

Diritto Penale Contemporaneo

RIVISTA TRIMESTRALE

REVISTA TRIMESTRAL DE DERECHO PENAL
A QUARTERLY REVIEW FOR CRIMINAL JUSTICE



EDITOR-IN-CHIEF

Gian Luigi Gatta

EDITORIAL BOARD

Italy: Antonio Gullo, Guglielmo Leo, Luca Luparia, Francesco Mucciarelli, Francesco Viganò

Spain: Jaime Alonso-Cuevillas, Sergi Cardenal Montraveta, David Carpio Briz,

Joan Queralt Jiménez

Chile: Jaime Couso Salas, Mauricio Duce Julio, Héctor Hernández Basualto,

Fernando Londoño Martínez

MANAGING EDITOR

Carlo Bray

EDITORIAL STAFF

Enrico Andolfatto, Enrico Basile, Javier Escobar Veas, Stefano Finocchiaro,

Alessandra Galluccio, Elisabetta Pietrocarlo, Tommaso Trinchera, Maria Chiara Ubiali,

Stefano Zirulia

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Rafael Alcacer Guirao, Alberto Alessandri, Giuseppe Amarelli, Ennio Amodio,

Coral Arangüena Fanego, Lorena Bachmaier Winter, Roberto Bartoli, Fabio Basile,

Hervé Belluta, Alessandro Bernardi, Carolina Bolea Bardón, David Brunelli,

Silvia Buzzelli, Alberto Cadoppi, Pedro Caeiro, Michele Caianiello, Lucio Camaldo,

Stefano Canestrari, Francesco Caprioli, Claudia Cárdenas Aravena, Raúl Carnevali,

Marta Cartabia, Elena Maria Catalano, Mauro Catenacci, Massimo Ceresa Gastaldo,

Mario Chiavario, Mirentxu Corcoy Bidasolo, Roberto Cornelli, Cristiano Cupelli,

Norberto Javier De La Mata Barranco, Angela Della Bella, Cristina de Maglie,

Gian Paolo Demuro, Miguel Díaz y García Conlledo, Ombretta Di Giovine, Emilio Dolcini,

Jacobo Dopico Gomez Aller, Patricia Faraldo Cabana, Silvia Fernández Bautista,

Javier Gustavo Fernández Terruelo, Marcelo Ferrante, Giovanni Fiandaca, Gabriele Fornasari,

Novella Galantini, Percy García Caveró, Loredana Garlati, Mitja Gialuz, Glauco Giostra,

Víctor Gómez Martín, José Luis Guzmán Dalbora, Ciro Grandi, Giovanni Grasso,

Giulio Illuminati, Roberto E. Kostoris, Máximo Langer, Juan Antonio Lascurain Sánchez,

Maria Carmen López Peregrín, Sergio Lorusso, Ezequiel Malarino,

Francisco Maldonado Fuentes, Stefano Manacorda, Juan Pablo Mañalich Raffo,

Vittorio Manes, Grazia Mannozi, Teresa Manso Porto, Luca Marafioti, Joseph Margulies,

Enrico Marzaduri, Luca Masera, Jean Pierre Matus Acuña, Anna Maria Maugeri,

Oliviero Mazza, Iván Meini, Alessandro Melchionda, Chantal Meloni, Melissa Miedico,

Vincenzo Militello, Fernando Miró Linares, Vincenzo Mongillo,

Renzo Orlandi, Francesco Palazzo, Carlenrico Paliero, Michele Papa, Raphaële Parizot,

Claudia Pecorella, Marco Pelissero, Lorenzo Picotti, Paolo Pisa, Oreste Pollicino,

Domenico Pulitanò, Tommaso Rafaraci, Paolo Renon, Mario Romano,

Maria Ángeles Rueda Martín, Carlo Ruga Riva, Stefano Ruggieri, Francesca Ruggieri,

Marco Scoletta, Sergio Seminara, Paola Severino, Nicola Selvaggi, Rosaria Sicurella,

Jesús María Silva Sánchez, Carlo Sotis, Giulio Ubertis, Inma Valeije Álvarez, Antonio

Vallini, Vito Velluzzi, Paolo Veneziani, Costantino Visconti, Javier Willenmann von Bernath,

Francesco Zacchè

Editore Associazione "Progetto giustizia penale", c/o Università degli Studi di Milano,
Dipartimento di Scienze Giuridiche "C. Beccaria" - Via Festa del Perdono, 7 - 20122 MILANO - c.f. 97792250157
ANNO 2020 - CODICE ISSN 2240-7618 - Registrazione presso il Tribunale di Milano, al n. 554 del 18 novembre 2011.
Impaginazione a cura di Chiara Pavese

Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale è un periodico on line ad accesso libero e non ha fine di profitto. Tutte le collaborazioni organizzative ed editoriali sono a titolo gratuito e agli autori non sono imposti costi di elaborazione e pubblicazione. La rivista, registrata presso il Tribunale di Milano, al n. 554 del 18 novembre 2011, è edita attualmente dall'associazione "Progetto giustizia penale", con sede a Milano, ed è pubblicata con la collaborazione scientifica e il supporto dell'Università Commerciale Luigi Bocconi di Milano, dell'Università degli Studi di Milano, dell'Università di Roma Tre, dell'Università LUISS Guido Carli, dell'Universitat de Barcelona e dell'Università Diego Portales di Santiago del Cile.

La rivista pubblica contributi inediti relativi a temi di interesse per le scienze penalistiche a livello internazionale, in lingua italiana, spagnolo, inglese, francese, tedesca e portoghese. Ogni contributo è corredato da un breve abstract in italiano, spagnolo e inglese.

La rivista è classificata dall'ANVUR come rivista scientifica per l'area 12 (scienze giuridiche), di classe A per i settori scientifici G1 (diritto penale) e G2 (diritto processuale penale). È indicizzata in DoGI e DOAJ.

Il lettore può leggere, condividere, riprodurre, distribuire, stampare, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, cercare e segnalare tramite collegamento ipertestuale ogni lavoro pubblicato su "Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale", con qualsiasi mezzo e formato, per qualsiasi scopo lecito e non commerciale, nei limiti consentiti dalla licenza Creative Commons - Attribuzione - Non commerciale 3.0 Italia (CC BY-NC 3.0 IT), in particolare conservando l'indicazione della fonte, del logo e del formato grafico originale, nonché dell'autore del contributo.

La rivista può essere citata in forma abbreviata con l'acronimo: *DPC-RT*, corredato dall'indicazione dell'anno di edizione e del fascicolo.

La rivista fa proprio il [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) elaborato dal COPE (Committee on Publication Ethics).

La rivista si conforma alle norme del Regolamento UE 2016/679 in materia di tutela dei dati personali e di uso dei cookies ([clicca qui](#) per dettagli).

Ogni contributo proposto per la pubblicazione è preliminarmente esaminato dalla direzione, che verifica l'attinenza con i temi trattati dalla rivista e il rispetto dei requisiti minimi della pubblicazione.

In caso di esito positivo di questa prima valutazione, la direzione invia il contributo in forma anonima a due revisori, individuati secondo criteri di rotazione tra i membri dell'Editorial Advisory Board in relazione alla rispettiva competenza per materia e alle conoscenze linguistiche. I revisori ricevono una scheda di valutazione, da consegnare compilata alla direzione entro il termine da essa indicato. Nel caso di tardiva o mancata consegna della scheda, la direzione si riserva la facoltà di scegliere un nuovo revisore.

La direzione comunica all'autore l'esito della valutazione, garantendo l'anonimato dei revisori. Se entrambe le valutazioni sono positive, il contributo è pubblicato. Se una o entrambe le valutazioni raccomandano modifiche, il contributo è pubblicato previa revisione dell'autore, in base ai commenti ricevuti, e verifica del loro accoglimento da parte della direzione. Il contributo non è pubblicato se uno o entrambi i revisori esprimono parere negativo alla pubblicazione.

La direzione si riserva la facoltà di pubblicare, in casi eccezionali, contributi non previamente sottoposti alla procedura di peer review. Di ciò è data notizia nella prima pagina del contributo, con indicazione delle ragioni relative.

I contributi da sottoporre alla Rivista possono essere inviati al seguente indirizzo mail: editor.criminaljusticenetwork@gmail.com. I contributi che saranno ritenuti dalla direzione di potenziale interesse per la rivista saranno sottoposti alla procedura di peer review sopra descritta. I contributi proposti alla rivista per la pubblicazione dovranno rispettare i criteri redazionali [scaricabili qui](#).

Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale es una publicación periódica *on line*, de libre acceso y sin ánimo de lucro. Todas las colaboraciones de carácter organizativo y editorial se realizan gratuitamente y no se imponen a los autores costes de maquetación y publicación. La Revista, registrada en el Tribunal de Milan, en el n. 554 del 18 de noviembre de 2011, se edita actualmente por la asociación “Progetto giustizia penale”, con sede en Milán, y se publica con la colaboración científica y el soporte de la *Università Commerciale Luigi Bocconi* di Milano, la *Università degli Studi di Milano*, la *Università di Roma Tre*, la *Università LUISS Guido Carli*, la *Universitat de Barcelona* y la *Universidad Diego Portales de Santiago de Chile*.

La Revista publica contribuciones inéditas, sobre temas de interés para la ciencia penal a nivel internacional, escritas en lengua italiana, española, inglesa, francesa, alemana o portuguesa. Todas las contribuciones van acompañadas de un breve abstract en italiano, español e inglés.

El lector puede leer, compartir, reproducir, distribuir, imprimir, comunicar a terceros, exponer en público, buscar y señalar mediante enlaces de hipervínculo todos los trabajos publicados en “Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale”, con cualquier medio y formato, para cualquier fin lícito y no comercial, dentro de los límites que permite la licencia *Creative Commons - Attribuzione - Non commerciale 3.0 Italia* (CC BY-NC 3.0 IT) y, en particular, debiendo mantenerse la indicación de la fuente, el logo, el formato gráfico original, así como el autor de la contribución.

La Revista se puede citar de forma abreviada con el acrónimo *DPC-RT*, indicando el año de edición y el fascículo.

La Revista asume el [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) elaborado por el COPE (*Comitte on Publication Ethics*).

La Revista cumple lo dispuesto en el Reglamento UE 2016/679 en materia de protección de datos personales ([clica aquí](#) para los detalles sobre protección de la privacy y uso de cookies).

Todas las contribuciones cuya publicación se propone serán examinadas previamente por la Dirección, que verificará la correspondencia con los temas tratados en la Revista y el respeto de los requisitos mínimos para su publicación.

En el caso de que se supere con éxito aquella primera valoración, la Dirección enviará la contribución de forma anónima a dos evaluadores, escogidos entre los miembros del *Editorial Advisory Board*, siguiendo criterios de rotación, de competencia por razón de la materia y atendiendo también al idioma del texto. Los evaluadores recibirán un formulario, que deberán devolver a la Dirección en el plazo indicado. En el caso de que la devolución del formulario se retrasara o no llegara a producirse, la Dirección se reserva la facultad de escoger un nuevo evaluador.

