante*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2, 2017, 516) idonea a integrare le altre forme di restrizione della libertà personale cui fa riferimento l'art. 13, secondo comma, Cost., e tuttavia disciplinata da regolamenti e circolari ministeriali che ledono la riserva assoluta di legge contenuta nella stessa norma costituzionale (v. almeno A. PUGIOTTO, *La «galera amministrativa» degli stranieri e le sue incostituzionali metamorfosi*, in *Quaderni costituzionali*, 3, 2014, 578-584; D. LOPRIENO, *Il trattenimento dello straniero alla luce della l. n. 132 del 2018*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 1, 2019, 1; L. MASERA, *L'incostituzionalità dell'art. 14 d.lgs. 286/98 nella parte in cui non contiene una disciplina sufficientemente precisa dei "modi" del trattenimento nei CPR*, in *Questione giustizia*, 10 maggio 2022; M. BENVENUTI, *Il trattenimento degli stranieri nei Centri di permanenza per i rimpatri e la c.d. direttiva Lamorgese. Problemi vecchi e prospettive nuove per i provvedimenti di convalida dei giudici di pace*, in *Questione giustizia*, 13 febbraio 2023; A. CIERVO, *Limitazioni alla libertà personale e garanzia della riserva di giurisdizione nella recente giurisprudenza costituzionale: due precedenti importanti anche per il diritto dell'immigrazione?*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 1, 2023, 264-275; D. LOPRIENO, *Quale libertà personale per lo straniero in detenzione amministrativa?*, cit., 90-95. In senso contrario, invece, v. G. STEGHÉR, *Cittadinanza e immigrazione: tra crisi e sicurezza*, in M. CAVINO, L. CONTE, S. MALLARDO, M. MALVICINI (a cura di), *Dove va la Repubblica? Istituzioni e società ancora in transizione 2017-2021*, Bologna, 2022, 298).

⁶⁴ L'Associazione Medici per i diritti umani, nell'ambito di un'indagine condotta nel 2020, afferma che almeno l'80% dei migranti manifesta sintomi da stress post-traumatico e che diverse tra queste persone sviluppano disturbi psichiatrici; l'indagine è stata pubblicata in A. BARBIERI, F. VISCO-COMANDINI, D. ALUNNI FEGATELLI ET AL., *Patterns and predictors of PTSD in treatment-seeking African refugees and asylum seekers: A latent class analysis*, in *International Journal of Social Psychiatry*, 4, 2021, 386-396.

⁶⁵ L. RONDI, L. FIGONI, *Abuso di psicofarmaci nei Cpr: perché la versione del ministro Piantedosi non sta in piedi*, in *Altreconomia*, 26 maggio 2023, dimostrano che nel CPR di Milano in 5 mesi il 60% delle confezioni di farmaci era di psicofarmaci; tuttavia, in circa due anni le visite psichiatriche sono state 8.

⁶⁶ Fenomeno cosiddetto di "zombizzazione", come affermato da NAGA – MAI PIÙ LAGER-No ai CPR, *op. cit.*, 28-29. Cfr. inoltre l'intervista al dr. Cocco pubblicata in L. RONDI, L. FIGONI, *Abuso di psicofarmaci nei Cpr: perché la versione del ministro Piantedosi non sta in piedi*, cit. e G. MERLI, *op. cit.*

⁶⁷ Così si legge nel report NAGA – MAI PIÙ LAGER-No ai CPR, *op. cit.*, spec. 62-65.



Va peraltro messo in luce che il fenomeno della contenzione farmacologica rappresenta una prassi abbastanza diffusa e generalizzata nel nostro Paese. Le indagini svolte dal Comitato Nazionale di Bioetica⁶⁸, dalla Commissione speciale d'inchiesta del Senato della Repubblica⁶⁹ e dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura, delle pene e dei trattamenti inumani e degradanti⁷⁰ attestano, infatti, che in diversi luoghi di trattenimento (reparti di psichiatria, ospedali psichiatrici giudiziari – ora Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza –, residenze sanitarie e assistenziali), il ricorso ai mezzi di contenzione è spesso utilizzato dal personale sanitario come «misura di comodo» dal momento che permette di sedare i pazienti più difficili e tale scelta è frequentemente giustificata dalla «penuria di personale»⁷¹.

