

IL TRATTAMENTO MEDICO-PSICHIATRICO IN ITALIA: LA LEGGE E LA PRASSI

RECEBIDO EM:	16.10.2023
APROVADO EM:	30.7.2024

Enrico Daly

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

Università degli Studi di Milano-Bicocca
Milano, Italia
E-mail: enrico.daly@unicatt.it

Margareth Vetis Zaganelli

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

Universit  Federal de l' Espírito Santo
Vitória, ES, Brasil
E-mail: mvetis@terra.com.br

Para citar este artigo: DALY, E.; ZAGANELLI, M. V. Il trattamento medico-psichiatrico in Italia: La legge e la prassi. *Revista Direito Mackenzie*, S o Paulo, SP, v. 18, n. 2, e16563, 2024. <http://dx.doi.org/10.5935/2317-2622/direitomackenzie.v18n216563>



• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

- **RIASSUNTO:** L'obiettivo di questo articolo è descrivere e analizzare l'evoluzione (o l'involuzione, a seconda dei punti di vista) dell'istituto del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per malattia mentale in Italia. Le coordinate giuridiche di questo trattamento sono state stabilite dalla Legge 180/1978, la cosiddetta Legge Basaglia. Le interpretazioni a cui la legge è stata sottoposta nella pratica hanno prodotto un aumento dello spazio coercitivo nel trattamento dei disturbi psichiatrici. I "nuovi" trattamenti che ne sono derivati, tuttavia, presentano alcuni significativi problemi di compatibilità non solo con le disposizioni di legge, ma anche con le norme costituzionali. L'analisi delle prassi amministrative (le azioni dei servizi pubblici territoriali) e giudiziarie porta a concludere che in Italia, nonostante gli insegnamenti e contro le intenzioni di Basaglia, gli spazi di coercizione e l'uso della forza sono aumentati in modo significativo, tanto da far dubitare che la recente normativa sul consenso informato venga effettivamente rispettata nei confronti dei pazienti psichiatrici.
- **PAROLE-CHIAVE:** Legge Basaglia; trattamento sanitario obbligatorio; consenso informato.

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. Introduzione

Raccontare la storia della disciplina giuridica del trattamento medico-psichiatrico in Italia significa ripercorrere un cammino di lotte politiche e sociali che hanno scosso la vita nazionale nella seconda metà del secolo scorso. Con l'approvazione della legge Basaglia, la legge 180/1978, l'Italia è diventato un Paese senza manicomi¹. La disciplina legislativa approvata più di 40 anni fa è ancor oggi la normativa di carattere primario che regola la materia dei trattamenti medico-psichiatrici in Italia. Se i principi espressi nella legge adeguano la disciplina di una materia così delicata alle direttive contenute nella Costituzione repubblicana del 1948, i problemi più spinosi sono emersi nel momento applicativo della legge: prassi amministrative spesso elusive dei precetti legislativi, a loro volta corroborate dalla giurisprudenza delle Corti superiori, hanno riproposto all'attenzione del giurista e dello scienziato sociale il tema, che si pensava superato, della "manicomializzazione" del paziente psichiatrico.

In questo contributo, dunque, si analizzeranno quegli strumenti giuridici, adottati dai servizi territoriali nella prassi di "gestione" dei pazienti psichiatrici, che hanno provocato un aumento del numero dei degenti rinchiusi "di fatto" nelle Strutture Psichiatriche Residenziali disseminate sul territorio nazionale e che hanno portato gli osservatori più attenti a parlare di "istituzionalizzazione latente" (Starace; Baccari, 2019), di re-istituzionalizzazione, di neo-manicomializzazione o di trans-istituzionalizzazione (Priebe et al., 2005, p. 123-126). Tale processo storico e sociale, peraltro, risponde a un modello meramente securitario di gestione della devianza, in forza del