La Dirección comunicará el resultado de la evaluación al autor, garantizando el anonimato de los evaluadores. Si ambas evaluaciones son positivas, la contribución se publicará. Si alguna de las evaluaciones recomienda modificaciones, la contribución se publicará después de que su autor la haya revisado sobre la base de los comentarios recibidos y de que la Dirección haya verificado que tales comentarios han sido atendidos. La contribución no se publicará cuando uno o ambos evaluadores se pronuncien negativamente sobre su publicación.

La Dirección se reserva la facultad de publicar, en casos excepcionales, contribuciones que no hayan sido previamente sometidas a *peer review*. Se informará de ello en la primera página de la contribución, indicando las razones.

Si deseas proponer una publicación en nuestra revista, envía un mail a la dirección editor.criminaljusticenetwork@gmail.com. Las contribuciones que la Dirección considere de potencial interés para la Revista se someterán al proceso de *peer review* descrito arriba. Las contribuciones que se propongan a la Revista para su publicación deberán respetar los criterios de redacción (se pueden [descargar aquí](#)).



Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale is an on-line, open-access, non-profit legal journal. All of the organisational and publishing partnerships are provided free of charge with no author processing fees. The journal, registered with the Court of Milan (n° 554 - 18/11/2011), is currently produced by the association “Progetto giustizia penale”, based in Milan and is published with the support of Bocconi University of Milan, the University of Milan, Roma Tre University, the University LUISS Guido Carli, the University of Barcelona and Diego Portales University of Santiago, Chile.

The journal welcomes unpublished papers on topics of interest to the international community of criminal scholars and practitioners in the following languages; Italian, Spanish, English, French, German and Portuguese. Each paper is accompanied by a short abstract in Italian, Spanish and English.

Visitors to the site may share, reproduce, distribute, print, communicate to the public, search and cite using a hyperlink every article published in the journal, in any medium and format, for any legal non-commercial purposes, under the terms of the Creative Commons License - Attribution – Non-commercial 3.0 Italy (CC BY-NC 3.0 IT). The source, logo, original graphic format and authorship must be preserved.

For citation purposes the journal's abbreviated reference format may be used: *DPC-RT*, indicating year of publication and issue.

The journal strictly adheres to the [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) drawn up by COPE (Committee on Publication Ethics).

The journal complies with the General Data Protection Regulation (EU) 2016/679 (GDPR) ([click here](#) for details on protection of privacy and use of cookies).

All articles submitted for publication are first assessed by the Editorial Board to verify pertinence to topics addressed by the journal and to ensure that the publication's minimum standards and format requirements are met.

Should the paper in question be deemed suitable, the Editorial Board, maintaining the anonymity of the author, will send the submission to two reviewers selected in rotation from the Editorial Advisory Board, based on their areas of expertise and linguistic competence. The reviewers are provided with a feedback form to compile and submit back to the editorial board within an established timeframe. If the timeline is not heeded to or if no feedback is submitted, the editorial board reserves the right to choose a new reviewer.

The Editorial Board, whilst guaranteeing the anonymity of the reviewers, will inform the author of the decision on publication. If both evaluations are positive, the paper is published. If one or both of the evaluations recommends changes the paper will be published subsequent to revision by the author based on the comments received and verification by the editorial board. The paper will not be published should one or both of the reviewers provide negative feedback.

In exceptional cases the Editorial Board reserves the right to publish papers that have not undergone the peer review process. This will be noted on the first page of the paper and an explanation provided.

If you wish to submit a paper to our publication please email us at editor.criminaljusticenetwork@gmail.com. All papers considered of interest by the editorial board will be subject to peer review process detailed above. All papers submitted for publication must abide by the editorial guidelines ([download here](#)).

<p>TRA PRINCIPI, TEORIA DEL DIRITTO PENALE E POLITICA-CRIMINALE</p> <p><i>PRINCIPIOS, TEORÍA DEL DERECHO PENAL Y POLÍTICA CRIMINAL</i></p> <p><i>PRINCIPLES, THEORY OF CRIMINAL LAW AND CRIMINAL POLICY</i></p>	<p>Perché il codice penale 1</p> <p>Le riforme del codice oltre i progetti di pura consolidazione</p> <p><i>Why the Criminal Code</i></p> <p><i>The Reforms of the Code Beyond the Mere Consolidation Projects</i></p> <p><i>¿Por qué el Código Penal?</i></p> <p><i>Las reformas del Código más allá de los proyectos de pura consolidación</i></p> <p>Massimo Donini</p>
	<p>Corte Edu e Corte costituzionale tra operazioni di bilanciamento e precedente vincolante. Spunti teorico-generalisti e ricadute penalistiche. (Parte III) 22</p> <p><i>Corte Europea de Derechos Humanos y Corte Constitucional entre operaciones de ponderación y precedente vinculante</i></p> <p><i>European Court of Human Rights and Constitutional Court Between Balancing and Binding Precedent</i></p> <p>Alessandro Tesaro</p>
	<p>Non punibilità e indirizzo politico-criminale 68</p> <p><i>No punibilidad e dirección político criminal</i></p> <p><i>Non-Punishability and Criminal Policy</i></p> <p>Paolo Caroli</p>
	<p>Anatomia del <i>ne bis in idem</i>: da principio unitario a trasformatore neutro di principi in regole 98</p> <p><i>Anatomía del ne bis in idem: de principio unitario a principio neutro transformar de principios en regla</i></p> <p><i>Anatomy of ne bis in idem:: from Unitary Principle to Neutral Converter of Principles into Rules</i></p> <p>Ludovico Bin</p>

<p>TEMI DI PARTE SPECIALE</p> <p>TEMAS DE LA PARTE ESPECIAL</p> <p>SPECIFIC OFFENCES TOPICS</p>	<p>Non c'è smuggling senza ingiusto profitto 143</p> <p><i>No hay smuggling sin beneficio injusto</i></p> <p><i>There is No Smuggling Without Unjust Profit</i></p> <p>Stefano Zirulia</p>
<p>Il recepimento della direttiva PIF in Italia e l' 'evergreen' art. 316-ter c.p. 178</p> <p><i>La implementación de la directiva PIF en Italia y el "evergreen" art. 316-ter del Código Penal</i></p> <p><i>The PIF directive implementation in Italy and the 'evergreen' article 316-ter of the Italian Criminal Code</i></p> <p>Enrico Basile</p>	
<p>La confidencialidad, integridad y disponibilidad de los sistemas de información como bien jurídico protegido en los delitos contra los sistemas de información en el código penal español 199</p> <p><i>Riservatezza, integrità e disponibilità dei sistemi informatici come bene giuridico protetto dai reati informatici nel codice penale spagnolo</i></p> <p><i>Confidentiality, Integrity and Availability of IT Systems as the Interest Protected by the Cyber-Crimes in the Spanish Criminal Code</i></p> <p>Dra. M^a Ángeles Rueda Martín</p>	
<p>The Market for Gossip: Punish Paparazzi and You Will Produce Inefficiency 217</p> <p><i>El mercado de chismes: castiga a los paparazzi y producirás ineficiencia</i></p> <p><i>Il mercato del gossip: punisci i paparazzi e produrrà inefficienza</i></p> <p>Mariateresa Maggiolino, Eleonora Montani, Giovanni Tuzet</p>	
<p>Problemi vecchi e nuovi delle false dichiarazioni sostitutive 237</p> <p><i>Problemas viejos y nuevos de las falsas declaraciones sustitutivas</i></p> <p><i>Old and New Problems on False Statements Rendered by Private Parties in Lieu of</i></p> <p>Fabio Antonio Siena</p>	

<p>L'OGGETTO SU ... IL DIRITTO PENALE TRIBUTARIO</p> <p><i>EL OBJETIVO SOBRE ... EL DERECHO PENAL TRIBUTARIO</i></p> <p><i>FOCUS ON ... TAX CRIMINAL LAW</i></p>	<p>La non punibilità nel prisma del diritto penale tributario: coerenza o lassismo di sistema?</p> <p><i>La no punibilidad en el prisma del derecho penal tributario: ¿congruencia o laxitud del sistema?</i></p> <p><i>Non-Punishment in the Prism of Tax Crimes: Consistency or Laxity of the System?</i></p> <p>Stefano Cavallini</p> <hr/> <p>Reati tributari e responsabilità dell'ente: una riforma nel (ancorché non di) sistema</p> <p><i>Delitos fiscales y responsabilidad corporativa: una reforma (aunque no del) en el sistema (aunque no de)</i></p> <p><i>Tax Offences and Corporate Liability: a Reform in the (Albeit Not of) System</i></p> <p>Daniele Piva</p> <hr/> <p>Le confische e i sequestri in materia di reati tributari dopo il "decreto fiscale" n. 124 del 2019</p> <p><i>Los comisos y los secuestros en materia de delitos fiscales después del Derecho Fiscal n. 124 de 2019</i></p> <p><i>Confiscation and seizure for tax crimes after the Italian "Tax Decree" no. 124 of 2019</i></p> <p>Gianluca Varraso</p> <hr/> <p>Riflessioni sulla quantificazione del profitto illecito e sulla natura giuridica della confisca diretta e per equivalente</p> <p><i>Reflexiones sobre la cuantificación del beneficio ilícito y la naturaleza jurídica del decomiso directo y por equivalente</i></p> <p><i>Reflections on the quantification of proceeds and on the legal nature of direct confiscation and confiscation of substitute assets</i></p> <p>Stefano Finocchiaro</p>	<p>256</p> <p>275</p> <p>290</p> <p>322</p>
--	---	---

<p>LA TUTELA DELLA LIBERTÀ PERSONALE AL DI FUORI DEL DIRITTO PENALE</p> <p><i>LA PROTECCIÓN DE LA LIBERTAD PERSONAL FUERA DEL DERECHO PENAL</i></p> <p><i>THE PROTECTION OF PERSONAL FREEDOM OUTSIDE OF CRIMINAL LAW</i></p>	<p>Introduzione al convegno su <i>La tutela della libertà personale al di fuori del diritto penale</i></p> <p><i>Introducción a la conferencia sobre La protección de la libertad personal fuera del derecho penal</i></p> <p><i>Introduction to the Conference on The Protection of Personal Freedom Outside of Criminal Law</i></p> <p>Luca Masera</p> <hr/> <p>La libertà personale nella Costituzione</p> <p><i>La libertad personal en la Constitución</i></p> <p><i>Personal Freedom in the Italian Constitution</i></p> <p>Antonio D'Andrea</p> <hr/> <p>La tutela della libertà personale al di fuori del diritto penale</p> <p>Misure di prevenzione</p> <p><i>La protección de la libertad personal fuera del derecho penal</i></p> <p><i>Medidas de prevención</i></p> <p><i>The Protection of Personal Freedom Outside of Criminal Law</i></p> <p><i>Preventive Measures</i></p> <p>Marco Pelissero</p> <hr/> <p>Tutela penale della libertà personale e culture del controllo in psichiatria</p> <p><i>Tutela penal de la libertad personal y cultura del control en psiquiatría</i></p> <p><i>Protection of Personal Freedom Through Criminal Law and Control Theories in Psychiatry</i></p> <p>Giandomenico Dodaro</p> <hr/> <p>La libertà è ancora terapeutica? <i>Diritto alla salute mentale e dovere alla salute mentale</i></p> <p><i>¿Es la libertad terapéutica? Derecho deber a la salud mental</i></p> <p><i>Is Freedom Still a Therapy? Right to Mental Health and Duty of Mental Health</i></p> <p>Giovanni Rossi</p> <hr/> <p>La libertà personale del richiedente protezione internazionale</p> <p><i>Libertad personal de los solicitantes de protección internacional</i></p> <p><i>Personal Freedom of the International Protection Seeker</i></p> <p>Antonio Cantaro e Federico Losurdo</p> <hr/> <p>Dagli hotspot ai “porti chiusi”: quali rimedi per la libertà “sequestrata” alla frontiera?</p> <p><i>De los hotspot a los “puertos cerrados”: ¿qué remedios para la libertad “secuestrada” a la frontera?</i></p> <p><i>From Hotspots to “Closed ports”: Which Remedies for the Deprivation of Liberty at the Border?</i></p> <p>Francesca Cancellaro</p>	<p>362</p> <p>365</p> <p>374</p> <p>388</p> <p>401</p> <p>417</p> <p>428</p>
--	--	--