Le pratiche contenitive vengono dunque impiegate come strumenti asseritamente terapeutici che si risolvono in una modalità di compressione della libertà personale senza alcuna giustificazione sanitaria. Peraltro, nel nostro ordinamento, nessuna norma di legge indica quali azioni possono essere ricomprese sotto l'ombrellino dei trattamenti sanitari coattivi e perciò sono considerate legittime e quali, invece, si pongono al di là della legalità costituzionale. Il trattamento sanitario descritto dall'art. 35, legge n. 833 del 1978 è talvolta indicato come il viatico per giustificare azioni distanti dall'obiettivo di curare e ripristinare la salute del destinatario a tal punto che in diverse occasioni il personale sanitario fa rientrare in questa fattispecie le procedure contenitive.

⁶⁸ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015, 3 ha messo in luce l'antiterapeuticità e la dannosità della contenzione, rilevando che il relativo superamento è necessario e possibile.

⁶⁹ SENATO DELLA REPUBBLICA, Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, *La contenzione meccanica*, XVII Legislatura, spec. 13.

⁷⁰ COMITATO EUROPEO PER LA PREVENZIONE DELLA TORTURA, DELLE PENE E DEI TRATTAMENTI INUMANI E DEGRADANTI, *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, Estratto dal 16° rapporto Generale del CPT, 2006, 1-4, premesso che «in numerosi istituti psichiatrici, il ricorso a mezzi di contenzione limitativi della libertà di movimento dei pazienti agitati e/o violenti può essere talvolta necessario», rileva che «purtroppo [...] in numerosi istituti visitati, ci sia un ricorso eccessivo ai mezzi di contenzione» (§ 36). Coeva è la denuncia del Parlamento europeo, attraverso la Risoluzione 2006/2058(INI), *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, con la quale ha rilevato che «il ricorso alla forza» e «la somministrazione coatta di farmaci» sono misure controproducenti che dovrebbero «essere limitat[e] nel tempo e, nella misura del possibile, essere regolarmente rivedut[e] ed effettuat[e] con il consenso del paziente» (§ 33) e che, in ogni caso, sarebbe necessario «evita[re] qualsiasi forma di restrizione della libertà personale» (§ 34). Va inoltre osservato che, sebbene né la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, né l'art. 5 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali vietino espressamente la contenzione, offrono comunque spunti interpretativi in tal senso. In particolare, la CEDU tutela la libertà personale e ne consente la limitazione in caso di malattia mentale, a condizione che vi sia proporzionalità tra la gravità della patologia e le misure adottate per ricondurre la persona malata a uno stato di equilibrio psichico (Corte EDU, causa *Kadusic c. Svizzera*, 9 gennaio 2018, §§ 38-60), ovvero per scongiurare che lo stato acuto della malattia possa indurre la persona a recare danno a sé o ad altri (Corte EDU, causa *Hutchison Reid c. Regno Unito*, 20 febbraio 2003, § 55). Sebbene in passato il Giudice di Strasburgo abbia ritenuto che la contenzione non possa essere considerata un trattamento inumano o degradante quando ritenuta terapeuticamente necessaria (Corte EDU, causa *Herczegfalvy c. Austria*, 24 settembre 1992 §§ 31-34), in tempi più recenti ha precisato che l'aggressività del paziente psichiatrico deve risultare talmente incontrollabile da non poter essere arginata con nessun'altra procedura di natura sanitaria (Corte EDU, causa *Wiktorko c. Polonia*, 31 marzo 2009 e causa *Bureš c. Repubblica Ceca*, 18 ottobre 2012).

⁷¹ COMITATO EUROPEO PER LA PREVENZIONE DELLA TORTURA, DELLE PENE E DEI TRATTAMENTI INUMANI E DEGRADANTI, *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, cit., spec. 4.



La contenzione – salvo che si verifichi per un breve attimo⁷² – non è indicata come trattamento sanitario in alcuna legge o atto con forza di legge⁷³, mentre sussistono indicazioni normative che depongono a suo sfavore, a partire dall'art. 13, quarto comma, Cost. Inoltre, la norma che dichiara leciti i trattamenti sanitari coattivi sancisce che devono in ogni caso essere «accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato» (art. 33, quarto comma, legge n. 833 del 1978)⁷⁴.