1 Che l'Italia sia un Paese senza manicomi, è ormai espressione usata e forse anche abusata. La chiusura effettiva di tutti i manicomi del Paese, infatti, è stata completata nell'arco di circa 30 anni. Dal 2011, poi, è iniziato altresì un processo, tuttora in atto, di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (i vecchi "manicomi criminali") con la creazione delle Rems (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza). Come si vedrà nel presente contributo, però, alla chiusura delle grandi strutture del passato è seguita l'apertura di una miriade di strutture residenziali psichiatriche, spesso a porte chiuse, nelle quali sono state replicate, ancorché in piccolo, le logiche manicomiali che avevano caratterizzato l'asilo psichiatrico del secolo scorso.

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

quale le esigenze di libertà e il rispetto dei diritti civili, seppur affermati a livello di principio, nella prassi cedono il passo alle sempre più pressanti richieste di sicurezza avanzate dalla popolazione, spesso cavalcate ed enfatizzate dalla politica.

La metodologia adottata nel presente contributo è di carattere strettamente giuridico: all'analisi dei testi di legge, però, si aggiunge l'esame delle prassi amministrative quali si evincono dai documenti e dalle raccomandazioni degli enti pubblici che si occupano più strettamente dell'erogazione dei servizi sanitari, nella fattispecie della tutela della salute mentale della popolazione. È nelle prassi delle aziende sanitarie, infatti, che sono sorti nel tempo nuovi istituti giuridici che ampliano le possibilità di ricorso alla coercizione nella cura delle patologie psichiatriche, con esiti spesso in contrasto sia con i principi costituzionali che con lo spirito che aveva ispirato e animato la riforma psichiatrica del 1978. Si tratta di uno studio esplorativo, con un'indagine bibliografica e un'analisi documentale.

La riforma psichiatrica in Brasile si è ispirata alle idee e alle pratiche dello psichiatra italiano Franco Basaglia, che negli anni '60 del secolo scorso ha rivoluzionato il trattamento psichiatrico, sviluppando un approccio di reintegrazione sociale e culturale dei pazienti nella comunità. Con i suoi risultati positivi, l'approccio di Basaglia è stato raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1973 e la discussione ha raggiunto il Brasile. Nel 1979 fu creato il Movimento dei Lavoratori della Salute Mentale (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM) e nel 1987 il movimento anti-manicomiale continuò la lotta per una nuova psichiatria.

Il progetto di riforma psichiatrica fu presentato nel 1989 dall'allora deputato Paulo Delgado (MG). Dopo 12 anni, il testo fu approvato e promulgato come Legge n. 10.216/2001, divenendo noto come Legge di Riforma Psichiatrica, Legge Anti-manicomiale e Legge Paulo Delgado. La Riforma ha promosso la graduale chiusura dei manicomi e degli ospizi in Brasile. La legge che ha promosso la riforma ha come linea guida principale il ricovero dei pazienti solo se il trattamento al di fuori dell'ospedale si dimostra inefficace.

Per sostituire gli ospedali psichiatrici, nel 2002 il Ministero della Salute ha ordinato la creazione di Centri di assistenza psicosociale (CAPs) in tutto il Paese. I CAPs sono spazi in cui i pazienti con disturbi mentali possono ricevere cure non ospedaliere.



2. La legge 180/1978

Con l'approvazione della legge 13 maggio 1978, n. 180 (c.d. legge Basaglia), l'Italia supera definitivamente il modello custodialistico a cui si ispirava la precedente legislazione manicomiale, risalente al 1904, vale a dire all'epoca dello Stato liberale prefascista: alla fine degli anni '70 del secolo scorso la Repubblica italiana, dunque, si dota di una legge per la cura delle malattie mentali maggiormente rispettosa dei principi costituzionali e di quei valori fondamentali che dovrebbero contrassegnare l'intero ordinamento giuridico dello Stato. La legge 180/1978 viene poi inserita, alla fine dello stesso anno, nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, la normativa che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN): in tal modo la malattia mentale viene equiparata, almeno dal punto di vista giuridico-formale, a qualsiasi altra malattia di competenza del servizio pubblico. Per la cura delle patologie psichiatriche si dispone l'istituzione di servizi e presidi psichiatrici extraospedalieri (dislocati sul territorio), ai quali sono organicamente e funzionalmente collegati i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)², organizzati in forma dipartimentale all'interno degli ospedali generali e deputati al trattamento psichiatrico in regime di degenza ospedaliera.