<p>DONNE E DIRITTO PENALE</p>	<p>Donne autrici di crimini di guerra, crimini contro l'umanità e genocidio di fronte ai tribunali internazionali</p>	<p>445</p>
<p><i>MUJERES Y DERECHO PENAL</i></p>	<p><i>Mujeres autoras de crímenes de guerra, crímenes contra la humanidad y genocidio ante tribunales internacionales</i></p>	
<p><i>WOMEN AND CRIMINAL LAW</i></p>	<p><i>Women as Perpetrators of War Crimes, Crimes Against Humanity and Genocide Before the International Courts</i> Gabriella Citroni</p>	
	<p>Violenza contro le donne e bulimia repressiva</p>	<p>461</p>
	<p><i>Violencia contra las mujeres y bulimia represiva</i> <i>Violence Against Women and Repressive Bulimia</i></p>	
	<p>Tiziana Vitarelli</p>	

LA TUTELA DELLA LIBERTÀ PERSONALE AL DI FUORI DEL DIRITTO PENALE

LA PROTECCIÓN DE LA LIBERTAD PERSONAL FUERA DEL DERECHO PENAL

THE PROTECTION OF PERSONAL FREEDOM OUTSIDE OF CRIMINAL LAW

- 362 **Introduzione al convegno su *La tutela della libertà personale al di fuori del diritto penale***
Introducción a la conferencia sobre La protección de la libertad personal fuera del derecho penal
Introduction to the Conference on The Protection of Personal Freedom Outside of Criminal Law
Luca Masera
- 365 **La libertà personale nella Costituzione**
La libertad personal en la Constitución
Personal Freedom in the Italian Constitution
Antonio D'Andrea
- 374 **La tutela della libertà personale al di fuori del diritto penale. Misure di prevenzione**
La protección de la libertad personal fuera del derecho penal. Medidas de prevención
The Protection of Personal Freedom Outside of Criminal Law. Preventive Measures
Marco Pelissero
- 388 **Tutela penale della libertà personale e culture del controllo in psichiatria**
Tutela penal de la libertad personal y cultura del control en psiquiatría
Protection of Personal Freedom Through Criminal Law and Control Theories in Psychiatry
Giandomenico Dodaro
- 401 **La libertà è ancora terapeutica? *Diritto alla salute mentale e dovere alla salute mentale***
¿Es la libertad terapéutica? Derecho y deber a la salud mental
Is Freedom Still a Therapy? Right to Mental Health and Duty of Mental Health
Giovanni Rossi
- 417 **La libertà personale del richiedente protezione internazionale**
Libertad personal de los solicitantes de protección internacional
Personal Freedom of the International Protection Seeker
Antonio Cantaro e Federico Losurdo
- 428 **Dagli hotspot ai “porti chiusi”: quali rimedi per la libertà “sequestrata” alla frontiera?**
De los hotspot a los “puertos cerrados”: ¿qué remedios para la libertad “secuestrada” a la frontera?
From Hotspots to “Closed ports”: Which Remedies for the Deprivation of Liberty at the Border?
Francesca Cancellaro

La libertà è ancora terapeutica?

Diritto alla salute mentale e dovere alla salute mentale

¿Es la libertad terapéutica?

Derecho y deber a la salud mental

Is Freedom Still a Therapy?

Right to Mental Health and Duty of Mental Health

GIOVANNI ROSSI

*Psichiatra, psicoterapeuta e vicepresidente dell'associazione "Club SPDC No Restraint"
giovanni.rossi@rete180.it*

DIRITTO ALLA LIBERTÀ PERSONALE

DERECHO A LA LIBERTAD PERSONAL

RIGHT TO PERSONAL LIBERTY

ABSTRACTS

La salute mentale e le libertà sono interconnesse. Nella storia della psichiatria al contrario sono stati prevalenti l'esercizio del controllo sociale e dell'assoggettamento psicologico. La costrizione all'interno di strutture chiuse, come furono gli ospedali psichiatrici, e come sono molti degli attuali servizi psichiatrici ospedalieri, è causa di ulteriori patologie.

In sintonia con la democratizzazione cui andarono incontro tutte le professioni liberali molti psichiatri ripresero i fili di un'altra storia che dall'Ottocento coniugava libertà plurali e terapie.

Il movimento per la salute mentale contribuì alla stesura delle leggi 180 ed 833 che chiusero i manicomi e integrarono salute fisica e salute mentale nelle Unità Sanitarie Locali. La salute, per la regionalizzazione ed aziendalizzazione del SSN è stata affidata al Mercato. Ciò ha messo in crisi la cultura e l'organizzazione dei servizi per la salute mentale.

La salud mental y la libertad están interconectadas. En la historia de la Psiquiatría, al contrario, han prevalecido el ejercicio del control social y de la sujeción psicológica. La constricción al interno de estructuras cerradas, como fueron los hospitales psiquiátricos, y como son muchos de los actuales servicios psiquiátricos hospitalarios, es causa de ulteriores patologías. En sintonía con la democratización de las profesiones liberales, muchos psiquiatras retomaron una tradición que conjugaba libertad y terapia. El movimiento por la salud mental contribuyó a la estructura de la ley 180 y 833, que cerraron manicomios e integraron salud física y salud mental a las Unidades Sanitarias Locales. La salud, por la regionalización y privatización del SSN ha sido entregada al mercado, lo cual ha puesto en crisis la cultura y la organización de los servicios por la salud mental.

Mental health and freedoms are interrelated. In the history of psychiatry, on the contrary, social control and psychological subjection were the prevailing factors. Contention in closed facilities, as psychiatric hospitals were, and similarly to many hospital psychiatric divisions nowadays causes additional illness. Consistently with the democratization of all the liberal professions, many psychiatrists started to follow a different path that since the XIXth century conjugated plural freedoms and therapies. The mental health movement helped in drafting the Italian laws 180 and 833 that banned madhouses and integrated physical and mental health under the Local Health Units. Health is now under the Market domain, because of the regional and business structure of the SSN. This jeopardized the mental health service culture and organization.

SOMMARIO

1. Libertà dal sintomo e libertà dalla istituzione. *Primum non nocere* – 2. Sguardo clinico. – 3. Sensibilità olfattiva, una forma di sorveglianza sanitaria. – 4. Così nacque la psichiatria. – 5. Il potere disciplinare psichiatrico. Una storia nerissima. – 6. I precursori delle libertà che curano. Una storia altra. – 7. Dall'esperienza di Gorizia alla legge 180. – 8. I principi e le indicazioni organizzative nelle leggi 180 e 833. – 9. Regionalizzazione e aziendalizzazione. Un contesto sfavorevole. – 10. Riduzionismo disciplinare e ritorno alle pratiche di contenzione. – 11. Perché Elena? – 12. Tornare alla 180. *Post scriptum*.

1.

Libertà dal sintomo e libertà dalla istituzione. *Primum non nocere*.

Pensiamo comunemente che la malattia sia di ostacolo alla nostra libertà. Nel campo della salute mentale, se prendiamo ad esempio il sintomo della coazione a ripetere, vediamo come ciò possa limitarci.

Ricordo il caso di uno psichiatra ossessivo che pronto alle nove di mattina a partire per la vacanza con la famiglia, riuscì a salire in automobile solo verso sera, dovendo continuamente ritornare in casa a controllare che tutto fosse in sicurezza.

Nel caso del disagio psichico dobbiamo, tuttavia, considerare anche una seconda modalità in cui può manifestarsi la coazione a ripetere.

Nelle istituzioni psichiatriche era frequente osservare una persona che eseguiva ripetutamente la stessa sequenza. Ad esempio si alzava, girava in tondo o su se stessa, si risiedeva. Il rituale poteva meccanicamente ripetersi anche per giorni e giorni.

In questo caso la coazione a ripetere è sintomo della malattia da istituzionalizzazione.

Ne consegue che la cura può aiutare a riconquistare la libertà, ma anche può essere causa di malattia e perdita ulteriore di libertà

Negli ospedali moderni la gestione del rischio clinico rappresenta una importante funzione. Si ritiene, infatti, che gli eventi avversi, come sono le infezioni ospedaliere, possano essere ridotti al minimo, se non evitati, grazie al continuo monitoraggio e miglioramento dei processi organizzativi.

Ogni responsabile del rischio clinico ricorre all'esempio del formaggio emmental¹ per esemplificare come solo una serie di errori organizzativi possa determinare il concretizzarsi dell'evento avverso. Si usa l'esempio del formaggio per fare comprendere come sia difficile allineare i buchi di differenti fette di emmental in modo tale che una linea retta li possa attraversare. Analogamente accadrebbe per i processi organizzativi ospedalieri. Solo una sequenza di malfunzionamenti porterebbe all'evento avverso. Dunque evitarli dovrebbe essere più facile che provarli. O almeno così insegnano i manuali di gestione del rischio clinico.

Il *risk management* trasferisce nella dimensione organizzativa il principio medico del "*primum non nocere*".

Come è noto di tale principio, attribuito ad Ippocrate, sono state proposte successive varianti.

A volte viene completato con "*secundum cavere, tertium sanare*".

Il medico dovrebbe attenersi, dunque, primariamente al rispetto del *principio di non maleficienza* (*non nocere*), secondariamente a quello di *precauzione* (*cavere*) e solo per terzo a quello di *beneficienza* (*sanare*).

Altre volte si ricorda al medico l'imperativo "*cura te ipsum*", intendendo con ciò che il curante deve avere cura della propria persona.

L'affermazione può essere intesa in vari modi.

Innanzitutto, come si insegna a qualsiasi operatore di emergenza, egli deve agire in sicurezza perchè l'intervento abbia la massima probabilità di efficacia. Non deve accadere, come si porta sempre ad esempio, che un soccorritore maldestro anneghi con la persona che voleva salvare.

Cura te ipsum può anche indicare al medico la necessità di somministrare solo e soltanto le cure che accetterebbe gli venissero fatte, sottolineando la necessità che il buon medico si immedesima con le condizioni della persona che ha in cura.

Infine l'affermazione, per il contesto da cui viene tratta (Vangelo secondo Luca ed esegesi

¹ REASON (2000) pp. 768-780.

biblica di tradizione ebraica), assumerebbe un più ampio significato morale : “non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te”.