La contenzione, infatti, non rappresenta una “cura” e non è funzionale all’esecuzione di diagnosi; piuttosto, si configura come un «presidio» che assolve a «una mera funzione di tipo “cautelare”»⁷⁵. La stessa medicina ritiene nulli e dannosi gli effetti di questa pratica anche sotto il profilo strettamente psichico, poiché essa «produce anche “dolore mentale”» e, più precisamente, «senso di annientamento, diminuzione dell’autostima, depressione»⁷⁶. Né essa può essere considerata come forma lecita di altra restrizione della libertà personale ai sensi dell’art. 13, secondo comma, Cost., perché si risolve in una sopraffazione dell’autorità nei confronti del soggetto che la subisce, impartendo «una ferita radicale alla persona e alla sua dignità»⁷⁷.

Tale pratica, inoltre, comprime «significativamente la capacità dell’individuo di autodeterminarsi, senza che ciò costituisca la reazione a un qualche fatto illecito»⁷⁸; un effetto che risulta ancor più grave nel caso di specie, poiché la misura viene adottata nei confronti di persone la cui unica “colpa” è quella di essere fuggite dal proprio Paese in cerca di condizioni di vita migliori.

La “impropria” somministrazione di psicofarmaci agli immigrati trattenuti nei CPR si pone in evidente contrasto con l’art. 19, secondo comma, lett. d-bis), T.U. sull’immigrazione⁷⁹. Se la persona immigrata

⁷² Senato della Repubblica, Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, *op. cit.*, 16 sostiene che si possono «utilizzare a mo’ di esempio contenzioni istantanee, messe in atto per impedire atti autolesionistici, o le contenzioni nei confronti di pazienti incoscienti e a rischio cadute» dal momento che «l’assoluta temporaneità e la breve durata della pratica sono in questo caso funzionali a fronteggiare una situazione di momentanea emergenza, attraverso la quale la persona recupera la “capacità di autodeterminarsi”».

⁷³ In questo senso si vedano M. MASSA, *La contenzione. Profili costituzionali: diritti e libertà*, in S. Rossi (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Merano, 2015, 91 ad avviso del quale «la contenzione non può mai considerarsi legittima» perché manca una legge che disciplina i casi e i modi in cui può essere praticata. In questo senso si è espresso anche D. PICCIONE, *I profili costituzionali della contenzione in una (insoddisfacente) sentenza della Corte di cassazione*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 4, 2019, spec. 2416.

⁷⁴ Sul punto si veda ancora Senato della Repubblica, Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, *op. cit.*, 17.

⁷⁵ Corte di Cassazione, Sezioni Unite, sentenza n. 2437 del 2009, la quale prosegue affermando che la contenzione «non ha né una finalità curativa né produce materialmente l’effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente».

⁷⁶ CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, Intesa del 28 aprile 2022, allegato *Per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura*, 3.

⁷⁷ S. Rossi, *La dignità offesa. Contenzione e diritti della persona*, in Id. (a cura di), *Il nodo della contenzione*, cit. 382.

⁷⁸ M. CAREDDA, *Introduzione all’analisi comparata: riflessioni critiche e ambito dello studio*, in M. CARDANO, A. ALGOSTINO, M. CAREDDA, L. GARIGLIO, C. PARDINI (a cura di), *La contenzione del paziente psichiatrico. Un’indagine sociologica e giuridica*, Bologna, 2020, 71.

⁷⁹ Un caso di malasanità psichiatrica e di disfunzionalità dei Centri di permanenza per i rimpatri è rappresentato dalla vicenda di Wissem Ben Abdel Latif. Nel 2021, dopo essere stato trattenuto in un CPR, dove aveva manifestato evidenti segni di disagio psichico, è stato verosimilmente sottoposto a una massiccia somministrazione di psicofarmaci, che ne ha compromesso anche le condizioni fisiche. Di conseguenza, è stato ricoverato in due



irregolarmente in Italia necessita di psicofarmaci, per ciò stesso, non può essere dichiarata idonea al trattenimento all'interno dei luoghi «di marginalità sociale, confino e sottrazione temporanea allo sguardo della collettività di persone che le Autorità non intendono includere, ma che al tempo stesso non riescono nemmeno ad allontanare»⁸⁰. Qualora invece le patologie psichiatriche dovessero manifestarsi durante la detenzione amministrativa, dovrebbero costituire motivo di rilascio e di trasferimento presso una struttura sanitaria in grado di approntare le cure necessarie. Si giunge così a una contraddizione perché, da un lato, l'ordinamento riconosce la tutela della salute come causa ostativa all'espulsione e come fondamento per ottenere un titolo di soggiorno; dall'altro lato, la prassi amministrativa e l'assetto organizzativo dei CPR producono condizioni che non favoriscono e, anzi, impediscono la tutela del diritto sancito dall'art. 32 Cost.

