

TRATAMENTO MÉDICO-PSIQUIÁTRICO NA ITÁLIA. A LEI *VERSUS* A PRÁTICA

RECEBIDO EM:	21.10.2023
APROVADO EM:	30.7.2024

Enrico Daly

 <https://orcid.org/0000-0002-2891-7107>

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Milão, Itália

E-mail: e.daly@campus.unimib.it

Margareth Vetis Zaganelli

 <https://orcid.org/0000-0002-8405-1838>

Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória, ES, Brasil

E-mail: mvetis@terra.com.br

Para citar este artigo: DALY, E.; ZAGANELLI, M. V. Tratamento médico-psiquiátrico na Itália. A lei versus a prática. *Revista Direito Mackenzie*, São Paulo, SP, v. 18, n. 2, e16563, 2024. <http://dx.doi.org/10.5935/2317-2622/direitomackenzie.v18n216563>



• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

- **RESUMO:** O objetivo deste artigo é descrever e investigar a evolução (ou involução, dependendo dos diferentes pontos de vista) da instituição do tratamento de saúde obrigatório para doenças mentais na Itália. As coordenadas legais desse tratamento foram estabelecidas pela Lei nº 180/1978, a chamada Lei Basaglia. As interpretações às quais a lei foi submetida na prática produziram aumento no espaço de coercitividade no tratamento de transtornos psiquiátricos. Os “novos” tratamentos resultantes, entretanto, apresentam alguns problemas significativos de compatibilidade não apenas com as disposições da lei, mas também com as disposições constitucionais. O resultado da análise das práticas administrativas (as ações dos serviços públicos territoriais) e judiciais leva à conclusão de que, na Itália, apesar dos ensinamentos e das intenções de Basaglia, o espaço de coercitividade e o uso da força aumentaram significativamente, tanto que é duvidoso que a recente legislação sobre consentimento informado seja realmente respeitada em relação aos pacientes psiquiátricos.
- **PALAVRAS-CHAVE:** Lei Basaglia; tratamento de saúde compulsório; consentimento informado.

MEDICAL-PSYCHIATRIC TREATMENT IN ITALY: THE LAW *VERSUS* PRACTICE

- **ABSTRACT:** The aim of this article is to describe and investigate the evolution (or involution, depending on the different points of view) of the institution of compulsory health treatment for mental illness in Italy. The legal coordinates of this treatment were established by law no. 180/1978, the so-called Basaglia law. The interpretations to which the law was subjected in practice produced an increase in the coercive space in the treatment of psychiatric disorders. The resulting “new” treatments, however, present some significant problems of compatibility not only with the provisions of the law, but also with constitutional provisions. The result of the analysis of administrative practices (the actions of territorial public services) and judicial practices leads to the conclusion that in Italy, despite Basaglia’s teachings and intentions, the scope for coercion and the use of force have increased significantly, so much so that it is doubtful whether the recent



legislation on informed consent will actually be respected in relation to psychiatric patients.

■ **KEYWORDS:** Basaglia Law; compulsory health treatment; informed consent.

1. Introdução

Contar a história da regulamentação legal do tratamento médico-psiquiátrico na Itália significa refazer um caminho de lutas políticas e sociais que abalaram a vida nacional na segunda metade do século passado. Com a aprovação da Lei nº 180/1978, conhecida como “Basaglia”, a Itália se tornou um país sem manicômios¹. A disciplina legislativa aprovada há mais de 40 anos ainda é a principal legislação que regulamenta o tema do tratamento médico-psiquiátrico na Itália. Se os princípios expressos na lei adaptam a disciplina de uma matéria tão delicada às diretrizes contidas na Constituição Republicana de 1948, os problemas mais espinhosos surgiram na aplicação da lei: práticas administrativas muitas vezes esquivas dos preceitos legislativos, por sua vez corroboradas pela jurisprudência dos Tribunais Superiores, trouxeram novamente à atenção de juristas e cientistas sociais o tema, considerado ultrapassado, da “asilização” do paciente psiquiátrico.

Nesta contribuição, portanto, analisaremos os instrumentos legais adotados pelos serviços territoriais na prática de gerenciamento de pacientes psiquiátricos, que causaram um aumento no número de pacientes de fato confinados em Estabelecimentos Residenciais Psiquiátricos espalhados pelo país e que levaram os observadores mais atentos a falar de institucionalização latente (Starace; Baccari, 2019), reinstitucionalização, neo-asilização ou transinstitucionalização (Priebe *et al.*, 2005, p. 123-126). Esse processo histórico e social, além disso, responde a um modelo meramente securitário de gerenciamento de desvios, sob o qual as exigências de liberdade e respeito aos direitos civis, embora afirmadas em princípio, na prática cedem lugar às exigências cada

1 O fato de a Itália ser um país sem manicômios é agora uma expressão usada e talvez até abusada. O fechamento efetivo de todos os manicômios do país, de fato, foi concluído em cerca de 30 anos. Desde 2011, portanto, iniciou-se também um processo, que ainda está em andamento, de superação dos hospitais psiquiátricos judiciários (os antigos “manicômios criminais”) com a criação das Residências para a Execução de Medidas de Segurança (Rems). Como será visto nesta contribuição, no entanto, o fechamento das grandes instalações do passado foi seguido pela abertura de uma miríade de instalações residenciais psiquiátricas, muitas vezes a portas fechadas, nas quais a lógica de asilo que caracterizou o manicômio do século passado foi replicada, embora de forma reduzida.

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

vez mais urgentes de segurança apresentadas pela população, muitas vezes conduzidas e enfatizadas pela política.

A metodologia adotada nesta contribuição é de natureza estritamente jurídica: além da análise dos textos legais, no entanto, há um exame das práticas administrativas deduzidas dos documentos e recomendações dos órgãos públicos que tratam mais de perto da prestação de serviços de saúde, nesse caso, a proteção da saúde mental da população. É nas práticas das agências de saúde, de fato, que surgiram novas instituições legais ao longo do tempo que expandem as possibilidades de recurso à coerção no tratamento de patologias psiquiátricas, com resultados que muitas vezes estão em desacordo com os princípios constitucionais e com o espírito que motivou e animou a reforma psiquiátrica de 1978. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, com levantamento bibliográfico, além de análise documental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como fonte inspiradora as ideias e práticas do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que revolucionou, a partir da década de 1960, o tratamento psiquiátrico, desenvolvendo uma abordagem de reinserção territorial e cultural do paciente na comunidade. Com os resultados positivos, a abordagem de Basaglia passou a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 1973 e a discussão chegou ao Brasil. Em 1979, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, em 1987, o movimento antimanicomial, que deu continuidade à luta pela nova psiquiatria.

O projeto de reforma psiquiátrica foi apresentado em 1989 pelo então deputado Paulo Delgado (MG). Após 12 anos, o texto foi aprovado e sancionado como Lei nº 10.216/2001, ficando conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado. A Reforma promoveu no Brasil o fechamento gradual de manicômios e hospícios que proliferavam país a fora. A lei que promoveu a reforma tem como diretriz principal a internação do paciente somente se o tratamento fora do hospital se mostrar ineficaz.

Em substituição aos hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde determinou, em 2002, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) em todo o país. Os CAPs são espaços para o acolhimento de pacientes com transtornos mentais, em tratamento não hospitalar. Sua função é prestar assistência psicológica e médica, visando à reintegração dos doentes à sociedade.



2. Lei nº 180/1978

Com a aprovação da Lei nº 180, de 13 de maio de 1978 (a chamada Lei Basaglia), a Itália superou definitivamente o modelo custodialista que inspirou a legislação anterior sobre asilo, que remontava a 1904, ou seja, à era do Estado liberal pré-fascista: no final da década de 1970, a República Italiana se dotou de uma lei para o tratamento de doenças mentais que respeitava mais os princípios constitucionais e os valores fundamentais que deveriam marcar todo o sistema jurídico do Estado. A Lei nº 180/1978 foi então inserida, no final do mesmo ano, na Lei nº 833, de 23 de dezembro de 1978, a legislação que institui o Serviço Nacional de Saúde (Servizio Sanitario Nazionale – SSN): dessa forma, a doença mental foi equiparada, pelo menos do ponto de vista jurídico-formal, a qualquer outra doença de competência do serviço público. Para o tratamento de patologias psiquiátricas, estabeleceu-se a instituição de serviços e guarnições psiquiátricas extra-hospitalares (localizadas em todo o território), aos quais os Serviços de Diagnóstico e Tratamento Psiquiátrico (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura – SPDC)² estão orgânica e funcionalmente conectados, organizados em forma de departamentos dentro dos hospitais gerais e destinados ao tratamento psiquiátrico em regime de internação.