2. Sguardo clinico.

Abbiamo sin qui fatto riferimento ai principi deontologici e morali cui dovrebbe riferirsi il medico nei confronti del paziente con cui instaura la relazione terapeutica.

Tuttavia come magistralmente descritto da Michel Foucault nel suo “La nascita della clinica”² ogni conoscenza del corpo determina anche un discorso del potere sul corpo. Pubblicato nel 1963 “Naissance de la clinique” si colloca nel corpus foucaultiano subito dopo “La storia della follia nell’età classica” (1961)³.

Lo sguardo medico è lo strumento per esercitare il sapere/potere sul corpo. Per questo la clinica, in origine riferita alla attività del medico al letto (clanicus latino, klinikos greco) si trasforma nella Francia del diciottesimo secolo nella Clinique, l’ospedale che organizza la presa di distanza del medico dal soggetto, che si trasformerà nell’oggetto delle cure. Clinique è costruzione di conoscenza, di sapere/potere.

La parola ospedale deriva da ospitare, accogliere. Una antica vocazione religiosa, che poi ritroviamo anche nelle forme del mutuo soccorso municipale. Ne troviamo chiara espressione nei nomi degli ospedali : Ospedale Fatebenefratelli o Spedali Civili di Brescia.

Quando alla funzione assistenziale si aggiunge quella di insegnamento e ricerca essi diventano Ospedali Clinicizzati.

Nel nascente stato borghese la medicina clinica si costituisce come corpo disciplinare dotato di una specifica conoscenza : le malattie del corpo; di una struttura in cui organizzare la sua attività : l’ospedale; di un gruppo selezionato di esperti : i medici.

Questa configurazione disciplinare istituzionalizza uno specifico potere. Esso appartiene a chi ne possiede la tecnica. Un potere che può influenzare grandemente la nascente società borghese.

Emblematica la vicenda del fondatore della Clinique : Pierre Jean Georges Cabanis.

Nato nel 1757, divenne sostenitore della Rivoluzione e successivamente approvò il colpo di Stato di Napoleone Buonaparte il 18 brumaio. Fu il primo titolare della cattedra di Clinica medica alla scuola di medicina di Parigi. Accademico di Francia, fu deputato e senatore. Il suo corpo, otto giorni dopo la morte, il 13 maggio 1808 fu trasferito al Pantheon di Parigi.

3. Sensibilità olfattiva, una forma di sorveglianza sanitaria.

Sul finire del diciassettesimo secolo Parigi, come tutte le altre città, presentava condizioni igieniche molto precarie. Mancanza di fognature e abitazioni spesso simili a tuguri facilitavano la diffusione di malattie di cui cominciava ad essere sospettata l’origine in “veleni” presenti nei miasmi cittadini.

Mentre la nascente ricerca di laboratorio si preparava, tra alcuni decenni, ad scoprire batteri ed altri microorganismi, identificando la causa di svariate malattie. Per intanto veniva per la prima volta posta attenzione allo studio dell’aria ed alla rilevazione dei suoi miasmi, come possibile diffusore patogeno.

Al primato dell’osservare, dello sguardo medico, si accompagnava, cosa rivoluzionaria, la sensibilità olfattiva.

Sino ad allora, come scrive A. Corbin ne “la storia sociale degli odori”⁴ una intensità degli effluvi era considerata come “intensa animalità”, segno di vigore e maggior potere seduttivo.

Poi, e siamo alla vigilia della rivoluzione francese, accadde che la letteratura per prima portasse l’attenzione sull’acalcarsi dei corpi negli ambienti chiusi, navi, carceri, ospedali, luoghi di lavoro e case. Fu così che l’attenzione olfattiva si rivolse anche all’odore dei corpi ammassati, ma non alle condizioni che determinavano tale ammassamento.

Alla Clinique si affiancò una seconda branca medica, l’igiene pubblica.

² FOUCAULT (1998).

³ FOUCAULT (1963).

⁴ CORBIN (1982).

Se oggetto della prima era il corpo singolo, la seconda si occupava della popolazione, intesa come somma di corpi, ma anche come corpo sociale. Ne scaturirono programmi di sanificazione dell'ambiente e norme di igiene personale. Le fognature che prima erano a cielo aperto, vennero canalizzate sottoterra.

Il cittadino borghese da qui in avanti si distinguerà per l'igiene del corpo, dotando la sua abitazione di acqua corrente. L'inodorosità si proporrà come segno distintivo della classe sociale. Essa distingue, infatti, il borghese dal lavoratore che "sa di sudore".

Quando il naso del borghese fiuterà di nuovo i cattivi odori sarà segno che lì c'è pericolo. Ciò che prima veniva positivamente associato a vigore fisico e potere seduttivo si converte in segno deteriore di istinto, desiderio, appetito. Tutto ciò che si oppone al predominio della ragione e della intelligenza.

La sensibilità olfattiva del cittadino borghese e lo sguardo clinico del medico vengono a comporre un sistema diagnostico complesso. Al primo consentirà di identificare i quartieri e gli ambienti da evitare perchè pericolosi, al secondo verranno affidati il compito di isolare e curare le persone potenzialmente infette e contagiose.

Per certi versi possiamo considerare la sensibilità olfattiva una forma di sorveglianza sanitaria.

Sorveglianza è termine ambiguo. Può avere una accezione positiva. Essere inteso come strumento protettivo. Può avere una accezione negativa. Prefigurare la punizione di chi, sorvegliato, trasgredisca.

Questo è il senso con cui usa il termine Foucault nel suo "Sorvegliare e punire"⁵. E' protettivo, invece, l'uso che ne fa la epidemiologia, quando il monitoraggio della esposizione ai fattori di rischio ha lo scopo di tutelare la salute del lavoratore e non di punirlo perchè si trova in condizioni di insalubrità.

Nella sensibilità olfattiva la sorveglianza è preannuncio di possibile punizione. Trova il suo corrispettivo nella prescrizione del medico clinico. Il paziente deve rispettarla, nel caso ciò non avvenga verrà ritenuto colpevole. Nelle regole della Clinique non è previsto, al contrario di quanto accade nei processi, che la prescrizione cada in prescrizione.

Sia nella dimensione della prescrizione medica che in quella della sorveglianza sanitaria sono evidenti forme di coercizione che rappresentano piuttosto un dovere alla salute che non il soddisfacimento di un diritto. Questa polarità tenderà ad evidenziarsi in maniera differenziata in relazione alla classe di appartenenza. Non a caso d'ora in avanti uno degli oggetti del conflitto sarà proprio l'estensione del diritto alla salute alle classi che ne sono escluse.

Sin qui abbiamo analizzato il rapporto tra diritto alla salute e dovere alla salute nell'ambito della medicina del corpo. Ora ci focalizzeremo su quello della medicina della mente.

4. Così nacque la psichiatria.

La psichiatria ha i suoi miti fondativi.

Il più noto si riferisce alla iniziativa dello psichiatra francese Philippe Pinel di liberare i folli dalle catene cui erano legati nell'asilo parigino di Bicetre.

Il 25 agosto 1793, già famoso, Pinel aveva assunto per decreto la responsabilità di Bicetre. In questa veste accolse e guidò nella visita Couthon, che era membro del comitato di salute pubblica accanto a Robespierre e Saint Just. Il triumviro era alla ricerca di nobili e preti, nascosti tra derelitti, poveri, folli e delinquenti.

Scrive Foucault : "Pinel lo condusse subito al quartiere degli agitati, dove la vista delle celle lo impressionò penosamente. Volle interrogare tutti i malati. Non ricevette dalla maggior parte di loro altro che ingiurie ed apostrofi grossolane. Era inutile prolungare l'inchiesta"⁶.

Fu a quel punto che Pinel compì il gesto, poi entrato nel mito fondativo della psichiatria.

Egli rivolgendosi all'uomo del Terrore chiese il permesso di liberarli dalle catene.

"Cittadino, risponde Couthon, sei dunque tu stesso si pazzo da lasciare liberi simili animali?"

Pinel insiste : " Cittadino, io sono convinto che questi folli sono così intrattabili soltanto perchè vengono privati di aria e libertà".

⁵ FOUCAULT (1976).

⁶ FOUCAULT (1963) pp. 541-542.

Couthon a quel punto si ritrasse pronunciando le seguenti parole : “Fa di loro ciò che vuoi, ma temo che tu stesso sarai la vittima della tua presunzione”.

Lo stesso giorno Pinel tolse le catene a dodici folli, iniziando il loro trattamento morale. Un mix di sorveglianza e giudizio. Giudizio inteso sia come verdetto affidato al medico che come giudizio che il folle deve esibire nei suoi comportamenti : mostrando rispetto, sapendo stare in silenzio, lavorando sotto lo sguardo del sorvegliante.

Un po' meno noto, ma altrettanto fondante, è l'episodio della follia di Re Giorgio.

Da secoli il popolo attribuisce ai re francesi ed inglesi, poteri taumaturgici, in quanto unti dal Signore. Basta un tocco regale per curare.

Ma ora, mentre Giorgio III, è re di Gran Bretagna ed Irlanda, è un momento difficile. L'istituzione monarchica fatica a difendere il principio della discendenza divina del potere sovrano che si incorpora fisicamente nella persona del re. Pur resistendo ai tempi che cambiano una cessione progressiva al costituzionalismo del potere assoluto viene vista dai moderati come il male minore.

Siamo nel 1778 e Giorgio III presenta nuovamente i sintomi della follia, che già la aveva afflitto nel 1765.

Che fare per evitargli di governare senza che si determini un pericoloso vuoto di potere?

La soluzione la trova Thomas Willis.

Neurologo - a lui si deve la descrizione della circolazione del sangue nel cervello - e psichiatra - inventore, prima di Pinel, della cura morale (moral management) delle alienazioni mentali - Willis dichiara interdetto, in via transitoria, il potere di re Giorgio per tutto il tempo del trattamento, riuscendo a curarlo, a dichiararne la guarigione ed il ripristino del potere sovrano in tempi rapidi⁷.

Prima che le pressioni per la successione si facciano eccessivamente pressanti e generino conflittualità nel campo monarchico.

Dopo un anno di cura morale Giorgio tornò ad essere re Giorgio III. Riprese possesso del potere sovrano. Legittimamente perché il trono non era mai stato vacante e, dunque, erano state tacitate le istanze di reggenza, che pure premevano in Parlamento.

Re Giorgio attraversò un nuovo periodo di malattia nel 1801, e fu di nuovo curato. Il suo regno si protrasse sino al 1810 quando vi fu una nuova ricaduta. Nel frattempo, però, i tempi erano cambiati e la sua successione oramai matura. Dopo aver lasciato lo scettro Giorgio visse in malattia sino alla morte, nel 1826.

Perché nacque dunque questa nuova disciplina esercitata dai medici della mente, i freniatri?

Certamente per occuparsi della follia presente tra le masse popolari. Pinel, il filantropo, aveva ottenuto la delega dall'uomo del Terrore, Couthon, a contrastare la decadenza sociale cui andavano incontro i folli, chiusi nelle gabbie come animali feroci. Il suo trattamento morale li riaddomesticava. Tornavano alla vita domestica, riprendendo quei ruoli subalterni che la follia aveva interrotto.