A cascata, si verifica la lesione di una serie di principi relativi alla garanzia dei diritti fondamentali, a partire dall'art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali che, benché non faccia esplicito riferimento alla salute, sancisce il divieto di tortura o di trattamenti inumani e degradanti. Com'è noto, la giurisprudenza della Corte EDU ha esteso il principio sino ad affermare il «divieto di infliggere, anche indirettamente, trattamenti inumani e degradanti»⁸¹; di conseguenza, sembra debbano essere ritenuti non conformi alla Convenzione tutti i provvedimenti di trattenimento nei Centri di permanenza per i rimpatri una volta appurato che vi sono ospitate persone che soffrono di patologie psichiatriche, ovvero che le condizioni detentive sono *trigger*, cioè fattori scatenanti la malattia mentale.

Di particolare rilievo è la condanna del Governo italiano da parte della Corte europea dei diritti dell'uomo pronunciata nel luglio scorso. Il Giudice di Strasburgo ha censurato il trattenimento, protrattosi per nove mesi, presso il Centro di permanenza per il rimpatrio di Roma Ponte Galeria di una donna affetta da disturbi psichiatrici⁸². La Corte EDU ha quindi adottato un provvedimento cautelare d'urgenza con il quale ha ordinato il trasferimento della donna in una struttura idonea alla cura, fondando la propria decisione sul principio secondo cui il trattenimento in un CPR di una persona affetta da gravi patologie psichiatriche costituisce, di per sé, una violazione del divieto di tortura e di trattamenti inumani e degradanti⁸³.

diverse strutture ospedaliere, prima a Ostia e poi a Roma, dove è deceduto in un reparto psichiatrico, durante una contenzione farmacologica protrattasi per oltre cento ore. È attualmente in corso un processo penale a carico dell'infermiere, imputato di omicidio colposo e falso in atto pubblico. Per una descrizione più approfondita della vicenda si rimanda a *Wissem, morto nelle mani dello Stato*, in *meltingpot*, 10 aprile 2025, <https://www.meltingpot.org/2025/04/wissem-morto-nella-mani-dello-stato/>.

⁸⁰ GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, *op. cit.*, 3. E prosegue, «Come se l'individuo smettesse di essere persona con una propria totalità umana da preservare nella sua intrinseca dignità, dimensione sociale, culturale relazionale e religiosa per essere ridotta esclusivamente a corpo da trattenere e confinare».

⁸¹ Corte EDU, causa n. 7509/08, *Caso Contrada c. Italia*, pubblicata l'11 maggio 2014.

⁸² Corte EDU, provvedimento cautelare d'urgenza n. 17499/24, adottato il 3 luglio 2024, *Caso A.Z. c. Italia*.

⁸³ Appare particolarmente significativo il testo del ricorso presentato alla Corte EDU, con il quale le ricorrenti – una deputata, un'etnopsichiatra e un'avvocata – hanno documentato quanto emerso dall'ispezione condotta all'interno del CPR romano, denunciando condizioni detentive inumane e degradanti, aggravate da carenze igienico-sanitarie, assenza di presidi medici e psicologici adeguati e mancanza di ogni tipo di attività educativa o culturale. Tra gli aspetti più gravi segnalati vi è anche in questo caso l'uso massiccio e non supervisionato di psicofarmaci, documentato proprio dalle annotazioni dell'ente gestore del centro – una sorta di “diario di bordo”



Appare senza dubbio allarmante la circostanza che lungo l'intero percorso di trattenimento nessuno degli attori istituzionali coinvolti abbia rilevato criticità connesse alla detenzione. Non il personale sociosanitario operante nel centro, che ha addirittura collocato la donna in una cella di isolamento per tutta la durata della permanenza; non la Questura, che ha avallato le ripetute richieste di proroga al trattenimento; non il giudice di pace, che ha sistematicamente convalidato le proroghe. Tutto ciò dà prova di un colpevole silenzio istituzionale che evidenzia una preoccupante normalizzazione della violenza amministrativa⁸⁴.