Na implementação dos princípios de liberdade e democracia expressos pela Constituição Republicana, a Lei Basaglia reconhece a natureza *voluntária* dos tratamentos de saúde como um princípio jurídico geral no que diz respeito à relação terapêutica que deve ser estabelecida entre o médico e o paciente, propondo um modelo liberal de atendimento no lugar do modelo paternalista de autoritarismo³ ao qual a lei de asilo de 1904 estava vinculada.

2 Em italiano, eles são chamadas de *repartini*, enfermarias hospitalares que não podem ter mais de 15 leitos (artigo 64, da Lei nº 833/1978, que, no entanto, permite que os planos de saúde regionais derroquem esse limite).

3 Os princípios identificados pela bioética com relação ao tratamento médico são os seguintes: 1) o princípio da autonomia (ou da livre autodeterminação do indivíduo), expresso pela frase *voluntas aegroti suprema lex*; 2) o princípio da beneficência (*salus aegroti suprema lex*), em virtude do qual o médico deve buscar o bem-estar do paciente; 3) o princípio da não maleficência (*primum non nocere*), em virtude do qual o médico não deve causar dano ao paciente; 4) o princípio da justiça, que impõe condições iguais no acesso ao tratamento (especialmente em situações de recursos limitados). No modelo paternalista (o chamado autoritarismo ou paternalismo médico), o princípio da beneficência sempre prevalece, em virtude do qual o médico é encarregado de todas as decisões relativas à saúde do paciente, que acaba sendo quase um “objeto” de cuidados. No modelo “liberal” de consentimento informado, por outro lado, prevalece o princípio da autonomia, em virtude do qual o paciente se torna um “sujeito” capaz de tomar decisões sobre a própria saúde (a chamada “autonomia de decisão” do paciente), embora depois de ser adequadamente “informado” pelo médico.

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

Em casos excepcionais, entretanto, a lei autoriza o tratamento médico obrigatório (*Trattamento Sanitario Obbligatorio* – TSO) em hospital. O artigo 34, parágrafo 4º, da Lei nº 833/1978, assim se expressa:

O tratamento de saúde obrigatório por doença mental pode prever o tratamento em hospital apenas se houver alterações psíquicas que exijam intervenções terapêuticas urgentes, se estas não forem aceitas pelo doente e se não existirem condições e circunstâncias que permitam a adoção de medidas de saúde não hospitalares oportunas e adequadas⁴.

Esse enunciado contém os princípios fundamentais da reforma psiquiátrica de 1978, na qual, como mencionado, uma nova concepção de doença mental e uma consideração diferente dos pacientes psiquiátricos encontram expressão. Em primeiro lugar, deve-se observar que o tratamento de saúde obrigatório só pode ser ativado para tratar uma pessoa, apenas para lidar com uma *doença*: o dever do médico é “[...] agir em um sentido terapêutico, encarregando-se da saúde psíquica da pessoa, e não da defesa da sociedade” (Colucci; Di Vittorio, 2001, p. 299). Essa é realmente uma revolução copernicana: as categorias de periculosidade social e escândalo público, que constituíam os pré-requisitos legais para a internação de acordo com os critérios expressos na lei de asilo de 1904, foram abandonadas.

Em segundo lugar, a lei se concentra no elemento do *consentimento* do paciente como manifestação de sua liberdade, precisamente porque o TSO não é concebido como um instrumento que apenas substitui o consentimento da pessoa, mesmo que esteja sofrendo de graves alterações psíquicas. O artigo 33(5) da Lei nº 833/1978, de fato, estabelece:

Os exames e tratamentos de saúde obrigatórios [...] devem ser acompanhados de iniciativas destinadas a assegurar o consentimento e a participação das pessoas obrigadas.⁵

Os profissionais de saúde devem, portanto, “assumir o controle da liberdade do paciente” (Colucci; Di Vittorio, 2001, p. 301), a quem é reconhecido, “na medida do

4 “Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall’infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.”

5 “Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori [...] devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.”

possível”, o “direito de escolher livremente o médico e o local de tratamento” (art. 33, parágrafo 2º, da Lei nº 833/1978).

Os direitos do paciente só podem ser garantidos se a resposta do serviço psiquiátrico for eficiente e adequada. A esse respeito, vale a pena citar as palavras de Franco Basaglia (2017, p. 895):

O tratamento médico obrigatório se justifica somente diante da urgência, da recusa da pessoa e se “não existirem condições e circunstâncias que permitam a adoção de medidas sanitárias extra-hospitalares oportunas e adequadas”. O que significa que o tratamento médico obrigatório como necessidade indica, pelo menos, uma dupla ordem de problemas: por um lado, a dificuldade do sujeito, mas, por outro, a resposta do serviço, que recorre à internação em um hospital psiquiátrico porque não pôde ou não conseguiu organizar outras medidas oportunas e adequadas (tradução nossa).

Esse é, portanto, o terceiro ponto sobre o qual a lei se concentra, ou seja, a capacidade do serviço psiquiátrico territorial de responder de modo oportuno e adequado às necessidades dos usuários: a lei exige uma organização do serviço psiquiátrico que seja capaz de fornecer respostas terapêuticas eficazes no território, de modo a evitar o recurso ao tratamento obrigatório no hospital.

O TSO (tratamento médico obrigatório) é, portanto, concebido como último recurso⁶, como instrumento a ser utilizado em casos excepcionais, sendo a regra do tratamento o cuidado territorial e uma relação médico-paciente baseada na confiança: a tarefa do médico é, acima de tudo, proteger a liberdade do paciente tanto quanto possível, a fim de tornar praticável e viável um encontro entre pessoas (entre duas subjetividades, para usar uma terminologia típica da fenomenologia), sem cair na lógica institucional do choque entre uma autoridade estabelecida e um indivíduo em estado de sujeição.

3. O consentimento informado e a Constituição

A chamada Lei Basaglia, portanto, constitucionalizou o tratamento médico-psiquiátrico, configurando-o de acordo com as modalidades apropriadas a um Estado

6 “Do comportamento perigoso em si, passamos à necessidade de tratamento hospitalar como último recurso de um sistema de serviços que não conseguiu organizar uma resposta eficaz para o caso específico no local” (Basaglia, 2017, p. 895).

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

democrático. No entanto, para enquadrar o tratamento médico-psiquiátrico de um ponto de vista jurídico-constitucional, é necessário fazer referência preliminar a certas categorias de criação doutrinária e jurisprudencial. Como todas as avaliações e tratamentos de saúde, o tratamento médico-psiquiátrico, de fato, é normalmente voluntário (e o artigo 33(1) da Lei n° 833/1978 expressa essa visão). Por esse motivo, a Lei n° 219/2017, intitulada “Regras sobre consentimento informado e disposições antecipadas sobre tratamento”, também se aplica a tratamentos médico-psiquiátricos: a “[...] relação de cuidado e confiança entre paciente e médico”, de acordo com essa legislação, baseia-se no “[...] consentimento informado no qual a autonomia de tomada de decisão do paciente e a competência, autonomia profissional e responsabilidade do médico se encontram” (art. 1, 2° co., Lei n° 219/2017)⁷. O esquema de tratamento delineado pelo modelo baseado no consentimento informado do paciente configura a relação terapêutica como encontro entre sujeitos morais dotados de autonomia distinta: de um lado está o médico, que exerce sua autonomia profissional propondo ao paciente os tratamentos mais apropriados e adequados, e informando-o disso; de outro lado está o paciente, que, justamente em razão da autonomia decisória reconhecida pela lei, tem a palavra final sobre o tratamento de saúde recomendado e proposto pelo médico (Borsellino, 2018, p. 8-9; Borsellino, 1999).

A jurisprudência ordinária⁸, em primeiro lugar, e, depois, a jurisprudência constitucional sustentaram que o consentimento informado não é apenas uma das muitas formas de negociação previstas pelo direito civil: o consentimento informado, de fato,

[...] entendido como a expressão da adesão consciente ao tratamento de saúde proposto pelo médico, configura-se como um verdadeiro e próprio direito da pessoa e se baseia nos princípios expressos no artigo 2 da Constituição, que protege e salvaguarda os direitos fundamentais do indivíduo, e nos artigos 13 e 32 da Constituição, que estabelecem, respectivamente, que “a liberdade pessoal é inviolável”, e que “ninguém pode ser obrigado a submeter-se a determinado tratamento médico senão em virtude de disposição legal”⁹.

7 “È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico” (art. 1, 2° co., Lei n° 219/2017).