In attuazione dei principi di libertà e democrazia espressi dalla Costituzione repubblicana, la legge Basaglia riconosce la *volontarietà* dei trattamenti sanitari come principio giuridico generale in ordine al rapporto terapeutico che deve instaurarsi tra medico e paziente, proponendo un modello liberale della cura in luogo del modello paternalistico di stampo autoritario³ al quale si ricollegava la legge manicomiale del 1904.

In casi eccezionali, però, la legge autorizza l'esecuzione di trattamenti sanitari obbligatori (TSO) in regime di degenza ospedaliera. Così si esprime l'art. 34, 4° co., della L. n. 833/1978:

2 Si tratta dei cosiddetti "repartini", reparti ospedalieri che non possono avere più di quindici posti-letto (art. 64 L. n. 833/1978, che però consente ai piani sanitari regionali di derogare a tale limite).

3 I principi individuati dalla bioetica in ordine ai trattamenti medico-sanitari sono i seguenti: 1) principio di *autonomia* (o di libera autodeterminazione dell'individuo), espresso dal brocardo *voluntas aegroti suprema lex*; 2) principio di *beneficenza* (*salus aegroti suprema lex*), in forza del quale il medico deve perseguire il benessere del paziente; 3) principio di *non maleficenza* (*primum non nocere*), in ottemperanza del quale il medico non deve causare danni al paziente; 4) principio di *giustizia*, che impone condizioni di eguaglianza nell'accesso alle cure (soprattutto in situazioni di risorse limitate). Nel modello paternalistico (c.d. autoritarismo o paternalismo medico) prevale sempre il principio di beneficenza, in forza del quale al medico è rimessa ogni decisione in ordine alla salute del paziente, che risulta essere quasi un "oggetto" della cura. Nel modello "liberale" del consenso informato, per converso, prevale il principio di autonomia, in virtù del quale il paziente diventa "soggetto" capace di prendere decisioni riguardanti la propria salute (c.d. autonomia decisionale del paziente), sebbene dopo un'adeguata "informazione" da parte del medico.

- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

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.

In questa enunciazione sono contenuti i principi fondamentali della riforma psichiatrica del 1978, nella quale, come detto, trova espressione una nuova concezione della malattia mentale e una diversa considerazione dei pazienti psichiatrici. In primo luogo, occorre rilevare come il trattamento sanitario obbligatorio possa essere attivato solo per curare una *persona*, unicamente per affrontare una *malattia*: il dovere del medico è quello di «agire in senso terapeutico, facendosi carico della salute psichica della persona, invece che della difesa della società» (Colucci; Di Vittorio, 2001, p. 299). Si tratta davvero di una “rivoluzione copernicana”: vengono abbandonate, infatti, le categorie della pericolosità sociale e del pubblico scandalo, le quali costituivano i presupposti giuridici dell'internamento secondo i criteri espressi nella legge manicomiale del 1904.

In secondo luogo, la legge si concentra sull'elemento del *consenso* del paziente quale manifestazione della libertà di quest'ultimo, proprio perché il TSO non è concepito come uno strumento meramente sostitutivo del consenso della persona, ancorché affetta da gravi alterazioni psichiche. L'art. 33, 5° co., della L. n. 833/1978, infatti, così stabilisce:

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.

Gli operatori sanitari devono dunque «farsi carico della libertà del malato» (Colucci; Di Vittorio, 2001, p. 301), al quale è riconosciuto, «per quanto possibile», il «diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura» (art. 33, 2° co., della L. n. 833/1978).