In più la freniatria era in grado all'occorrenza di sottoporre al medesimo trattamento morale la persona dello stesso sovrano, non allo scopo di sovvertirne il potere, ma di rendergli un servizio e garantirne la stabilità.

Il mito fondativo collocò l'alienistica in uno spazio contiguo a quello del potere costituito.

In grado di fronteggiarne gli eccessi, essendone parte.

Pinel aveva saputo opporsi al temuto Couthon, mentre Willis aveva tenuto sotto tutela re Giorgio III.

La medicina psichiatrica affermava il suo metodo scientifico identificando i criteri, cioè i comportamenti ed i sintomi che consentivano di selezionare la popolazione malata da sottoporre ad indagine e trattamento, apparentemente senza fare alcuna distinzione tra popolo e sovrano.

A meno che non ve ne fossero ragionevoli motivi.

Come risultò evidente quando, cessato il periodo del Terrore, Pinel poté uscirne indenne dimostrando di avere salvato nobili e preti, quelli che Couthon aveva cercato invano.

La freniatria dimostrava grandi capacità di adattamento alle ragioni della *real-politique*.

Era parte del cambiamento moderato che consigliava il passaggio dalla monarchia assoluta a quella costituzionale.

⁷ DORNER (1975) p. 105.

In fin dei conti era stato meglio che Re Giorgio III re di Gran Bretagna ed Irlanda perdesse il senno, piuttosto che, come era capitato a Luigi XVI, re di Francia, gli venisse tagliata la testa..

Meglio una monarchia dissennata, a intermittenza, che una monarchia decapitata, per sempre⁸.

5.

Il potere disciplinare psichiatrico. Una storia nerissima.

Secondo Foucault il potere si esercita attraverso tecnologie. Dispositivi che ne consentono l'effettivo esercizio.

In "Sorvegliare e punire"⁹ individua tre tecnologie di potere.

La prima utilizza la spada. E' un potere basato sulla forza e sul sangue. E' l'esercizio del potere sovrano. E' un potere diretto, che si irradia dall'alto in basso.

Una seconda tecnologia del potere è quella dello stilo, del codice civile. Presuppone che il rispetto della legge e le idee morali siano a fondamento di una adesione interiore. In tal modo il potere diviene più stabile, facendo coincidere libertà e sottomissione.

Se la tecnologia dello stilo si basa sulla riflessione, la terza, quella disciplinare, privilegia il riflesso. L'automatismo dell'abitudine.

La prigionia, che Foucault collega a questo potere, non intende ripristinare il soggetto di diritto ma formare un soggetto d'obbedienza¹⁰.

La psichiatria rappresenterà, per Foucault, una disciplina dell'assoggettamento. Essa possiede un corpus teorico, una professione che lo mette in pratica, e un luogo in cui esercitarlo. L'ospedale psichiatrico si configura, dunque come la clinique applicata non al corpo ma alle patologie della sragione.

L'autorità della psichiatria con Pinel, e poi con il suo successore Esquirol, si costruì in forma di *traitement moral* con ciò intendendo un metodo che riportasse a più ragionevoli consigli chi avesse comportamenti e tenesse discorsi frutto della perdita della ragione. Come per Orlando occorreva che qualcuno si occupasse di recuperarne il senno, finito sulla Luna. Un criterio quello della follia come mancanza fisica del senno che si trova ben espressa dall'uso dei termini *lunatici* per definire i pazzi e *lunatic asylum* per gli ospedali psichiatrici.

Nel diciannovesimo secolo in tutta Europa si costruiranno grandi ospedali psichiatrici. In queste strutture verranno accolte migliaia e migliaia di persone che genericamente potremmo collocare nella categoria dei dissennati. La disciplina psichiatrica si proponeva di riportare quegli indisciplinati, per mancanza di senno, alla disciplina richiesta dal nuovo ordine sociale.

Negli ospedali psichiatrici raramente entravano i folli appartenenti alla classi abbienti. Come per re Giorgio il trattamento morale veniva loro somministrato in altre sedi. Negli studi privati, al domicilio dei pazienti, in ospedali privati dotati di una sezione speciale, in case di cura specialistiche.

Pinel aveva fatto consultazioni alla Pension Belhomme. Il suo più illustre successore Esquirol gestiva la omonima casa di cura nei pressi del Jarden des Plantes, per poi trasferirla in una sede più ampia ad Ivry. Il nipote di Pinel, Casimir possedeva e gestiva il castello di Saint-James a Neully.

Altre come la Maison Blanche divennero famose per gli illustri ospiti che accoglievano. In questo caso Auguste Comte, fondatore della sociologia, e Guy de Maupassant, scrittore e poeta.

I freniatri dimostrarono in molti casi indubbe doti imprenditoriali.

La retta presso la clinica Esquirol era di 6000 franchi all'anno. Per avere un confronto si consideri che la retta giornaliera in manicomio variava tra 1 e 1,25 franchi al giorno, circa 400 franchi all'anno¹¹.

Si calcola che nella sola Parigi vi fossero un centinaio di cliniche psichiatriche private.

In Italia le istituzioni psichiatriche preesistenti si ampliarono offrendo accoglienza a pa-

⁸ ROSSI (2018) pp. 64-68.

⁹ FOUCAULT (1976).

¹⁰ BYUNG-CHUL (2019) pp.37-48.

¹¹ CASTEL (1980) p. 189.

zienti provenienti anche da altre provincie e regioni. Il grande ospedale psichiatrico San Lazzaro, alle porte di Reggio Emilia, sotto la direzione di Livi e Tamburini iniziò ad accogliere pazienti da tutte le provincie vicine confluite nel nuovo Stato unitario¹².

Come abbiamo visto con la nuova sensibilità olfattiva si era provveduto a risanare l'aria nei quartieri borghesi inseguendo l'ideale della città giardino. L'idea dei miasmi venefici era stata trasferita dall'aria alle persone che trascuravano l'igiene, personale e del luogo in cui abitavano. Mal giudicate per questo, si riteneva inoltre che esse potessero essere veicoli di malattia. Il loro isolamento era opportuno sia per sottoporli a trattamento morale che per evitare il rischio del contagio.

Il "mal francese", ovvero la sifilide rappresentò il prototipo della malattia infettiva connessa alla debolezza morale che si curava sia con l'igiene morale che con quella fisica.

Alla ricerca di indizi che consentissero precocemente di identificare chi avrebbe necessitato di questo trattamento, sulla scia della fisiognomica di Gall, si ipotizzò di individuare tratti fenotipici caratteristici del folle, come del delinquente, etc. Come sappiamo maestro di tale approccio fu Cesare Lombroso.

I criteri di inclusione molto ampi ed imprecisi ricavabili dal miasma individuale, dalla malattia sifilitica, dalla fisiognomica consentirono un'ampia discrezionalità da parte degli psichiatri. Accanto a persone con malattia mentale negli ospedali psichiatrici potevano venire internati poveri e disoccupati, briganti e oppositori politici. Una sorte che toccò anche ad Ida Dalser, amante scomoda di Mussolini.

L'utilizzo discrezionale del ospedale psichiatrico è documentato anche dalla relazione diretta tra il numero delle persone presenti nei manicomi e le esigenze del mercato del lavoro. Se la richiesta cresceva anche le dimissioni aumentavano. Viceversa il contrarsi della domanda di lavoro incrementava le domande di internamento. Nei manicomi si raccoglieva parte di quel esercito di riserva di lavoratori le cui braccia servivano quando aumentava la domanda produttiva ma andavano legate quando cresceva la conflittualità sociale¹³.

Nelle grandi strutture psichiatriche che sorseranno nel XIX secolo verranno accolti i folli poveri. Molti risponderanno al trattamento morale, interiorizzando la costrizione. Per questo rientreranno nella società adattandosi nuovamente a svolgere le mansioni subalterne.

Altri resteranno a lungo, anche a vita nei manicomi. Ufficialmente perché per la loro follia la freniatria non ha ancora completato l'inquadramento classificatorio da cui deriverà il trattamento efficace, in realtà perché non adeguandosi alle regole dell'isolamento e della sottomissione asilare li si giudica inadatti a dare il loro contributo alla stabilità sociale.

Per tutto il diciottesimo secolo e per la prima metà del successivo nelle istituzioni psichiatriche il dovere della "cura" sarà assolutamente prevalente.

Le immagini inaugurali dei nuovi manicomi mostrano refettori con lunghe file di tavoli ordinati e lucenti, camerate con letti candidi e finestre luminose. Come se fossero in attesa di essere abitati da persone dotate di un equivalente ordine fisico e mentale. Una idea folle se confrontata con la realtà, che ben presto si sarebbe mostrata, di spazi limitati abitati per tempi smisurati da centinaia di persone.

Si preparava la pagina più nera della psichiatria.

Nel 1938 Arturo Donaggio, presidente della società degli psichiatri italiani era stato uno dei dieci estensori del manifesto: "Il fascismo ed i problemi della razza" che avrebbe costituito la giustificazione pseudoscientifica delle leggi razziali.

La psichiatria nazista partecipò al programma eugenetico nazista Aktion T4. Il programma che progettò, organizzò e realizzò l'eliminazione fisica delle persone internate negli ospedali psichiatrici. I medici le giudicavano *ausmerzen*. Vite indegne di essere vissute¹⁴.

La psichiatria, illuminata dalla Ragione, era nata per curare i folli, dopo averli liberati dalle catene delle carceri e dalla ignoranza delle superstizioni.

Ora finiva per giustificare l'inferiorità e la eliminazione fisica delle persone di cui aveva chiesto l'affidamento.

Se è vero che i medici tedeschi si macchiarono delle responsabilità più estreme, tuttavia il fatto che solo alcune centinaia di essi furono condannati a fronte del coinvolgimento stimato di circa 40.000, si spiega con il fatto che molte delle loro teorie pseudoscientifiche erano largamente condivise anche da colleghi appartenenti al fronte alleato. Si pensi alle pratiche

¹² BENEVELLI e ROSSI (1980) pp.1233-1241.

¹³ CANOSA (1979).

¹⁴ BENEVELLI (2005).

di sterilizzazione di persone considerate anormali continuarono negli USA fino agli anni '60, così come furono in vigore in alcuni stati leggi che vietavano il matrimonio misto.

La parola eugenetica fu introdotta da sir Francis Galton nel 1883, aveva lo scopo di “raggiungere il bene dell'umanità intera” affiancando alla selezione naturale una selezione artificiale.

Pratiche mostruose trassero ispirazione dalle buone intenzioni e dalla “scienza” di un lord inglese.

Dopo la sconfitta del nazifascismo e, soprattutto, dopo l'entrata in vigore della Costituzione della Repubblica Italiana il primo gennaio 1948 e l'approvazione della Dichiarazione dei diritti universali dell'uomo il 10 dicembre dello stesso anno, quasi nulla cambiò nei manicomi italiani.

Gli ospedali psichiatrici rappresentarono delle *enclaves* di totalitarismo all'interno di uno stato democratico. Una persistenza di fascismo e teorie “cervellotiche”.

Una mostruosità frutto dei chiaroscuri tra il vecchio mondo che era stato sconfitto ma non moriva ed il nuovo che si era fermato davanti ai cancelli della psichiatria.

6.

I precursori delle libertà che curano. Una storia altra.