8 Cass. Civ., Sez. I, sent. 16 ottobre 2007, n° 21748.

9 Corte cost., sent. 23 dicembre 2008, n° 438.



O consentimento informado, portanto, é concebido como um “novo direito”¹⁰ protegido e regulado, em nível constitucional, pelas disposições combinadas dos artigos 2, 13 e 32 da Constituição, e essa situação legal recebeu o reconhecimento definitivo da jurisprudência. Além disso, os juízes constitucionais especificaram a função legal cumprida pelas disposições combinadas acima mencionadas, das quais se origina o princípio do consentimento informado: ele é, de fato, a síntese de dois direitos fundamentais do indivíduo, a saber, o *direito à autodeterminação*, por um lado, e o *direito à saúde*, por outro, porque,

[...] se é verdade que todo indivíduo tem o direito de ser tratado, ele também tem o direito de receber as informações apropriadas sobre a natureza e os possíveis desdobramentos do curso do tratamento ao qual ele pode ser submetido, bem como quaisquer terapias alternativas; informações que devem ser tão exaustivas quanto possível, precisamente para garantir a escolha livre e informada do paciente e, portanto, sua liberdade pessoal, de acordo com o art. 32, segundo parágrafo, da Constituição (tradução nossa)¹¹.

Não há razões morais ou jurídicas para negar a aplicação de tais princípios legais também aos pacientes psiquiátricos: a Lei nº 219/2017 sobre o consentimento informado representa, de fato, etapa fundamental naquele caminho de progressiva autonomia da pessoa que, na Itália, teve início, em nível normativo, justamente com a proclamação do princípio voluntarista da assistência à saúde contido na Lei nº 180/1978 (a chamada Lei Basaglia).

10 A análise jurídica de alguns dos “novos direitos” que surgiram com o desenvolvimento político e social é realizada em uma monografia influente de Franco Modugno (1995, p. 10), atualmente juiz do Tribunal Constitucional Italiano: “[...] se os *direitos fundamentais* colocados como garantia da liberdade humana são os *únicos direitos* configurados de modo a incluir qualquer manifestação de liberdade que o progresso civil e social faça emergir em novas dimensões que não exijam uma disposição positiva ulterior e específica (como acontece, ao contrário, para os direitos políticos e os direitos sociais), então os chamados novos direitos podem ser corretamente reconstruídos como aspectos ou, se se quiser, desenvolvimentos de direitos já existentes e explicitamente reconhecidos” (tradução nossa). Embora o direito de expressar o consentimento informado para tratamentos de saúde não seja explicitamente mencionado por Modugno na obra citada, esse direito, no entanto, será posteriormente enucleado pela jurisprudência constitucional (Tribunal Constitucional, sentença nº 438 de 23 de dezembro de 2008), assumindo papel proeminente entre os novos direitos constitucionais enucleados com base em uma interpretação evolutiva do princípio da liberdade pessoal nos termos do artigo 13 da Constituição.

11 Corte cost., sent. 23 dicembre 2008, n. 438.

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

4. Tratamento médico obrigatório para doença mental (TSO): pressupostos e procedimento

No entanto, a especificidade do tratamento médico-psiquiátrico, bem como sua natureza problemática intrínseca, reside na dificuldade de basear a relação terapêutica no consentimento legalmente válido do paciente: pode, de fato, um paciente incapaz de entender e querer expressar um consentimento para o tratamento que seja, do ponto de vista legal, obrigatório para o médico? Justamente para lidar com episódios agudos de patologia, durante os quais um paciente que precisa de cuidados médicos recusa o tratamento médico proposto a ele, o chamado tratamento médico obrigatório (TSO) foi configurado por lei.

Em primeiro lugar, é necessário focar a terminologia usada pelo legislador: enquanto a lei, com referência ao tratamento médico-psiquiátrico forçado, sempre usa a expressão “tratamento médico obrigatório”, a doutrina, por outro lado, faz uma clara distinção entre tratamento médico obrigatório e tratamento médico coercitivo. O tratamento de saúde *obrigatório* implica obrigação indireta de se submeter a ele: por exemplo, no caso de vacinação obrigatória, há multas administrativas a serem pagas pelos pais que não cumprem a obrigação e a proibição de que crianças não vacinadas exerçam certos direitos, como a admissão em escolas maternas. No caso de tratamento médico *coercitivo*, por outro lado, há previsão para o uso de *coerção física* para submeter o sujeito relutante ao tratamento (Morana, 2002, p. 185). O que a lei chama de “tratamento de saúde obrigatório para doenças mentais” deve ser classificado com mais precisão como tratamento de saúde coercitivo: o paciente psiquiátrico que recusa o tratamento pode, de fato, ser forçado a se submeter a ele.

Precisamente por causa de seu componente coercitivo, o tratamento médico-psiquiátrico forçado, para ser compatível com os princípios constitucionais, deve não apenas cumprir os critérios estabelecidos no art. 32 da Constituição sobre o direito à saúde, mas também deve integrar as condições mais rigorosas estabelecidas no art. 13 da Constituição sobre a proteção da liberdade pessoal (o chamado *habeas corpus*): dito de outra forma, além das garantias estabelecidas no art. 32, parágrafo 2º da Constituição, “[...] se o tratamento médico obrigatório tiver o caráter adicional de coerção, determinando uma limitação da liberdade pessoal, também é necessário cumprir os requisitos do artigo 13 da Constituição” (D’Arrigo, 2001, p. 1028, tradução nossa).



De acordo com as disposições do artigo 32 da Constituição, todos os tratamentos de saúde obrigatórios devem ser prescritos por uma lei do Estado ou por um ato equivalente (a chamada “reserva de lei”, neste caso considerada pela doutrina majoritária como reserva de lei meramente relativa). A lei deve identificar de forma *determinada* o tratamento de saúde ao qual o indivíduo deve ser submetido: o direito à saúde, de fato, nesse caso, é um direito de liberdade (e não apenas um direito social) e a exigência da determinação do tratamento de saúde obrigatório é, conseqüentemente, uma salvaguarda especial, em termos de proteção à saúde, da liberdade individual, ou melhor, como emanção e especificação do próprio princípio da autonomia pessoal. Por fim, a lei “[...] não pode, em nenhum caso, violar os limites impostos pelo respeito à pessoa humana” (art. 32 Const., tradução nossa): o tratamento psiquiátrico que, seja por sua natureza ou pela maneira como é realizado, é prejudicial à dignidade humana é, portanto, proibido. A essas considerações deve ser acrescentada uma importância que certamente não é secundária. O artigo 32 da Constituição italiana protege a saúde como um “direito fundamental do indivíduo e um interesse da comunidade”; o legislador está, portanto, autorizado a recorrer a tratamentos de saúde obrigatórios somente na medida em que tais tratamentos sejam caracterizados por dupla *finalidade*: o tratamento de saúde obrigatório, de fato, deve ser preordenado à proteção da saúde individual e, ao mesmo tempo, à busca do interesse da comunidade. Esse interesse coletivo, como esclarece a mais cuidadosa doutrina, deve, no entanto, consistir em um “[...] interesse específico da coletividade na saúde”¹² (Luciani, 1980, p. 782, tradução nossa), e não em meras razões de ordem ou segurança pública: o tratamento sanitário obrigatório por meras razões de periculosidade social não é, portanto, permitido pela Constituição Republicana, salvo nos casos em que os pacientes psiquiátricos tenham cometido um crime e lhes tenha sido aplicada uma medida de segurança pessoal (a disciplina das medidas de segurança, aliás, também é prevista por dispositivos constitucionais).

O artigo 13 da Constituição, a disposição constitucional que afirma o princípio da inviolabilidade da liberdade pessoal, acrescenta outras proteções que, no caso de tratamento médico que não seja apenas obrigatório, mas também coercitivo (como

12 “Tratamentos de saúde obrigatórios [...] devem ser considerados legítimos somente quando (além de obviamente cumprir com as condições estabelecidas no art. 32, parágrafo 2) são impostos não somente com o propósito de prevenir danos à saúde daqueles que seriam submetidos a eles, mas também com o propósito de proteger não um interesse público genérico, mas o interesse específico da comunidade na saúde, que de outra forma seria comprometido” (Luciani, 1980, p. 782, tradução nossa).