I diritti del paziente possono essere assicurati solo se la *risposta del servizio psichiatrico* è efficiente e adeguata. Al riguardo giova riportare le parole di Franco Basaglia (2017, p. 895):

Il trattamento sanitario obbligatorio si giustifica solo di fronte all'urgenza, al rifiuto della persona e se “non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed



idonee misure sanitarie extraospedaliere”. Il che significa che trattamento sanitario obbligatorio come necessità indica quantomeno un doppio ordine di problemi: da un lato la difficoltà del soggetto, ma dall'altra la risposta del servizio, che ricorre al ricovero in ospedale psichiatrico in quanto non ha saputo o potuto organizzare altre misure tempestive ed idonee.

Questo è, dunque, il terzo punto sul quale si concentra la legge, cioè la capacità del servizio psichiatrico territoriale di “rispondere” in modo tempestivo e idoneo ai “bisogni” degli utenti: la legge impone un'organizzazione del servizio psichiatrico che sia in grado di fornire risposte terapeutiche efficaci sul territorio, in modo tale da evitare il ricorso a trattamenti obbligatori in regime di degenza ospedaliera.

Il TSO (in condizione di degenza ospedaliera) è dunque concepito come un'*extrema ratio*⁴, come uno strumento a cui ricorrere in casi eccezionali, la regola della cura essendo costituita dall'assistenza territoriale e da una relazione medico-paziente incardinata su un rapporto di fiducia: il compito del medico è soprattutto quello di “proteggere” il più possibile la libertà del paziente al fine di rendere praticabile e realizzabile un “incontro” tra persone (tra due soggettività, per utilizzare una terminologia tipica della fenomenologia), senza ricadere nella logica istituzionale dello “scontro” tra un'autorità costituita e un individuo in stato di soggezione.

3. Il consenso informato e la Costituzione

La c.d. legge Basaglia ha dunque “costituzionalizzato” il trattamento medico-psichiatrico, configurandolo secondo modalità consone a uno Stato democratico. Per inquadrare dal punto di vista giuridico-costituzionale il trattamento medico-psichiatrico, tuttavia, occorre un rinvio preliminare ad alcune categorie di creazione dottrinale e giurisprudenziale. Come tutti gli accertamenti e i trattamenti sanitari, anche il trattamento medico-psichiatrico, infatti, è un trattamento “di norma” volontario (e in tal senso si esprime l'art. 33, 1° co., della L. n. 833/1978). Per questo motivo, ai trattamenti medico-psichiatrici si applica anche la L. n. 219/2017, rubricata “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”: la «relazione di cura e fiducia tra paziente e medico», secondo tale normativa, si basa sul «consenso informato

4 «Dal comportamento in quanto tale pericoloso, si passa alla necessità del trattamento ospedaliero in quanto *extrema ratio* di un sistema di servizi che non ha organizzato sul territorio una risposta efficace al caso specifico» (Basaglia, 2017, p. 895).

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico» (art. 1, 2° co., L. n. 219/2017). Lo schema della cura delineato dal modello fondato sul consenso informato del paziente configura la relazione terapeutica come un incontro tra soggetti morali dotati di una differente autonomia: da un lato vi è il medico, il quale esercita la propria "autonomia professionale" proponendo al paziente la somministrazione dei trattamenti più appropriati e adeguati, ed informandolo al riguardo; dall'altro vi è il paziente, al quale, proprio in forza dell'autonomia decisionale riconosciutagli dalla legge, spetta l'ultima parola sul trattamento sanitario consigliato e prospettato dal medico (Borsellino, 2018, p. 8-9; Borsellino, 1999 p. 71-72).

La giurisprudenza ordinaria⁵, prima, e costituzionale, poi, ha ritenuto che il consenso informato non sia solamente una delle tante forme di contrattazione previste dal diritto civile: il consenso informato, infatti,

inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che "la libertà personale è inviolabile", e che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"⁶.