Solo negli anni 60 del secolo scorso la società guarderà dentro quelle istituzioni e si interesserà delle esistenze che vi vengono precariamente condotte.

Nel 1961 Franco Basaglia, neo direttore del manicomio di Gorizia, rifiutandosi di firmare il registro delle contenzioni darà inizio ad un'altra storia¹⁵.

Basaglia, che era del 1925, da studente a Venezia aveva svolto attività antifascista. Era finito in carcere per alcuni mesi. La ricordava come una situazione terribile di vita e, siccome era entrato in carcere all'ora in cui venivano portati fuori i buglioli dalle varie celle, associava quella esperienza “all'odore di merda”.

Quando tredici anni dopo era entrato nel manicomio aveva avuto la stessa sensazione: “non c'era l'odore di merda, ma c'era come un odore simbolico di merda. Ho avuto la certezza che quella era una istituzione completamente assurda, che serviva solo allo psichiatra che ci lavorava per avere lo stipendio a fine mese. A questa logica assurda, infame del manicomio noi abbiamo detto no”¹⁶.

Stavano maturando i tempi e si potevano riprendere i fili di un'altra storia della psichiatria che si era posta in maniera ben diversa rispetto ai temi della libertà e della cura.

Rifiutando di identificarsi con le funzioni di assoggettamento e/o punizione tornava ad interrogarsi sia sui caratteri della follia che sui modi di guarirla.

Gli esempi che seguono privilegiano ciascuno una particolare forma di libertà che ha funzione terapeutica.

Come abbiamo visto la perdita della libertà personale stava a fondamento del trattamento morale, serviva a disciplinare gli indisciplinati. Non era di questa opinione John Connolly che nel 1839 al St Bernard's Hospital, Hanwell Insane Asylum iniziò la pratica no restraint introducendo metodi di trattamento che eliminavano il ricorso alla contenzione meccanica. Era sua opinione che la persona libera potesse accogliere in modo convinto i suggerimenti terapeutici. La sua esperienza dimostrò che anche una grande istituzione poteva essere gestita con metodi non costringenti. La sua esperienza sepolta dalla psichiatria ufficiale per cento anni, venne riscoperta e resa nota in Italia da Agostino Pirella, che era stato accanto a Basaglia nella esperienza di apertura del manicomio di Gorizia¹⁷.

La libertà personale, tuttavia, perdeva di significato se la persona non era libera dalla fame.

Nel secolo decimonono la pellagra imperversava nelle campagne italiane. L'opinione popolare la definiva il mal della miseria. All'opposto Cesare Lombroso ne attribuiva la causa al veleno maidico, ed in ultima istanza ai contadini e braccianti che non erano capaci di conservare adeguatamente la farina di granturco.

La pellagra era la malattia delle tre D: dermatite, diarrea, demenza. Grazie a quest'ultimo sintomo molti pellagrosi venivano internati nei manicomi. E spesso ne uscivano guariti.

¹⁵ SLAVICH (2018).

¹⁶ BASAGLIA (2000) p. 49.

¹⁷ CONNOLLY (1976).

Ovviamente gli psichiatri si attribuivano il successo di aver fatto apprendere il rispetto delle norme igieniche e morali, e non si accorgevano che la migliore alimentazione presente nel manicomio aveva evitato che per molti si manifestasse la quarta D : il decesso. Nel 1876 Achille Sacchi, psichiatra e deputato provinciale a Mantova, ex garibaldino, fece una inchiesta tra i medici condotti dimostrando che vi era una strettissima relazione tra alimentazione a base di sola polenta e pellagra. Ottenne notevoli risultati con l'istituzione di cucine nelle campagne mantovane che distribuivano cibo più vario a contadini e braccianti.

Oggi sappiamo che la pellagra è una malattia causata dalla carenza o dal mancato assorbimento di vitamine del gruppo B, niacina (vitamina PP), o di triptofano, amminoacido necessario per la sua sintesi. Questa vitamina è presente in genere nei prodotti freschi: latte, verdure, cereali. Manca del tutto nel mais¹⁸.

Esiste, dunque, una libertà personale di (muoversi, camminare, spostarsi, riposarsi) ed una libertà da costrizioni materiali (fame, sete, mancanza di abitazione). Entrambe concorrono alla cura ed alla guarigione.

Il detto “chi non ha non è” congiunge la libertà da costrizioni materiali ad una terza forma di libertà. La libertà di espressione, di pensiero, di provare emozioni, di sentirsi parte di un mondo di relazioni. Come direbbero i fenomenologi *essere nel mondo*.

Una forma di libertà difficile da raggiungere è quella delle associazioni libere., della conoscenza del proprio inconscio.

Quando nel 1900 Sigmund Freud pubblicò “l'interpretazione dei sogni”¹⁹ dando corso alla rivoluzione psicoanalitica ci fornì due fondamentali indicazioni.

In primo luogo la libertà di pensiero va ben oltre il discorso della ragione, esiste infatti un'altra forma di linguaggio che ha strutture proprie, che trae i suoi contenuti dall'inconscio mediante le associazioni libere, i sogni, gli atti mancati ed i motti di spirito.

Buona parte dei sogni riferiti nella “Interpretazione” sono di Freud stesso che ci fornisce così una seconda indicazione fondamentale. L'analista deve per primo sottoporsi ad una psicoanalisi personale e solo successivamente sarà in grado di analizzare un'altra persona. Il trattamento psicoanalitico è il medesimo sia per il paziente che per lo psicoanalista in formazione²⁰.

Medice cura te ipsum.

7.

Dall'esperienza di Gorizia alla legge 180.

La garanzia della libertà personale, la disponibilità di beni materiali, la libertà di pensiero, la pari dignità riconosciuta a forme di linguaggio altre, il riconoscimento della condivisione di un comune disagio vengono a comporre un nuovo paradigma della cura che non ha più alcuna relazione con la psichiatria dei manicomi.

Nel momento in cui non firma e nello stesso tempo è il direttore Basaglia si obbliga ad affrontare la questione, che è la seguente : nel manicomio ci sono delle persone e non degli stuck (pezzi). Il manicomio non è un magazzino di stoccaggio di vite indegne di essere vissute, ma un mondo di sofferenza, di donne e uomini cui va ridata la dignità²¹.

La pratica della deistituzionalizzazione fu un vero e proprio movimento di liberazione. Rispondeva alla necessità di svuotare l'ospedale psichiatrico dall'interno, dalle sue funzioni di assoggettamento, in modo che le forze così liberate potessero divenire risorsa per la cura.

L'istituzione goriziana passava dall'essere un residuo fascista a divenire avamposto di democrazia partecipativa grazie allo strumento della assemblea generale²². Presieduta da uno dei ricoverati era aperta a tutti, anche agli esterni, cittadini e giornalisti. Anche gli psichiatri potevano parteciparvi, scesi dal pulpito pseudo scientifico, si confrontavano nuovamente con delle persone in carne e ossa. Reincontravano il malato, abbandonando psicopatologie e classificazione di malattie costruite artificialmente dalla disciplina della sottomissione chiamata psichiatria²³.

¹⁸ ROSSI (1980) pp. 35-57.

¹⁹ FREUD (1900).

²⁰ FREUD (1912), (1914), (1937).

²¹ PIVETTA (2012).

²² BASAGLIA e al. (1968).

²³ FOOT (2014).

L'opinione pubblica veniva finalmente informata di come si sopravviveva nei manicomi. Fece scalpore l'indagine fotografica sui manicomi di Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin pubblicata da Einaudi con il titolo *Morire di classe*²⁴.

Nel 1965 Luigi Mariotti, ministro della sanità socialista in un discorso tenuto a Milano disse: *"abbiamo oggi degli ospedali che somigliano a veri e propri lager germanici, a delle vere e proprie bolge dantesche"*.

Sergio Zavoli nel documentario "I giardini di Abele" intervistò Carla, una delle persone che presiedevano l'assemblea di Gorizia, ex internata ad Aushwitz.

Dal punto di vista che qui consideriamo si pose la questione della intollerabile esclusione di 100.000 persone dal godimento dei diritti costituzionali: art 13) inviolabilità della libertà personale; art 3) dignità sociale ed eguaglianza; pieno sviluppo della persona umana, che la Repubblica si impegnava a garantire rimuovendo gli ostacoli di ordine economico e sociale che lo impedivano; art 32) diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse per la collettività; diritto di scegliere il trattamento sanitario.

Preso atto che il sapere/potere della disciplina psichiatrica aveva svolto funzioni differenti da quelle della cura della salute delle persone con problemi di disagio mentale, la Repubblica doveva rimuovere l'ostacolo costituito dalla legge di pubblica sicurezza che dettava disposizioni sugli alienati e i manicomi. Era stata promulgata nel 1904 ed era ancora in vigore²⁵.

Occorreva una legislazione sanitaria che applicasse al tema della salute mentale i principi costituzionali. In particolare la primazia del diritto individuale allo sviluppo della persona, alla libertà, alla salute ed il dovere della Repubblica a garantirli.

La legge 180 del 1978 può essere letta come una integrazione della Costituzione. Attraverso i suoi articoli si consegna agli internati un lasciapassare che consente loro di accedere materialmente ai diritti sanciti dalla Carta²⁶.

8.

I principi e le indicazioni organizzative nelle leggi 180 e 833.

La legge 180 presenta specifici caratteri culturali ed organizzativi che rivoluzionano il rapporto tra diritto alla salute mentale e dovere alla salute mentale che qui stiamo esaminando.

Innanzitutto siamo in presenza di una legge sanitaria.

Si riconosce la piena appartenenza del tema al mondo della salute e delle cure e non più a quello della giustizia e della pubblica sicurezza. Per intenderci il riferimento è il Ministero della sanità e non più quello degli Interni.

In secondo luogo si afferma perentoriamente che "gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono volontari"²⁷. Tutti. Compresi quelli relativi alla salute mentale, come richiamato nel successivo articolo 2.

La previsione, subordinata, di accertamenti e trattamenti obbligatori²⁸ viene mantenuta in capo alla autorità sanitaria, costituita dal Sindaco, che dunque dovrebbe conoscere bene il contesto entro cui vive la persona e sapere valutare in che modo garantire comunque il pieno rispetto della dignità della persona e soprattutto, come espressamente indicato "il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura"²⁹.

La norma è la relazione di cura volontaria. Il caso prevalente è quello dell'individuo consapevole dei suoi problemi psichici che formula la richiesta di essere valutato ed, eventualmente curato. E' il pattern di comportamento che si adotta per ogni forma di disagio fisico.

E' poi prevista una seconda evenienza, non frequente, nella quale l'autorità sanitaria interviene a tutelare il diritto dell'individuo alla salute, nella presunzione che la persona stessa, non sia per condizioni psicologiche in grado di esigerlo. In questo caso il Sindaco o chi lo rappresenta in quanto autorità sanitaria inizierà una contrattazione³⁰ il cui scopo è quello di allargare

²⁴ BASAGLIA e ONGARO BASAGLIA (1969).

²⁵ Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.

²⁶ Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori".

²⁷ L. 180/78 art. 1 "Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari".

²⁸ L. 180/78 art. 1 "Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate." art. 2 "Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali."

²⁹ L. 180/78 art. 1 "Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico."