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

tratamento psiquiátrico forçado), são adicionadas às garantias previstas no artigo 32 da Constituição. O artigo 13 da Constituição prevê uma reserva dupla para restrições à liberdade pessoal, ou seja, uma reserva absoluta da lei (as restrições à liberdade pessoal podem ser feitas “somente nos casos e formas previstos em lei”) e uma reserva de jurisdição (a liberdade pessoal pode ser restringida somente “por ato fundamentado da autoridade judicial”). O art. 13, parágrafo 3 da Constituição, estabelece uma regulamentação de emergência particular à qual o legislador pode recorrer, em casos específicos, para possibilitar restrições específicas à liberdade pessoal:

[e]m casos excepcionais de necessidade e urgência, estritamente indicados por lei, a Autoridade de Segurança Pública pode adotar medidas provisórias, que devem ser comunicadas dentro de quarenta e oito horas à Autoridade Judicial e, se esta última não as validar dentro das quarenta e oito horas seguintes, elas serão entendidas como revogadas e permanecerão sem qualquer efeito (tradução nossa).

É precisamente essa norma constitucional processual que inspirou o legislador de 1978 a regulamentar o chamado “tratamento médico obrigatório para doenças mentais” (na realidade, como já mencionado, um tratamento coercitivo).

De fato, o TSO hospitalar é regulamentado em detalhes pelo legislador no artigo 34 da Lei nº 833/1978 e só pode ser ordenado “contra pessoas que sofrem de doença mental”. Para que um TSO hospitalar seja implementado, três condições devem ser atendidas: 1) “alterações psíquicas tais que exijam intervenções terapêuticas urgentes” (as alterações psíquicas devem, portanto, ser graves e as intervenções terapêuticas exigidas pela situação contingente devem ser inadiáveis); 2) as intervenções terapêuticas não são aceitas pela pessoa doente; 3) não há “condições e circunstâncias que permitam a adoção de medidas de saúde extra-hospitalares oportunas e adequadas” (art. 34(4) da Lei nº 833/1978).

A existência das três condições mencionadas acima deve ser certificada por um médico que tenha feito, pessoalmente e em presença física, a primeira avaliação clínica: a proposta para um TSO está incorporada nesses atos. Essa proposta deve ser submetida à validação “por um médico da unidade de saúde local” (art. 34(4) da Lei nº 833/1978): esse profissional deve proceder, também pessoalmente e em presença física, a uma segunda avaliação clínica, com base na qual deve justificar sua validação em relação à existência das condições exigidas por lei para a realização de um TSO hospitalar.



Qualquer médico que trabalhe no serviço público de saúde tem os requisitos subjetivos previstos em lei para validar uma proposta de TSO hospitalar: a prática predominante, no entanto, exige a intervenção de um psiquiatra do serviço público, pelo menos na fase de validação do TSO hospitalar. Nada impede que o médico proponente e o médico validador conversem entre si e discutam o caso concreto: assim, de fato, as garantias puramente formais asseguradas pela lei poderiam ser traduzidas em um ato de proteção substancial do paciente. A validação do TSO deve ser comunicada ao prefeito (ao *sindaco*) do município em que o paciente está fisicamente localizado (se esse município for diferente do município de residência do paciente, o prefeito desse último também deve ser notificado). O prefeito, em 48 horas após a validação, emite a *ordem* de TSO e instrui a polícia municipal a executá-la. A ordem do prefeito, acompanhada da proposta médica motivada e da validação do médico público, deve ser notificada, em 48 horas da admissão, por meio do mensageiro municipal, ao juiz tutelar em cuja circunscrição o município se encontra. “O juiz tutelar, nas 48 horas seguintes, depois de tomar as informações e ordenar eventuais verificações, emitirá um decreto motivado para validar ou não validar a medida e notificará o prefeito” (artigo 35 da Lei nº 833/1978, tradução nossa): a validação pelo juiz tutelar encerra a primeira fase do procedimento de TSO hospitalar (a lei regula, em seguida, o procedimento de recurso judicial perante o tribunal).

O TSO hospitalar tem duração de sete dias, a partir da data de emissão da ordem judicial. O artigo 35(4) da Lei nº 833/1978 estabelece que

[...] nos casos em que o tratamento médico obrigatório deva se estender além do sétimo dia, e nos casos de nova prorrogação, o médico responsável pelo serviço psiquiátrico da unidade de saúde local deverá formular, em tempo hábil, uma proposta fundamentada ao prefeito que ordenou a hospitalização, que notificará o juiz tutelar, [...] indicando a duração adicional presumível do próprio tratamento (tradução nossa).

A lei, portanto, não prevê um período de tempo predeterminado para a renovação do TSO hospitalar após o sétimo dia de hospitalização: na prática atual, entretanto, o TSO é renovado a cada sete dias.

O artigo 34 u.c. da Lei nº 833/1978 regulamenta os locais onde os TSO hospitalares podem ser realizados:



• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

[...] a hospitalização deve ser realizada em hospitais gerais, em serviços específicos de diagnóstico e tratamento psiquiátrico dentro das estruturas departamentais de saúde mental, que também incluem unidades e serviços ambulatoriais, a fim de garantir a continuidade terapêutica (tradução nossa).

A Lei nº 180/1978 estabeleceu que o número de leitos nos Serviços de Diagnóstico e Tratamento Psiquiátrico (SPDCs) em hospitais gerais não deve exceder 15. O artigo 64 da Lei nº 833/1978, entretanto, permite que os planos regionais de saúde derroguem esse limite.

Esses são os princípios jurídico-constitucionais que regem o tratamento psiquiátrico forçado no sistema jurídico italiano. Na prática dos serviços, no entanto, novas instituições têm se afirmado progressivamente, com uma base legal muitas vezes fraca e altamente discutível, instrumentos legais adotados para limitar a liberdade pessoal dos pacientes psiquiátricos em uma extensão cada vez maior e para forçar os sujeitos mais relutantes ao tratamento. A discrepância entre a disposição legislativa e a prática de aplicação é, nessa matéria, considerável e generalizada: a Lei Basaglia, de fato, por meio de uma torção do significado de certas palavras, sofreu modificação substancial dos preceitos nela contidos, que são muitas vezes interpretados de forma diferente, dependendo das Regiões em que o paciente está hospitalizado, com uma consequente violação dos princípios da legalidade e da igualdade de tratamento de todos os indivíduos pela autoridade pública.

5. Práticas administrativas e recomendações regionais

Com a aprovação da Lei Basaglia, a Itália se tornou, como se diz, “um país sem manicômios”. No entanto, a realidade de fato era, e ainda é, muito mais complexa. O fechamento dos antigos asilos exigiu processos muito longos, que duraram mais de trinta anos¹³. A Lei nº 180/1978, de fato, é uma típica lei-quadro, ou seja, um regulamento que dita os princípios gerais da matéria, delegando à atividade legislativa e executiva das Regiões a fase de implementação e execução dos regulamentos do Estado. Na questão da assistência psiquiátrica, as Regiões, nos primeiros anos da lei, estavam em sua

13 Na Região do Piemonte, por exemplo, o último “asilão” foi de fato fechado em 2011 (Strippoli, 2011).



maioria inadimplentes; elas recuperaram certo ativismo após a reforma constitucional de 2001, uma emenda à Constituição de 1948 que ampliou as competências regionais, identificando a proteção da saúde como questão de competência legislativa concorrente entre o Estado e as Regiões.

O ato fundamental emitido em nível regional são as Recomendações sobre a Aplicação de Exames de Saúde Obrigatórios e Tratamentos para Doenças Mentais, publicadas em 29 de abril de 2009 pela Conferência das Regiões e Províncias Autônomas¹⁴ para “facilitar a aplicação, consistente e homogênea em todo o território nacional, dos procedimentos de ASO e TSO mencionados nos artigos 33-34-35 da Lei nº 833/78”. Trata-se de diretrizes regionais (diretrizes operacionais), os chamados atos de *soft law*, formalmente desprovidos de conteúdo normativo (diretrizes não são fontes de direito), que, no entanto, interpretaram as disposições da lei de forma extremamente extensa, representando o ponto de vista das Regiões sobre o tema da doença mental e seu gerenciamento. Esse ato administrativo incorpora não apenas os princípios legislativos emitidos em nível estadual, mas também as práticas que, ao longo do tempo, se estabeleceram na realidade concreta da assistência psiquiátrica territorial.

As Recomendações da Conferência das Regiões foram então transpostas para os atos regulatórios de cada Região (em sua maioria, resoluções do Conselho Regional ou decretos do Conselheiro de Saúde) e implementadas pelos regulamentos de cada Asl (Autorità Sanitarie Locali - Autoridades Locais de Saúde); também não faltam acordos entre as Asl e a Polícia Municipal, com a proliferação de outras diretrizes. Esse procedimento regulatório levou a uma administrativização progressiva da assistência psiquiátrica em geral e dos tratamentos de saúde obrigatórios em particular, uma questão que a Constituição, à luz das disposições combinadas dos artigos 13 e 32, reserva à disciplina exclusiva estabelecida pela legislatura nacional.