Di fronte a un quadro di sistematica violazione dei diritti fondamentali all'interno dei Centri di permanenza per i rimpatri, non sorprende che anche gli operatori sanitari si siano attivati per denunciare lo *status quo*, a partire dall'allarme sollevato dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui gravi rischi che la detenzione amministrativa comporta per la salute delle persone migranti, avviando altresì azioni di sensibilizzazione volte a garantire un'effettiva valutazione dell'idoneità al trattenimento⁸⁵. In particolare, la rete coordinata dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, ha denunciato l'inefficacia dell'attuale sistema sotto il profilo della sanità pubblica; secondo quanto evidenziato, infatti, i CPR non sono in grado di garantire i livelli essenziali di assistenza e si configurano come realtà patogene, che contribuiscono ad aggravare le condizioni di salute delle persone trattenute⁸⁶.

In un contesto tanto compromesso, nel quale la tutela della salute risulta negata proprio in alcuni dei luoghi che dovrebbero garantirla, emerge con forza la necessità di ripensare il nostro modello di gestione del fenomeno migratorio, riservando una particolare attenzione alla tutela della salute delle persone coinvolte.

– che ha rivelato una prassi riconducibile alla contenzione farmacologica. Secondo le ricorrenti, questa pratica compromette la salute delle persone trattenute e, soprattutto, rappresenta una forma di controllo e repressione impiegata tanto nei confronti di soggetti senza patologie psichiatriche – a cui vengono somministrati psicofarmaci in assenza di effettive indicazioni cliniche – quanto verso persone affette da disturbi mentali, che tuttavia non vengono inserite in alcun percorso terapeutico o riabilitativo. Il ricorso ha inteso sottoporre all'attenzione della Corte europea dei diritti dell'uomo non solo il caso individuale, ma anche la situazione di sistematica negazione del diritto alla salute, di medicalizzazione del disagio e di reiterazione dell'uso della forza da parte del personale, veicolata attraverso pratiche di contenzione farmacologica incompatibili con i principi fondamentali del diritto nazionale e internazionale. Dall'indagine condotta da L. RONDI, L. FIGONI, *Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*, cit., si evince che nel CPR di Roma Ponte Galeria in 17 giorni (il mese di riferimento è giugno 2024) sono state acquistate 92 confezioni di psicofarmaci per 79 persone trattenute.

⁸⁴ Fenomeno efficacemente descritto da M. BORGHI, *Per una sostanziale revisione del diritto cantonale in materia sociopsichiatrica*, in *Rivista ticinese di diritto*, I/2011, 403, il quale afferma che «un'esistente "prassi" istituzionale, pseudomedico-assistenziale», quando «applicata regolarmente da un'istituzionale qualificata come medica, è considerata "normale", la sua frequenza ingenera una sorta di "norma-lizzazione", spesso consegnata in "norme" nella formula di protocolli, di regolamenti interni, ecc. che di fatto "legalizzano" le misure a cui si applicano e così facendo le "legittimano"». In questo modo si afferma «un'accettabilità giuridica (secondo un malcompreso principio di legalità) e sociale» che determina «formalmente le regole per l'applicazione di pratiche mediche controverse precisando *come* applicarle, ma occultando la domanda fondamentale sul piano dei diritti dell'uomo, e pregiudiziale, *se* applicarle».

⁸⁵ WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: a country implementation guide*, Copenhagen, 2022.

⁸⁶ ASSOCIAZIONE PER GLI STUDI GIURIDICI SULL'IMMIGRAZIONE, RETE "MAI PIÙ LAGER – No ai CPR", SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, *op. cit.*, 2. V. inoltre D. ALIPRANDI, *CPR, alternative alla disumanità: dalla prevenzione alle "case management"*, in *Il dubbio*, 18 febbraio 2024.



Salvo

Già nel 1968 Franco Basaglia, in un'intervista rilasciata a Sergio Zavoli, denunciava l'esistenza di due psichiatrie: una per i ricchi e una per i poveri⁸⁷. Oggi, a quella distinzione pare debba esserne aggiunta un'altra: una psichiatria per i cittadini e una per gli immigrati extracomunitari. L'universalità del Sistema sanitario nazionale dovrebbe, invero, «garantire a tutti l'opportunità di ottenere un dato *target* di livello di salute, indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e ambientali»⁸⁸; la tutela della salute delle persone immigrate non può dunque esaurirsi nel trattamento dei soli sintomi, poiché richiede una presa in carico complessa, che tenga conto dell'anamnesi individuale, del viaggio migratorio e delle condizioni di vita nel Paese di arrivo.