³⁰ L. 180/78 art. 1 "Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative

quanto possibile l'esercizio volontario da parte della persona di scegliere medico e luogo della cura. Dunque non dovrebbe determinarsi nessun automatismo coercitivo ma aprirsi un negoziato il cui scopo è quello di tornare quanto prima e nel massimo grado possibile al caso prevalente: "gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono volontari".

Tale previsione si conferma anche quando è espressamente previsto e regolamentato il caso del solo trattamento sanitario in condizione di degenza ospedaliera. E' garantito, ad esempio, a chi vi sia sottoposto "il diritto di comunicare con chi ritenga opportuno". La negoziazione circa le cure deve continuare per cui vi devono comunque essere "iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato"

Vengono introdotte tre condizioni limitative al ricovero ospedaliero obbligatorio.

La prima si riferisce alla urgenza. Come sappiamo le situazioni di emergenza urgenza rappresentano un evento improvviso, spesso imprevedibile, che mettono in pericolo di vita la persona interessata se non viene effettuato, entro pochi minuti, un intervento di soccorso in modo tempestivo e professionale.

Fortunatamente le condizioni psichiche che richiedano un tale intervento sono molto rare e, soprattutto, come vedremo più avanti sono ampiamente prevenibili.

La seconda condizione ci riporta al tema del negoziato. Infatti l'obbligatorietà si esaurisce nel momento stesso in cui la persona accetti le cure che le vengono proposte. Ma perché questo accada ovviamente non possono essere messe in atto altre metodiche che quelle che si basano sulla forza della persuasione e sulla contrattazione³¹.

Infine la terza, ed è la questione chiave, consente il TSO solo "se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere".

La confluenza della tutela della salute mentale nel contesto sanitario venne confermata e dettagliata dalla legge 833 del 1978 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale³².

Se dunque nella legge 180 possiamo rinvenire i principi e la cultura della tutela della salute mentale coerenti con la Costituzione, nella legge 833 troviamo espresse le linee guida organizzative.

La tutela della salute mentale è uno degli obiettivi del SSN.

Va privilegiato il momento preventivo. I servizi psichiatrici vanno inseriti nei servizi generali "in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche". Tale scelta dovrà favorire il recupero ed il reinserimento sociale³³.

In sostanza un servizio per la salute mentale ben organizzato saprà in primo luogo prevenire la comparsa di forme di malattia. Dunque, essendo chiaro che non ci si vaccina preventivamente contro le malattie mentali, dovrà svolgere azioni di prevenzione primaria intervenendo sui determinanti sociali e sui fattori di rischio e di prevenzione secondaria identificando e prendendo in carico precocemente con un approccio proattivo, le persone in condizione di disagio psichico.

In questa capacità si gioca la possibilità di evitare che si determini un peggioramento delle condizioni psichiche tali da richiedere un intervento urgente. Una delle motivazioni per il TSO.

L'integrazione dei servizi di salute mentale nei servizi sanitari viene altresì vista come utile a favorire percorsi di uscita dal circuito psichiatrico attraverso il recupero ed il reinserimento sociale. Attività che possono, dunque, essere esterne ai servizi di salute mentale.

Nella organizzazione della Unità Sanitaria Locale si inseriscono gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali. Essi "sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri"³⁴.

La previsione di un numero massimo di 15 letti per il servizio di diagnosi e cura collocato nell'ospedale generale, esclude che esso possa costituirsi in divisione ospedaliera autonoma.

Il modello organizzativo che viene indicato alle Regioni che hanno il compito di organizzare le USL è quello "di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive,

rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato."

³¹ L. 180/78 art. 1 "Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato."

³² Legge 23 dicembre 1978, n.833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

³³ L. 833/78 art. 2 g la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici.

³⁴ L. 833/78 art. 34.

curative e riabilitative relative alla salute mentale”³⁵.

Il DSM in grado di erogare tutti i livelli assistenziali (salute collettiva, domicilio, ambulatorio e territorio, residenza e centro diurno, ospedale) era identificato come la forma organizzativa più idonea a declinare obiettivi di salute mentale coerenti con i principi “costituzionali” indicati dalla legge 180. E cioè.

Il diritto alla salute mentale, la cui integrità va tutelata prima ancora che compaia la malattia.

Il diritto alla scelta volontaria delle cure e, comunque al rispetto della dignità e della libertà personale.

Il dovere dello Stato, attraverso i suoi strumenti organizzativi, di rimuovere gli ostacoli alla realizzazione della persona umana.

9.

Regionalizzazione e aziendalizzazione. Un contesto sfavorevole.

La legge 180 del 1978 ha resistito a tutti i tentativi di cambiarla perché ha acquisito, seppur simbolicamente, un rango costituzionale.

Il fatto però che i suoi principi siano stati resi operativi attraverso la legge 833, l’ha esposta a subire tutte le trasformazioni cui è stato sottoposto il SSN.

In particolare la regionalizzazione dei sistemi sanitari ha portato alla frantumazione del modello organizzativo, mentre l’aziendalizzazione portava al taglio dei rami ritenuti economicamente non convenienti, alla adozione di economie di scala in contrasto con il modello dei servizi di prossimità. Ne è conseguito lo svuotamento delle attività di prevenzione e il ridimensionamento o la privatizzazione dei servizi domiciliari. La rinuncia alla risposta territoriale all’urgenza. La riduzione degli interventi nel territorio a prestazioni ambulatoriali. La neoospedalizzazione del sistema mediante l’apertura di strutture decontestualizzate. Non più collocate dentro la città ma all’incrocio tra le principali arterie di traffico, analogamente ai poli della logistica ed agli iper centri commerciali.

Tutto ciò ha impoverito la capacità di presa in carico della complessità delle questioni legate alla salute mentale. Il campo sociale continuo, così come lo teorizzava Sergio Piro³⁶, è stato frantumato. La dinamicità dei suoi confini, la porosità delle sue componenti è stata semplificata in una griglia rigida che determina separazioni, prima delle quali è quella tra sociale e sanitario. La dimensione personale e soggettiva dell’agio e del disagio psichico è stata ridotta a limitati e limitanti percorsi di cura e pacchetti di prestazioni.

Va detto, comunque, che laddove permane un approccio sistemico sul piano organizzativo e integrato su quello professionale, aperto alle indicazioni che vengono dalle persone che hanno fatto l’esperienza della malattia mentale, sono ancora operativi i principi della legge 180.

Queste esperienze, tuttavia, resistono, spesso in funzione della loro storia e del buon nome acquisito presso l’opinione pubblica, ma in un contesto sfavorevole sono sempre a rischio.

10.

Riduzionismo disciplinare e ritorno alle pratiche di contenzione.

Come abbiamo visto il trattamento morale, da solo, assoggettava tanti ma non tutti gli internati. Per questo in alcuni casi la sorveglianza si trasformava in punizione. E nel caso irriducibile l’internamento diveniva definitivo, una sorta di ergastolo bianco.

Analogamente il riduzionismo disciplinare attuale produce un certo numero “scarti”.

Persone che non rispondono ai trattamenti offerti, ridotti per quantità e qualità.

Si assiste allora alla messa in atto di risposte di controllo che ricordano da vicino il “dovere della cura” di manicomiale memoria.

Si attuano la sedazione intensa farmacologica, l’isolamento spaziale, si applicano mezzi di contenzione meccanica.

In alcuni casi gruppi rappresentativi di psichiatri tornano a rivendicare la “terapeuticità” delle contenzioni. In un documento di un gruppo tecnico istituito dalla Regione Lombardia si legge: “*il paziente psichiatrico ha diritto al contenimento della propria patologia e dagli effetti*

³⁵ L. 833/78 art. 34.

³⁶ PIRO (1986).

*distruttivi che può avere in tutte le forme disponibili. Il contenimento relazionale e interpersonale, insieme al contenimento farmacologico è ovviamente la forma elettiva per evitare di arrivare al contenimento fisico. Ma l'omissione di strategie volte al contenimento anche "estremo" del paziente deve essere considerata di pari se non superiore gravità del rischio di eccesso, pena la caduta in un'attitudine di medicina puramente difensiva ed elusiva da parte dell'operatore*³⁷.

Il ritorno alle pratiche di controllo "anche estreme" ha provocato numerosi incidenti, anche mortali. Il caso più noto è quello di Franco Mastrogiovanni, morto nel Spdc di Vallo della Lucania dopo 87 ore di contenzione meccanica³⁸.

La preoccupazione per il diffondersi di tali pratiche ha portato a prendere posizione la Conferenza delle Regioni, il Comitato Nazionale di Bioetica, il Garante Nazionale delle persone detenute o private della libertà personale.

In alcuni ambiti regionali o territoriali si sono adottati programmi organizzativi e formativi per eliminare il ricorso alla contenzione.

Un ristretto numero di SPDC, riunito nell'associazione Club Spdc No Restraint, condivide l'esperienza del ricovero, anche obbligatorio, senza ricorrere alla contenzione meccanica e spaziale.

A seguito delle morti di Mastrogiovanni e Casu³⁹ da alcuni anni è in atto la campagna "E tu slegalo subito" promossa a livello nazionale da molte associazioni e sindacati⁴⁰.

Anche se la mancanza di una sistema di monitoraggio non fornisce dati certi, si stima che annualmente le persone sottoposte a contenzione meccanica siano circa 10.000.

Il fatto che siano messe in atto in mancanza di un dispositivo di legge che le consente, mostra quanto si sia nuovamente autonomizzato il potere psichiatrico, che si sente legittimato a non rispettare l'inviolabilità della libertà personale⁴¹.

Anche se come abbiamo visto sarebbe del tutto evidente che all'obbligatorietà del trattamento sanitario, disposta dal Sindaco con atto amministrativo, non corrisponda alcuna autorizzazione alla contenzione farmacologica, meccanica o spaziale.

Per evitare questo corto circuito in alcune città i corpi di polizia locale ricevono una specifico addestramento alla esecuzione con tecniche negoziali dei TSO.

In altri casi, purtroppo, l'intervento viene inteso come operazione di polizia il cui scopo è mettere la persona in condizioni di non essere pericolosa nel più breve tempo possibile. Si ricorre a tecniche di immobilizzazione a terra e con riduzione parziale del respiro allo scopo di ottenere la perdita di coscienza che possono portare a gravi conseguenze. Come nel caso di Andrea Soldi, morto soffocato in corso di TSO.

Obbligare può voler dire costringere a negoziare o anche mettere in atto tecniche di contenimento fisico (holding) ed emotivo. Mai obbligare nel campo della salute mentale equivale ad isolare, ammanettare, legare una persona.

Primum non nocere torna ad essere l'imperativo cui irifarsi di fronte ai disturbi post traumatici, ai danni biologici ed esistenziali provocati dalle contenzioni.

Come per le contenzioni, anche nel caso dei TSO non esiste un registro nazionale che ne consenta il monitoraggio. Sono però note differenze significative del tasso di TSO in relazione alla popolazione di riferimento, che fanno sospettare che in molte aree geografiche si abusano di questo strumento.

L'analisi campionaria evidenzia inoltre significative carenze.