A completa regionalização da assistência médica, além disso, teve o efeito de criar uma espécie de lei “provincial” de tratamento de saúde obrigatório. Com a formação de 20 sistemas de saúde regionais diferentes, também testemunhamos a configuração de práticas diferentes não apenas de Região para Região, mas também de Província para Província: com referência aos tratamentos psiquiátricos obrigatórios (que, como já mencionado, são tratamentos de natureza coercitiva), qualquer diferenciação no

14 A Conferência das Regiões e Províncias Autônomas é o órgão conjunto das Regiões italianas e Províncias Autônomas de Trento e Bolzano que aprimora e garante seu papel à luz da estrutura constitucional e promove formas de coordenação entre elas.

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

tratamento está destinada a criar uma violação do princípio da igualdade de todos os cidadãos perante a lei e os atos da autoridade pública.

Além disso, uma infinidade de instalações residenciais (cerca de 2.200 instalações) foram criadas em todo o país, nas quais os pacientes psiquiátricos internados em manicômios foram realocados e novos pacientes admitidos pelos serviços territoriais foram recebidos. Na opinião de muitos, de fato, o processo de superação dos antigos hospitais psiquiátricos

[...] muitas vezes se transformou em uma reinstitucionalização colossal em contêineres menores, de gestão privada e mais assistencial do que de saúde, um lar forçado e muitas vezes definitivo para diferentes categorias de pessoas, incluindo os doentes mentais, que estão fora ou à margem do mundo produtivo e do contrato social (Giannichedda, 2005, p. XIII, tradução nossa).

Aqui é necessário analisar como alguns instrumentos legais, presentes na legislação de 1978 ou descendentes dela, passaram, ao longo do tempo, por uma reviravolta interpretativa para serem usados para fins de reinstitucionalização ou neosasilização de pacientes psiquiátricos, com resultados que fogem aos princípios constitucionais e às prescrições legislativas contidas na reforma de 1978.

6. Os novos tratamentos psiquiátricos obrigatórios de saúde

a. O TSOE (Trattamento Sanitario Obbligatorio Extra-Ospedaliero - tratamento médico obrigatório extra-hospitalar)

A Lei nº 180/1978 regulamenta expressamente apenas o tratamento médico obrigatório em ambientes de internação hospitalar. No entanto, com o passar do tempo, a prática de recorrer ao tratamento obrigatório extra-hospitalar se estabeleceu: ela encontra sua justificativa legal em interpretações extensas e sistemáticas da própria Lei Basaglia. Por fim, a instituição do TSOE encontrou o próprio reconhecimento regulamentar nas Recomendações das Regiões e Províncias Autônomas de 29 de abril de 2009. As Recomendações em questão afirmam:



O TSO não hospitalar é configurado como a forma de TSO que pode ser ativada no caso em que, embora existam as duas primeiras condições previstas para o TSO hospitalar, ou seja, alterações psíquicas que exijam intervenções terapêuticas urgentes e a não aceitação delas pela pessoa doente, a terceira está ausente e, portanto, é possível ‘adotar medidas de saúde não hospitalares oportunas e adequadas’. A ordem deste TSO é caracterizada pelo fato de que obriga uma pessoa a ser tratada, mas o local não está vinculado a características precisas (tradução nossa).

Sem entrar nas particularidades técnicas do instituto da TSOE, deve-se, no entanto, observar como esse tipo de tratamento de saúde obrigatório (e coercitivo) atribuí aos órgãos administrativos poder discricionário muitas vezes excessivo, permitindo, de fato, o tratamento (ou até mesmo a hospitalização) em Estruturas Residenciais Psiquiátricas e, portanto, reintroduzindo formas de cuidados psiquiátricos de longo prazo que, após a reforma de 1978, deveriam ser proibidas pelo sistema jurídico. Por fim, a previsão de tal instituição em um ato administrativo de direção entra em conflito, *ictu oculi*, com a reserva absoluta da lei prevista pelas disposições combinadas dos artigos 13 e 32 da Constituição.

b. TSO punctiforme

O TSO punctiforme consiste na administração coativa de medicamentos de depósito ou LAI (*long acting injectables*):

Os antipsicóticos LAI são projetados para liberar gradualmente o ingrediente ativo na corrente sanguínea após a injeção intramuscular, de modo a obter níveis mais constantes (com menos flutuações plasmáticas) e duradouros do próprio medicamento, além de reduzir significativamente a frequência de administração (Canonic, 2015, p. 1, tradução nossa).

Em termos simples: o paciente psiquiátrico recebe uma injeção, antes quinzenal, agora principalmente mensal (mas as novas fronteiras da psicofarmacologia prometem a possibilidade de uma injeção de depósito trimestral), por meio da qual o medicamento é acumulado nos tecidos, enquanto o ingrediente ativo é gradualmente liberado no corpo ao longo do mês ou do trimestre inteiro. Uma punção mensal (ou trimestral) garante a *compliance*¹⁵ quase total do paciente ao tratamento medicamentoso.

15 A *compliance* foi definida como “o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação a tomar um medicamento ou mudar um estilo de vida corresponde às exigências médicas”. Isso também é chamado de “adesão ao

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

O TSO punctiforme é uma espécie de TSOE. A terminologia é do Prof. Ugo Fornari (1997, p. 61), ilustre psiquiatra acadêmico e forense de Turim:

[...] é possível recorrer à TSO extra-hospitalar quando as duas primeiras condições previstas na lei (alterações psíquicas graves e não consentimento para o tratamento) são atendidas e é possível tomar as medidas médicas necessárias fora da internação em um SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Serviço de Diagnóstico e Tratamento Psiquiátrico). Esses são os casos em que, por exemplo, é necessário administrar periodicamente uma terapia Depot a um paciente dissidente e em que o TSO é dissolvido assim que essa terapia é administrada (TSO punctiforme) [tradução nossa].

A prática do TSO punctiforme (e, de modo mais geral, do tratamento médico obrigatório extra-hospitalar) se estabeleceu em tempos relativamente recentes e não diz respeito somente à Itália: com a introdução dos medicamentos neurolépticos de segunda geração, de fato, o espaço para o controle farmacológico do paciente pelos serviços psiquiátricos se expandiu enormemente. Como foi observado recentemente,

[...] muitos países já introduziram uma legislação que permite que as pessoas com problemas de saúde mental sejam legalmente forçadas a continuar o tratamento - geralmente farmacológico - depois de receberem alta formal do hospital. Os protocolos de tratamento ambulatorial foram introduzidos na Inglaterra e no País de Gales em 2008 e, inicialmente, o governo pretendia que eles se aplicassem apenas a uma pequena proporção de pacientes. As ordens deveriam ser recomendadas a pessoas com internações hospitalares frequentes, chamadas de pacientes com 'síndrome da porta giratória', e estimava-se que apenas 450 protocolos seriam utilizados no primeiro ano. De fato, nos primeiros cinco meses após a entrada em vigor da legislação, em novembro de 2008, foram realizados 2.134 protocolos (Moncrieff, 2020, p. 144, tradução nossa).

O TSO punctiforme não apenas ampliou seu leque de destinatários, mas também não conseguiu atingir o objetivo de reduzir as internações hospitalares: estudos confiáveis¹⁶, de fato, constataram que o aumento dos tratamentos de saúde ambulatoriais

tratamento”, “regime consensual” e “concordância”, uma terminologia que alguns preferem por não implicar uma atitude passiva e obediente por parte do paciente (Rossi; Stratta; Arduini, 2002).

16 O estudo de Burns e colegas (Burns *et al.*, 2013), por exemplo, chega à conclusão de que “*despite a more than three-fold increase in time under initial supervised community care, the rate of readmission to hospital was not decreased by CTOs. Neither was the time to readmission decreased nor was there any significant difference in the number or duration of hospital*

(e extra-hospitalares) obrigatórios não reduziu o número de internações hospitalares nem sua duração, nem aumentou o tempo entre a alta de um paciente psiquiátrico e sua readmissão no hospital no caso da síndrome da porta giratória.