Il consenso informato, dunque, è concepito come un "nuovo diritto"⁷ tutelato e disciplinato, a livello costituzionale, dal combinato disposto di cui agli artt. 2, 13 e 32 Cost. e tale situazione giuridica ha ricevuto un riconoscimento definitivo da parte della giurisprudenza. I giudici costituzionali, inoltre, hanno specificato la funzione giuridica

⁵ Cass. Civ., Sez. I, sent. 16 ottobre 2007, n. 21748.

⁶ Corte cost., sent. 23 dicembre 2008, n. 438.

⁷ L'analisi giuridica di alcuni dei "nuovi diritti" emersi con lo sviluppo politico e sociale viene svolta in un'influente monografia di Franco Modugno (1995, p. 10), attualmente giudice della Corte Costituzionale: «se i *diritti fondamentali* posti a garanzia della libertà umana sono gli *unici diritti* configurati in modo tale da ricomprendere qualsiasi manifestazione di libertà che il progresso civile e sociale faccia emergere in nuove dimensioni che non necessitano di apposita ulteriore e specifica previsione positiva (come accade invece per i diritti politici e per i diritti sociali), allora i c.d. nuovi diritti possono ricostruirsi correttamente come aspetti o, se si vuole, sviluppi di diritti già esistenti ed esplicitamente riconosciuti». Anche se il diritto di esprimere un "consenso informato" ai trattamenti sanitari non è esplicitamente menzionato da Modugno nell'opera citata, tale diritto, tuttavia, sarà enucleato in seguito dalla giurisprudenza costituzionale (Corte cost., sent. 23 dicembre 2008, n. 438), assumendo un ruolo di primo piano tra i "nuovi diritti" individuati sulla base di un'interpretazione evolutiva del principio di libertà personale di cui all'art. 13 Cost.

a cui adempie il citato combinato disposto da cui origina il principio del consenso informato: si tratta, infatti, della sintesi tra due diritti fondamentali della persona, vale a dire il *diritto all'autodeterminazione*, da un lato, e il *diritto alla salute*, dall'altro, perché,

se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione⁸.

Non ci sono motivi di ordine morale e giuridico per negare l'applicazione di tali principi giuridici anche ai pazienti psichiatrici: la L. n. 219/2017 sul consenso informato rappresenta, infatti, una tappa fondamentale di quel percorso di progressiva autonomizzazione della persona che, in Italia, è cominciato, a livello normativo, proprio con la proclamazione del principio volontaristico delle cure sanitarie contenuta nella L. n. 180/1978 (c.d. legge Basaglia).

4. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale (TSO): presupposti e procedura

La specificità del trattamento medico-psichiatrico, nonché la sua intrinseca problematicità, è però costituita proprio dalla difficoltà di fondare il rapporto terapeutico su un consenso del paziente giuridicamente valido: può, infatti, un paziente incapace di intendere e volere esprimere un consenso alle cure che sia, dal punto di vista del diritto, vincolante per il medico? Proprio per affrontare episodi di acuzie della patologia, durante i quali un paziente bisognoso di cure rifiuta i trattamenti sanitari propostigli, è stato configurato dalla legge il c.d. trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

Occorre preliminarmente concentrarsi sulla terminologia utilizzata dal legislatore: mentre la legge, con riferimento al trattamento medico-psichiatrico forzoso, utilizza sempre l'espressione "trattamento sanitario obbligatorio", la dottrina, invece,

⁸ Corte cost., sent. 23 dicembre 2008, n. 438.