Affinché ciò possa realizzarsi, è indispensabile depurare le pratiche di accoglienza e di "gestione" dell'immigrazione da forme di razzismo istituzionale⁸⁹ che compromettono la salute mentale delle persone immigrate e, soprattutto, che producono effetti negativi sull'intero tessuto sociale, ostacolando *in primis* i percorsi di integrazione, di partecipazione e di inclusione degli stranieri nella vita del Paese ospitante⁹⁰. Assistiamo invece a un drammatico capovolgimento della logica di accoglienza delineata dall'art. 10, terzo comma, Cost., atteso che la permanenza nel Paese d'approdo, anziché rappresentare un'occasione di riscatto o di cura, si trasforma spesso nella causa primaria di un deterioramento progressivo, aggravato talora da forme di sfruttamento lavorativo, da condizioni abitative inadeguate, dalla marginalizzazione sociale e dal limitato accesso ai servizi sociosanitari.

Peraltro, e paradossalmente, i Centri di permanenza per i rimpatri riproducono quelle stesse "istituzioni totali" dalle quali il nostro ordinamento ha cercato di emanciparsi, dapprima con la legge n. 180 del 1978, che ha disposto la chiusura dei manicomii e, successivamente, con la legge 30 maggio 2014, n. 81, che ha sancito l'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari; interventi legislativi che hanno rappresentato tappe fondamentali nel ribadire il principio della centralità della persona e il rifiuto della segregazione come risposta al disagio⁹¹.

In netto contrasto con questo percorso culturale, la detenzione amministrativa degli immigrati irregolari reintroduce l'ambiente chiuso e coercitivo, che non solo ostacola l'erogazione delle cure, ma contribuisce anche a generare o aggravare la sofferenza psichica. I Centri di permanenza per i rimpatri, pertanto, si configurano come un vero e proprio *vulnus* costituzionale, giacché mettono in discussione l'idea della salute come diritto universale e rivelano l'incoerenza di un sistema che, pur proclamando

⁸⁷ S. ZAVOLI, *I giardini di Abele*, RAI – Radiotelevisione italiana, 30 dicembre 1968.

⁸⁸ C. F. GUIDI, A. PETRETTI, *Cura della salute e migrazione: un'analisi comparata sotto il profilo economico finanziario*, in *Rivista AIC*, 4/2017, 6.

⁸⁹ Di razzismo istituzionale riferiscono, fra gli altri, T. CASADEI, *Percorsi per una teoria aggiornata del razzismo istituzionale*, in *Rivista trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 4, 2007, 5-12; L. FERRAJOLI, *Fuori legge*, in *il manifesto* 11 settembre 2009, <https://ilmanifesto.it/archivio/2003153163>; C. BARTOLI, *Razzisti per legge. L'Italia che discrimina*, Roma-Bari, 2012, spec. 3-39. Il termine è peraltro utilizzato anche a livello internazionale. Ad esempio, nel febbraio 1999, il SECRETARY OF STATE FOR THE HOME DEPARTMENT BY COMMAND OF HER MAJESTY ha presentato al Parlamento britannico il report *The Stephen Lawrence Inquiry. Report of an inquiry by Sir William Macpherson of Cluny advised by Tom Cook, the right reverend dr. John Sentamu, dr. Richard Stone*, il cui Capitolo VI è dedicato al razzismo, e nei paragrafi 6.6 e 6.45 si fa esplicito riferimento proprio al concetto di "Institutional racism".

⁹⁰ Di questo si occupa R. BENEDUCE, *op. cit.*, spec. 3-4.

⁹¹ In termini generali v. L. CHIEFFI, *La psichiatria sociale di comunità nell'insegnamento di Franco Basaglia*, in *BioLaw Journal*, 2, 2024, 1-2.



uguaglianza e dignità, continua a tollerare pratiche di esclusione, contenzione e abbandono nei confronti delle persone che si trovano in condizioni di difficoltà, ai margini della società e privo di reale riconoscimento da parte dell'ordinamento.