Do ponto de vista jurídico, é preciso observar que a administração de medicamentos LAI resulta em tratamento médico extremamente invasivo (porque o medicamento permanece no corpo do paciente por 30 dias) e irreversível: por causa de tal invasividade, é necessário o consentimento total e completo do paciente, consentimento que deve ser verdadeiramente informado [e a informação se torna um “dever inquebrantável do médico” (Borsellino, 2018, p. 156, tradução nossa)], também em relação aos inúmeros efeitos colaterais extrapiramidais que podem surgir após a administração do medicamento e levando em conta a resposta subjetiva de cada indivíduo às terapias farmacológicas. A administração de medicamentos LAI só pode ser objeto de um pacto terapêutico entre médico e paciente, em uma relação marcada pela confiança mútua. Justamente porque essa terapia farmacológica é uma forma de lidar com a gestão ordinária da doença, a administração de medicamentos LAI não pode ser confiada a um instrumento excepcional, como o TSO, especialmente fora do hospital: nesse caso, de fato, o modelo médico paternalista-autoritário que desempenhou papel tão importante na construção da instituição do asilo seria reproduzido, reduzindo a prática psiquiátrica a uma atividade de controle social de natureza quase policial.

c. Nomeação de um tutor ou administrador de apoio

Na Itália, existem atualmente três instituições legais para a *incapacidade legal* de determinadas categorias de pessoas: interdição, incapacitação (*inabilitazione*) e administração de apoio. Após uma decisão judicial que extingue ou limita a capacidade de agir de uma pessoa pelos motivos estabelecidos por lei, é nomeado um representante legal (tutor, curador, administrador de apoio) que, sob a supervisão da autoridade judicial, deve cuidar da pessoa e dos interesses do beneficiário. A interdição é a instituição mais antiga: de origem românica, a interdição foi prevista e regulamentada pelo Código Civil de 1942. Mais recente é a administração de apoio, uma instituição legal incluída no Código Civil pela Lei nº 6/2004, uma regulamentação que tem o “[...] objetivo de proteger, com a

admissions. We also recorded no differences in clinical or social outcomes” (“apesar de um aumento de mais de três vezes no tempo sob cuidados comunitários iniciais supervisionados, a taxa de readmissão ao hospital não foi reduzida pelos CTOs. O tempo de readmissão também não diminuiu e não houve diferença significativa no número ou na duração das internações hospitalares. Também não registramos diferenças nos resultados clínicos ou sociais”).



• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

menor limitação possível da capacidade de agir, as pessoas privadas total ou parcialmente de autonomia no desempenho das funções da vida diária, por meio de intervenções de apoio temporárias ou permanentes” (art. 1º da Lei nº 6/2004, tradução nossa).

A interdição é um instituto intimamente ligado a patologias psiquiátricas: os pré-requisitos legais da sentença de interdição são a doença mental habitual e a incapacidade do sujeito de prover seus próprios interesses. Para representar legalmente a pessoa interdita, é nomeado um tutor, que é responsável pelo cuidado da pessoa interdita, sendo o conceito de cuidado entendido como incluindo tanto os aspectos patrimoniais quanto os mais estritamente pessoais. A pessoa interdita, sob muitos pontos de vista, é comparável a um menor e, entre outras, tem a obrigação de não deixar a instituição onde o tutor a colocou: essa regra (art. 358 do Código Civil) tem sido usada para confinar, de fato, um paciente psiquiátrico interdito a uma Estrutura Residencial Psiquiátrica.

Foi justamente para evitar essas distorções que se criou a figura do administrador de apoio (Cendon, 2014), que deveria assumir a forma de uma instituição mais dúctil e flexível: os poderes do administrador de apoio são adaptados pelo juiz tutelar ao beneficiário, a medida é mais facilmente revogável e o beneficiário, pelo menos no papel, mantém um escopo maior de autonomia pessoal. Na prática, entretanto, tem havido uma tendência de dar ao administrador de apoio *representação exclusiva* em questões de saúde: esse poder implica a substituição do representante legal nas escolhas de saúde do beneficiário, permitindo, mesmo sob a nova instituição, o confinamento de longo prazo do paciente psiquiátrico em instalações residenciais.

É óbvio que tais práticas contornam os requisitos constitucionais e legislativos que regem o tratamento de saúde obrigatório. Da mesma forma, contornam, liminarmente, as disposições previstas na Lei nº 219/2017, cujo artigo 3, parágrafo 1, estabelece que “[...] o menor ou incapaz tem direito ao reforço da sua capacidade de compreensão e de decisão [...]. Deve receber informação sobre as escolhas relativas à sua saúde, de forma adequada às suas capacidades, a fim de ser colocada em condições de exprimir a sua vontade” (tradução nossa).

d. Tratamento médico forçado em Rems

A reforma psiquiátrica de 1978 não alterou o regime jurídico dos infratores mentalmente doentes que foram considerados incapazes de compreender (não imputáveis) no momento do delito. Os *infratores insanos* continuaram sujeitos à disciplina ditada pelo



Código Penal de 1930, que previa o chamado regime de *faixa dupla* (Pelissero, 2008): enquanto os infratores imputáveis eram condenados a cumprir uma pena, os não imputáveis eram absolvidos e recebiam uma medida de segurança, a mais grave das quais era o manicômio criminal (mais tarde renomeado como hospital psiquiátrico judiciário).

Com estas palavras, Franco Basaglia (2018, p. 205-206, tradução nossa), no Brasil, refletiu sobre a instituição do manicômio judiciário:

Na Itália, no início do século XX, havia um psiquiatra, Cesare Lombroso, que via a origem da doença mental em causas puramente naturalistas, segundo as quais o louco nasce louco e, às vezes, também nasce criminalmente insano; para esse criminalmente insano foi criada uma instituição especialmente para ele, que era justamente o manicômio judiciário. O louco que mata, que rouba, que pratica um ato antissocial deve entrar em um asilo especial, e não na prisão, porque, devido à sua doença, ele não consegue entender o significado, a importância da punição, ou seja, não consegue entender o significado da reabilitação que a prisão lhe impõe. Portanto, ele não pode ser condenado à prisão, mas é condenado a permanecer no asilo criminal por um determinado número de anos, após os quais ele irá para o hospital psiquiátrico para tratamento. [...] Na Itália, há cinco desses hospitais judiciais, mas, com a nova lei, segundo a qual o doente mental não é mais admitido com base na periculosidade, o próprio conceito de asilo penal entra em crise. Isso significa que o louco que mata deve ser julgado como qualquer outra pessoa.

O caminho para a reforma dos hospitais psiquiátricos judiciais foi muito mais longo e tortuoso. Por fim, em 2011, foram criadas as Rems (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - Residências para Execução de Medidas de Segurança) com o objetivo de superar progressivamente os hospitais psiquiátricos judiciais, que foram abolidos em 2013 e definitivamente fechados em 2015. O artigo 3-ter do decreto-lei nº 211/2011 estabelece os critérios orientadores que devem inspirar as Rems, ou seja, as “[...] instalações destinadas ao acolhimento de pessoas a quem sejam aplicadas as medidas de segurança de internamento em hospital psiquiátrico judiciário e de afetação a casa de assistência e custódia” (tradução nossa). Os critérios identificados pelo decreto-lei são três:

a) gestão sanitária exclusiva no interior dos estabelecimentos; b) atividades de segurança do perímetro e de vigilância externa, quando necessárias em relação às condições dos sujeitos envolvidos, a serem realizadas no limite dos recursos humanos, instrumentais e financeiros disponíveis nos termos da legislação em vigor; c) destinação dos estabelecimentos a sujeitos

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

provenientes, em regra, do território regional onde se localizam (artigo 3-ter, 3º parágrafo, do Decreto-lei nº 211/2011, tradução nossa).

O princípio da territorialidade mencionado na letra c) é uma expressão da necessidade de integrar as Rems com os DSMs, ou seja, criar um vínculo estrutural entre os serviços psiquiátricos territoriais e o atendimento de saúde para pacientes que sofrem de transtornos mentais, mesmo que sejam infratores.

Com a revolução suave¹⁷ das Rems, até mesmo os infratores psiquiátricos deveriam ter sido submetidos às prescrições da Lei Basaglia e, conseqüentemente, de acordo com o princípio da igualdade, ser submetidos a um tratamento igual ao reservado a todos os outros detentos nas instalações prisionais. Até mesmo esse princípio de ordem constitucional, no entanto, foi afetado por preconceitos e interpretações muito extensas da lei que estabelece as Rems: essas instalações correm o risco de se transformarem em pequenos asilos criminais, em locais certamente menores em tamanho, mas ainda de segregação e total exclusão social. O Tribunal Constitucional em um julgamento muito recente, estabeleceu que a medida de segurança de ser designado para uma Rems

[...] consiste, antes de tudo, em uma medida que limita a liberdade pessoal – o que já é evidenciado pela circunstância de que a pessoa em questão pode ser legitimamente impedida de deixar a Rems. Durante sua execução, o tratamento médico coercitivo pode ser administrado ao paciente, ou seja, pode ser realizado a despeito da possível vontade contrária dele. Difere, no entanto, do tratamento médico obrigatório para doenças mentais regulado pelos artigos 33 a 35 da Lei nº 833, de 23 de dezembro de 1978 (Estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde), que também é de natureza coercitiva (Tribunal Constitucional, sentença de 27 de janeiro de 2022, nº 22, tradução nossa).