Il medico che lo propone non fornisce informazioni complete sulle ragioni che lo portano a proporlo. Spesso si trova una generica dichiarazione che informa che le tre condizioni della urgenza psicopatologica, della non accettazione, della mancanza di alternative sono soddisfatte.

In particolare per quanto riguarda la mancanza di consenso non risultano soddisfatte la completezza delle informazioni circa la malattia e la proposta di trattamento fornite dal medico al paziente, non risultano avanzate al paziente proposte di cure alternative, non viene

³⁷ Documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico sul ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica istituito dalla Regione Lombardia.

³⁸ In Internet è visibile il film documentario *87 ore* di Costanza Quatriglio. Sia Pierpaolo Capovilla (Teatro degli orrori) che i 99 Posse ha dedicato un loro brano musicale alla vicenda di Franco Mastrogiovanni.

³⁹ DEL GIUDICE (2015).

⁴⁰ www.slegalosubito.com.

⁴¹ <https://siep.it/superare-la-contenzione-in-psichiatria/>

sostenuta la capacità di decidere⁴².

11. **Perchè Elena?**

Il 13 agosto 2019 Elena Casetto, di diciannove anni, è morta bruciata, legata al letto nella stanza chiusa a chiave del SPDC dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo⁴³.

Questo dramma ricorda quello di Antonia Bernardini, morta bruciata nel letto di contenzione del manicomio giudiziario di Pozzuoli.

Antonia con un fiammifero voleva attirare l'attenzione perchè nessuno le dava un bicchiere d'acqua. Era il 31 dicembre del 1974.

Nel 1974 l'opinione pubblica ed i mezzi di informazione dettero grande risalto a quella morte disumana. Il manicomio di Pozzuoli venne definito lager e dopo poco fu chiuso.

A nessuno venne in mente di considerare la pratica della contenzione come atto sanitario, esercitato al fine di tutelare l'incolumità della paziente.

Purtroppo oggi, dopo tanti anni, in luoghi che si definiscono ospedale o residenza sanitaria la pratica della contenzione meccanica, del legare, è routine quotidiana. E purtroppo in tanti resiste la convinzione che non ci sia altro da fare.

Così può accadere che i giornali diano la notizia ma non si pongano e pongano tutti noi di fronte alla evidenza che, come ricorda il Garante Nazionale delle persone private della libertà personale, Elena non ha potuto mettersi in salvo perchè legata.

Si apprende che esiste un protocollo che prevede che alle persone poste in isolamento e contenute meccanicamente vengano controllati i parametri vitali ogni 15 minuti. L'ospedale si difende dicendo che dall'ultimo controllo erano passati solo 10 minuti.

Se qualcosa non ha funzionato va ricercato in circostanze particolari e non nella "norma" stessa. E si badi bene che per norma non si intende più una legge dello Stato ma le linee guida che l'Ospedale ha adottato per applicare le fasce di contenzione.

Le circostanze particolari possono individuarsi nel personale ridotto, oppure nella regola del controllo ogni 15 minuti, che va rivista, oppure nei criteri troppo elastici di perquisizione per cui potrebbe essere accaduto che Elena abbia nascosto nelle parti intime un accendino.

Nessuno che sottolinei quello che a me pare ovvio e cioè che un operatore della salute mentale ha il dovere di stare con una persona in crisi per tutto il tempo che serve, e che se non basta un operatore, altri dello stesso servizio devono poter intervenire con lui o dargli il cambio se i tempi dell'intervento si protraggono. Ve lo immaginate un chirurgo che ogni tanto si assenta dalla sala operatoria mentre è in corso l'intervento?

Per chi è in crisi è dannoso essere trattato come non/persona, come oggetto che può essere impacchettato, mentre ha proprio bisogno di ritrovarsi, magari anche preso per i capelli, nel suo essere persona.

Una persona è tale se è libera, e non costretta. Perchè non esiste persona se non vi è libero arbitrio. La libertà è terapeutica perchè consente alla persona di individuarsi come tale e, dunque, come capace di relazione con altre persone. Soggetto degno di rispetto, titolare di diritti ma anche di responsabilità, prima di tutto verso sé stesso.

Antonia voleva un bicchier d'acqua e voleva attenzione, per questo accese il fiammifero.

Le persone hanno contemporaneamente necessità di vedere soddisfatti i loro bisogni materiali (l'acqua) e di relazione (l'attenzione), ogni operatore della salute lo sa.

Questo è il principio di ogni presa in carico

12. **Tornare alla 180. *Post scriptum.***

La tutela della salute mentale e la cura e riabilitazione dei disturbi psichici e la disponibilità di libertà sono interconnessi.

Nella storia della psichiatria sono prevalenti la funzione di controllo sociale e di assoggettamento. La psichiatria ha, dunque, spesso disatteso al compito di ogni funzione di cura che è quello di liberare la persona dalla malattia e dai suoi sintomi. La costrizione all'interno di

⁴² GARANTE NAZIONALE (2018) pp. 165-171.

⁴³ <http://www.slegalosubito.com/2019/12/12/raccolta-di-notizie-relative-alla-vicenda-di-elena-casetto/>.

strutture chiuse, come furono gli ospedali psichiatrici, e come sono molti degli attuali servizi psichiatrici ospedalieri, è causa di ulteriori patologie.

In sintonia con la democratizzazione cui andarono incontro tutte le professioni liberali (medicina democratica, magistratura democratica, insegnanti democratici) in particolare nel decennio 1968-1978 molti psichiatri democratici ripresero i fili di un'altra storia che dall'ottocento coniugava libertà plurali e terapie.

Il movimento per la salute mentale assieme ai movimenti per la salute contribuì alla stesura delle leggi 180 ed 833 che chiusero i manicomi, integrarono salute fisica e salute mentale, istituirono il SSN basato su Unità Sanitarie Locali che offrendo tutti i livelli d'assistenza intendevano nelle attività di cura garantire la presa in carico della persona nella sua unitarietà.

La frammentazione derivante dalla regionalizzazione e la contemporanea aziendalizzazione delle USL che trasferisce il mondo sanitario da quello del diritto a quello del mercato della salute ha messo in crisi la cultura e l'organizzazione dei servizi per la salute mentale, basati sui principi di libertà contenuti nella legge 180.

Il ricorso alla contenzione farmacologica, spaziale, meccanica ed ai TSO testimonia di una inversione di tendenza verso nuove/vecchie forme di assoggettamento e controllo sociale.

Le segnalazioni e proposte come quelle avanzate nel 2019 dalla Conferenza nazionale per la salute mentale trovavano ascolto relativamente basso nei decisori politici e nella opinione pubblica.

Poi è arrivata la pandemia da covid 19.

L'imprevisto si è dimostrato non imprevedibile se ancora fossero stati attivi i servizi di prevenzione. La pandemia si è dimostrata contenibile se gli stessi servizi avessero avuto disponibili le risorse e le competenze per svolgere le attività di diagnosi, tracciamento dei contatti e trattamento precoce. L'assenza della medicina di territorio ne ha evidenziato l'estrema utilità.

Gli ospedali sono stati travolti ed hanno improvvisato interventi di scarsa efficacia come dimostrano gli indici di mortalità.

Di colpo è diventato evidente l'errore ripetuto per vent'anni che ha portato a definanziare, aziendalizzare, ospedalizzare e regionalizzare quello che fu il Servizio Sanitario Nazionale.

Ora si riprendono in considerazione le funzioni dello Stato. Quella di essere innovatore e quella di garantire direttamente beni, come la salute, che non possono essere affidati al mercato. Sembrerebbe un ritorno ai principi della legge che istituì il servizio sanitario nazionale. Dunque dal momento che non c'è salute senza salute mentale potrebbe aprirsi una nuova stagione e la libertà potrebbe tornare ad essere terapeutica.

Bibliografia

BASAGLIA Franco, a cura di (1968) *“L'istituzione negata”* (Torino, Einaudi)

BASAGLIA Franco (2000) *“Conferenze brasiliane”* (Milano Raffaello Cortina)

BASAGLIA Franco e ONGARO BASAGLIA Franca (1969) *“Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin”* (Torino Einaudi)

BENEVELLI Luigi e ROSSI Giovanni (1980) : *“Su alcune questioni di scienza e di soldi. La discussione tra C. Livi e A. Sacchi”*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 104, 4, pp.1233-1241

BENEVELLI Luigi (2005) *“Medici che uccisero i loro pazienti”* (Mantova, Mantova Ebraica)

BYUNG-CHUL Han (2019) *“Che cos'è il potere”* (Milano, Nottetempo)

CANOSA Romano (1979) *“Storia del manicomio in Italia dall'unità ad oggi”* (Milano, Feltrinelli)

CASTEL Robert (1980) *“L'ordine psichiatrico”* (Milano, Feltrinelli)

- CONNOLY John (1976) “Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi” introduzione alla edizione italiana di Agostino Pirella (Torino, Einaudi)
- CORBIN Alain (1982) : “*Storia sociale degli odori*” (Milano, Bruno Mondadori)
- DEL GIUDICE Giovanna (2015) “E tu slegalo subito” (Merano Alphabeta Verlag)
- DORNER Klaus (1975) “*Il borghese e il folle*” (Bari Laterza)
- FOOT John (2014) “*La Repubblica dei matti*” (Milano Feltrinelli)
- FOUCAULT Michel (1963) : “*Storia della Follia nell’età classica*”(Milano, Rizzoli)
- FOUCAULT Michel (1976) :” *Sorvegliare e punire*” (Torino, Einaudi)
- FOUCAULT Michel (1998) : *Nascita della Clinica*” (Torino, Einaudi)
- FREUD Sigmund (1900) “*L’interpretazione dei sogni*” in *Opere vol.3* (1967) (Torino Boringhieri)
- FREUD Sigmund (1910) “*Le prospettive future della terapia psicoanalitica* in *Opere vol. 6* (1974) (Torino Boringhieri)
- FREUD Sigmund (1912) “*Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*” in *Opere vol. 6* (1974) (Torino Boringhieri)
- FREUD Sigmund “*Analisi terminabile ed interminabile* “ in *Opere vol. 11* (1979) (Torino Boringhieri)
- GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE DETENUTE O PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE (2018) “*Relazione al Parlamento*”
- Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati
- Legge 13 maggio 1978, n. 180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori ”
- Legge 23 dicembre 1978, n.833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”
- PIRO Sergio (1986) “*Trattato sulla psichiatria e le scienze umane*” (Napoli Idelson)
- PIVETTA Oreste (2012) “*Franco Basaglia il dottore dei matti*” (Milano, Dalai)
- REASON James, (2000) : “*Human error : models and management*”, *British Medical Journal*, 320, pp. 768-770
- ROSSI Giovanni (1984) “*Il manicomio e la provincia*” (Mantova, Biblioteca Archivio Casa del Mantegna)
- ROSSI Giovanni (2018) “*Due o tre cose che so di lei. Ricettario per la salute mentale*” (Mantova, Sometti)
- SLAVICH Antonio (2018) “*All’ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*” (Merano, AlphaBeta Verlag)



Diritto Penale Contemporaneo

R I V I S T A T R I M E S T R A L E

REVISTA TRIMESTRAL DE DERECHO PENAL
A QUARTERLY REVIEW FOR CRIMINAL JUSTICE

<http://dpc-rivista-trimestrale.criminaljusticenetwork.eu>