Do que se pode deduzir da leitura da sentença do Tribunal, a atribuição a uma Rems constituiria, portanto, o pressuposto legal para a execução de um tratamento sanitário coercitivo em derrogação da Lei nº 833/1978 e, conseqüentemente, também das prescrições da Lei nº 219/2017 sobre o tema do consentimento informado aos cuidados de saúde: outra exceção, portanto, às prescrições da Lei Basaglia e a consequente criação de outro tratamento especial destinado a sujeitos especiais.

17 A definição é de Franco Corleone, ex-comissário único para a superação de hospitais psiquiátricos judiciários.



7. Algumas reflexões sobre o Estado central e o “federalismo” italiano

No projeto da Constituição Republicana de 1948, a República Italiana deveria ser configurada como um *Estado regional* (Vandelli, 2021). O afastamento do centralismo do regime fascista se refletiu na criação da Região, novo órgão público territorial intermediário entre o Estado e o município. No texto original de 1948, a Constituição Italiana previa um duplo poder legislativo à frente das Regiões com estatuto ordinário: essas Regiões gozavam de um poder legislativo *compartilhado* ou *concorrente* em matérias expressamente previstas pela Constituição, incluindo, no que diz respeito a este estudo, saúde e assistência hospitalar (artigo 117 do texto anterior da Constituição), e um poder legislativo suplementar de *implementação*, que poderia ser exercido quando as leis da República tivessem confiado à Região o poder de emitir regras para sua implementação. Na esfera do Poder Legislativo compartilhado, então, a Região poderia legislar “[...] dentro dos limites dos princípios fundamentais estabelecidos pelas leis do Estado”, desde que as próprias regras não entrassem em conflito com o interesse nacional e o de outras Regiões. Apenas cinco Regiões de estatuto especial gozavam de poder legislativo *primário* ou *exclusivo*, regido por seus respectivos estatutos regionais, que tinham o *status* de leis constitucionais.

A autonomia legislativa das Regiões de estatuto ordinário, apesar da proclamada instituição de um Estado regional, era, portanto, consideravelmente limitada, pois só podia ser exercida em determinados assuntos expressamente previstos pela Constituição (com um escopo muito restrito, além disso) e somente se o Estado central tivesse emitido uma regulamentação setorial contendo os chamados princípios fundamentais da matéria (essa era uma lei-quadro).

Com a reforma constitucional de 2001 (Lei Constitucional nº 3/2001), a Itália foi realmente transformada em um Estado regional, com forte ênfase federal. O novo texto do artigo 117 da Constituição agora estipula que o poder legislativo é “[...] exercido pelo Estado e pelas Regiões em conformidade com a Constituição, bem como com as restrições decorrentes do sistema comunitário e das obrigações internacionais” (tradução nossa). Qualquer referência ao interesse nacional caiu e, com ela, a capacidade do Estado central de bloquear a expansão da legislação regional primária. Na Constituição reformada de 2001, as matérias nas quais o Estado exerce sua legislação exclusiva são agora expressamente indicadas (com relação ao assunto em questão, a



• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

“[...] determinação dos níveis essenciais de serviços relativos aos direitos civis e sociais que devem ser garantidos em todo o território nacional”, de acordo com o artigo 117, parágrafo 2, letra m, (tradução nossa), bem como as matérias sujeitas à legislação concorrente entre o Estado e as Regiões, com a especificação de que “[...] nas matérias de legislação concorrente, as Regiões têm poder legislativo, exceto para a determinação dos princípios fundamentais, que é reservada para a legislação do Estado” (tradução nossa). A divisão das competências legislativas termina com uma conclusão digna da Constituição de um Estado federal: “[...] as Regiões têm poder legislativo com referência a qualquer assunto não expressamente reservado à legislação estadual” (tradução nossa).

Atualmente, entre outros, a proteção da saúde, um assunto cujo escopo é certamente mais amplo do que a saúde e assistência hospitalar mencionada no texto constitucional original de 1948, também é uma questão de competência legislativa compartilhada entre o Estado e as regiões. Na realidade administrativa italiana, as Regiões são órgãos públicos que lidam predominantemente com a saúde, cujo financiamento absorve, em média, quase 80% dos recursos dos orçamentos regionais.

A Lei Basaglia (Lei nº 180/1978) já havia previsto, com bastante antecedência, a participação das Regiões na gestão da saúde mental dos cidadãos. De acordo com o artigo 7, parágrafo 1, da Lei nº 180/1978, de fato, “[...] as funções administrativas relativas à assistência psiquiátrica em regime de internação, já exercidas pelas províncias, são transferidas, para os territórios sob sua jurisdição, às Regiões ordinárias e de estatuto especial” (tradução nossa). O próprio Serviço Nacional de Saúde (estabelecido pela Lei nº 833/1978, legislação na qual a Lei Basaglia foi incorporada) foi, ao longo do tempo, transformado em um conjunto de Serviços Regionais de Saúde. Na mais recente e importante reforma do sistema de saúde italiano, o Sistema Nacional de Saúde (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) é definido como o “[...] complexo das funções e atividades de saúde dos Serviços Regionais de Saúde e das outras funções e atividades desempenhadas pelos órgãos e instituições de importância nacional” (artigo 1 do Decreto Legislativo 229/1999, tradução nossa): um sistema descentralizado e, ao mesmo tempo, integrado, portanto, em cuja gestão as Regiões participam de forma decisiva.

A esse respeito, tem-se falado de *federalismo sanitário* (Dirindin, 2001), mas a realidade da situação jurídico-administrativa criada ao longo dos anos evidenciou a existência de consideráveis impulsos centrífugos aos quais o Estado central tentou, com dificuldade, opor uma resistência crescente. Como vimos na análise dos novos tratamentos de saúde obrigatórios, por exemplo, a intervenção das Regiões resultou



na instituição do tratamento médico obrigatório extra-hospitalar (TSOE), tratamento não previsto expressa e especificamente pela lei nacional, ou seja, a lei Basaglia. Deve-se lembrar que cabe ao Estado determinar os níveis essenciais de serviços relativos aos direitos civis e sociais, que devem ser garantidos de modo uniforme em todo o território nacional: o procedimento legal previsto pela lei Basaglia para submeter um paciente psiquiátrico a um tratamento de saúde compulsório é claramente um modo de garantir o respeito aos direitos civis em todo o território nacional. Na realidade, as Regiões procederam de forma dispersa, tanto que agora há, de fato, uma pluralidade de tratamentos de saúde compulsórios diferenciados de acordo com a Região em que são realizados, e o Estado central não conseguiu governar de forma ideal a progressiva fragmentação regional do sistema administrativo. Essa situação, destacada aqui com referência às práticas de proteção da saúde mental, assumiu vocação mais geral e explícita com o pedido de algumas das Regiões mais ricas da Itália (Lombardia, Vêneto, Emília-Romanha) para o reconhecimento de uma *autonomia diferenciada*, ou seja, uma autonomia legislativa e administrativa muito maior em várias esferas, incluindo a da proteção da saúde, uma autonomia reconhecida à Região por uma lei estadual aprovada pelo Parlamento por maioria absoluta de seus membros.

O receio com relação a essa autonomia, como vimos no setor circunscrito dos tratamentos de saúde obrigatórios, é, no entanto, que, em vez de um sistema regional ou semifederal no qual uma ampla descentralização administrativa seja contrabalançada por uma sólida governança e capacidade de programação por parte do Estado central, seja criada uma organização fragmentada e quebrada consistindo, por exemplo, em 20 sistemas regionais de saúde que diferem na qualidade do atendimento e na quantidade de recursos investidos. Tal resultado do processo de autonomia regional representaria uma violação dos princípios fundamentais sobre os quais se baseia a República Italiana, em primeiro lugar, o princípio da *igualdade* de tratamento de todos os cidadãos, não apenas no que se refere ao respeito dos direitos sociais, mas, como demonstrou a análise da disciplina do tratamento médico extra-hospitalar obrigatório, também no que se refere à garantia dos direitos civis e sua observância em todo o território nacional.

A criação do Estado regional em 2001, portanto, não pode desconsiderar a capacidade de governo do Estado central, que deve continuar a monitorar o cumprimento da igualdade formal pelas Regiões e perseguir os objetivos de igualdade substancial que constituem o fim político essencial que a Constituição de 1948 atribuiu a todos os órgãos da República.



• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

8. Conclusões

Este breve *excursus* delineou, em linhas gerais, a evolução do tratamento de saúde obrigatório para doenças mentais, conforme regulamentado pela reforma psiquiátrica de 1978. Enquanto a história da Lei Basaglia e as lutas dos psiquiatras italianos já foram contadas inúmeras vezes (Colucci; Di Vittorio, 2001; Pitrelli, 2004; Parmegiani; Zanetti, 2007; Babini, 2009; Pivetta, 2012; FOOT, 2017), a ponto de constituir uma espécie de mito político e social, a história da implementação da Lei nº 180, por outro lado, ainda não foi escrita e também apresenta inúmeras sombras e pontos obscuros.

O sentimento, também expresso por aqueles que trabalharam com Basaglia há mais de 40 anos, é o de traição aos princípios expressos pela reforma de 1978:

[...] a medicina do leito e do diagnóstico, interessada mais na doença do que no paciente, continuou a reproduzir, sob as bandeiras da reforma, uma psiquiatria de clínicas ambulatoriais, cercada por listas de espera e gerenciada por operadores que nunca viram as casas dos pacientes; uma psiquiatria de serviços hospitalares de diagnóstico e tratamento que impõem experiências de internação duras, mas felizmente breves, em salas fechadas onde são usadas restrições mecânicas e farmacológicas e as pessoas são privadas de objetos pessoais e da possibilidade de se comunicar; uma psiquiatria que deu origem a uma infinidade de residências com vários nomes, onde o tempo passa sem projeto ou significado, focos de infelicidade e, às vezes, de vírus (Gianichedda, 2020, tradução nossa).

A restauração de fato de uma *psiquiatria dos lugares* em vez de uma *psiquiatria das necessidades* está incorporada nos processos de reinstitucionalização ainda em andamento e na construção de uma série de Estruturas Residenciais Psiquiátricas, muitas vezes a portas fechadas, nas quais a lógica de marginalização, opressão e violência que caracterizava os antigos asilos é reproduzida. Os instrumentos legais enucleados por meio de interpretação ao longo dos últimos 40 anos (TSOE, TSO punctiforme, representação exclusiva nos cuidados de saúde pelo tutor ou administrador de apoio, tratamento coercitivo em Rems) representam sinal preocupante de ampliação do escopo da coercitividade nas práticas psiquiátricas. No entanto, um fato inescapável permanece: o tratamento, o verdadeiro tratamento de patologias psiquiátricas só pode ser implementado quando as indicações do médico vão ao encontro da vontade do paciente. Sem o consentimento do paciente, não há cura efetiva possível; sem consentimento,



há apenas custódia e controle. Nessa direção e com essa perspectiva, ao mesmo tempo de cura e emancipação, caminha a Lei nº 219/2017 sobre o consentimento informado: a aplicação desses princípios também às práticas psiquiátricas é, no entanto, uma batalha que ainda precisa ser travada.

REFERÊNCIAS

- BABINI, V. *Liberi tutti*. Bologna: il Mulino, 2009.
- BASAGLIA, F.; GIANNICCHEDDA, M. G. Legge e psichiatria. In: BASAGLIA, F. *Scritti*. Milano: Il Saggiatore, 2017, p. 881-897.
- BASAGLIA, F. *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- BASAGLIA, F. *Scritti*. Milano: Il Saggiatore, 2017.
- BORSELLINO, P. *Bioetica tra autonomia e diritto*. Milano: Zadig, 1999.
- BORSELLINO, P. *Bioetica tra “moralì” e diritto*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- BORSELLINO, P. “Biotestamento”: i confini della relazione terapeutica e il mandato di cura nel disegno della L. n. 219/2017. *Famiglia e diritto*, [s. l.], n. 8-9, 2018.
- BURNS, T.; RUGKÅSA, J.; MOLODYNSKI, A.; DAWSON, J.; YEELES, K.; VAZQUEZ-MONTES, M.; VOYSEY, M.; SINCLAIR, J.; PRIEBE, S. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*, London, v. 381, n. 9878, p. 1627-1633, 2013.
- CANONICO, P. L. Il valore della terapia LAI nella schizofrenia. *Journal of Psychopathology*, Pisa, v. 21, n. 4, p. 1-3, 2015.
- CENDON, P. Amministrazione di sostegno. Profili generali. *Enciclopedia del diritto*, VII, Milano: Giuffrè, 2014, p. 21-31.
- COLUCCI, M.; DI VITTORIO, P. *Franco Basaglia*. Milano: Mondadori, 2001.
- D’ARRIGO, C. Salute (diritto alla). *Enciclopedia del diritto*. Milano: Giuffrè, 2001, p. 1009-1041.
- DIRINDIN, N. *Governare il federalismo*. Le sfide per la sanità. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2001.
- FOOT, J. *La “Repubblica dei Matti”*. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978. Milano: Feltrinelli, 2017.
- FORNARI, U. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori sotto il profilo del rapporto medico-paziente: il problema della scelta. In: JOURDAN, S.; FORNARI, Ugo. *La responsabilità del medico in psichiatria*. Torino: Centro Scientifico Editore, 1997, p. 59-67.
- GIANNICCHEDDA, M. G. Introduzione. L’utopia della realtà. Franco Basaglia e l’impresa della sua vita. In: BASAGLIA, F. *L’utopia della realtà*. Torino: Einaudi, 2005, p. VII-LII.
- GIANNICCHEDDA, M. G. Clima di restaurazione sulla riforma psichiatrica. *Il Manifesto*. [S. l.], 28 ago. 2020.



- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

- LUCIANI, M. Il diritto costituzionale alla salute. *Diritto e società*, [s. l.], n. 4, 1980.
- MODUGNO, F. I “nuovi diritti” nella Giurisprudenza Costituzionale. Torino: Giappichelli, 1995.
- MONCRIEFF, J. *Le pillole più amare*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2020.
- MORANA, D. *La salute nella Costituzione italiana*. Milano: Giuffrè, 2002.
- PARMEGIANI, F.; ZANETTI, M. *Basaglia, una biografia*. Trieste: Lint editoriale, 2007.
- PELISSERO, M. *Pericolosità sociale e doppio binario*. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione. Torino: Giappichelli, 2008.
- PITRELLI, N. *L'uomo che restituì la parola ai matti*. Franco Basaglia, la comunicazione e la fine dei manicomii. Roma: Editori Riuniti, 2004.
- PIVETTA, O. *Franco Basaglia, il dottore dei matti*. Milano: Dalai editore, 2012.
- PRIEBE, S.; BADESCONYI, A.; FIORITTI, A.; HANSSON, L.; KILIAN, R.; TORRES-GONZALES, F.; TURNER, T.; WIERSMA, D. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries *British Medical Journal*, [s. l.], v. 330, n. 7483, p. 123-126, 2005.
- ROSSI, A.; STRATTA, P.; ARDUINI, L. La compliance al trattamento farmacologico con antipsicotici. *Journal of Psychopathology*, Pisa, n. 4, 2002. Disponível em: <https://old.jpsychopathol.it/article/la-compliance-al-trattamento-farmacologico-con-antipsicotici/>. Acesso em: 26 set. 2024.
- STARACE, F.; BACCARI, F. *Salute Mentale: dai dati alle informazioni*. Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. [S. l.], 8 jul. 2019. Disponível em: <https://siep.it/salute-mentale-dai-dati-alle-informazioni/>. Acesso em: 16 ago. 2024.
- STRIPPOLI, S. La Regione chiude Villa Cristina e chiede aiuto alle altre cliniche. *La Repubblica*. [S. l.], 31 out. 2011.
- VANDELLI, L. *Il sistema delle autonomie locali*. Bologna: il Mulino, 2021.

Enrico Daly

Estágio Pós-doutoral em andamento na Universidade Federal do Espírito Santo (Direito Comparado). Doutorado em Filosofia do Direito pela Universidade de Milano-Bicocca. Doutor e Mestre em Direito pela Universidade de Torino. Doutor em Filosofia pela Universidade do Piemonte Orientale Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Milão, Itália

E-mail: e.daly@campus.unimib.it

Margareth Vetis Zaganelli

Professora Titular de Direito Penal e Biodireito na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Universidade Federal do Espírito Santo.

Vitória, ES, Brasil

E-mail: mvetis@terra.com.br



Equipe editorial

Editor Acadêmico Felipe Chiarello de Souza Pinto

Editor Executivo Marco Antonio Loschiavo Leme de Barros

Produção editorial

Coordenação Editorial Andréia Ferreira Cominetti

Preparação de texto Mônica de Aguiar Rocha

Diagramação Libro Comunicação

Revisão Vera Ayres

Estagiária editorial Isabelle Callegari Lopes