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

distingue nettamente fra trattamento sanitario obbligatorio e trattamento sanitario coattivo. I trattamenti sanitari *obbligatori* comportano un obbligo indiretto di sottoporsi al trattamento: per esempio, nel caso delle vaccinazioni obbligatorie sono previste sanzioni amministrative di carattere pecuniario a carico dei genitori non ottemperanti e un divieto, per i bambini non vaccinati, di esercitare alcuni diritti, come l'ammissione alle scuole per l'infanzia. Nel caso di trattamenti sanitari *coattivi*, invece, è previsto il ricorso alla *coazione fisica* per la sottoposizione al trattamento del soggetto riluttante (Morana, 2002, p. 185). Quelli che la legge chiama "trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale", dunque, sono più precisamente da inquadrare fra i trattamenti sanitari coattivi: il paziente psichiatrico che rifiuta le cure, infatti, può essere costretto con la forza a sottoporsi al trattamento.

Proprio in ragione della sua componente coattiva, il trattamento medico-psichiatrico forzoso, per essere compatibile con principi costituzionali, non deve solo rispettare i criteri previsti dall'art. 32 Cost. sul diritto alla salute, ma deve altresì integrare le più stringenti condizioni stabilite dall'art. 13 Cost. sulla tutela della libertà personale (c.d. *habeas corpus*): detto altrimenti, oltre alle garanzie previste dall'art. 32, 2° co., Cost., «se i trattamenti sanitari obbligatori presentano l'ulteriore carattere della coattività, determinandosi una limitazione della libertà personale, è altresì necessaria l'osservanza delle prescrizioni di cui all'art. 13 Cost.» (D'Arrigo, 2001, p. 1028).

Secondo quando stabilito dall'art. 32 Cost., tutti trattamenti sanitari obbligatori devono essere prescritti da una legge dello Stato o da un atto equiparato (c.d. riserva di legge, in tal caso considerata dalla dottrina maggioritaria una riserva meramente relativa di legge). La legge deve individuare in modo *determinato* il trattamento sanitario a cui l'individuo deve essere sottoposto: il diritto alla salute, infatti, in tale fattispecie rileva come diritto di libertà (e non solo come diritto sociale) e il requisito di determinatezza dei trattamenti sanitari obbligatori si pone, di conseguenza, come presidio speciale, in tema di tutela della salute, della libertà individuale, ovverossia come emanazione e specificazione del principio stesso di autonomia personale. La legge, infine, «non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»: sono dunque vietati trattamenti psichiatrici che, o per la loro natura o per le modalità della loro esecuzione, siano lesivi della dignità umana. A tali considerazioni occorre aggiungere un rilievo non certo secondario. L'art. 32 Cost. tutela la salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»; il legislatore è dunque autorizzato a ricorrere a un trattamento sanitario obbligatorio soltanto nella misura in cui un siffatto



trattamento risulti caratterizzato da una duplice *finalizzazione*: il trattamento sanitario obbligatorio, infatti, deve essere preordinato alla tutela della salute individuale e, al tempo stesso, al perseguimento dell'interesse della collettività. Tale interesse collettivo, come precisato dalla più attenta dottrina, deve però consistere in uno «specifico interesse della collettività alla salute»⁹ e non in semplici ragioni di ordine o di sicurezza pubblica: non è dunque ammesso dalla Costituzione repubblicana un trattamento sanitario obbligatorio per mere ragioni di pericolosità sociale, ad eccezione dei casi in cui i pazienti psichiatrici si siano resi autori di reato e sia stata loro applicata una misura di sicurezza personale (la disciplina delle misure di sicurezza, infatti, è altresì prevista da norme costituzionali).

L'art. 13 Cost., la norma costituzionale che afferma il principio di inviolabilità della libertà personale, aggiunge ulteriori tutele che, nel caso di un trattamento sanitario non solo obbligatorio ma altresì coattivo (com'è il trattamento psichiatrico forzoso), si sommano alle garanzie previste nell'art. 32 Cost. L'art. 13 Cost. prevede una doppia riserva per le restrizioni della libertà personale, cioè una riserva assoluta di legge (le restrizioni della libertà personale possono essere effettuate «nei soli casi e modi previsti dalla legge») e una riserva di giurisdizione (la libertà personale può essere ristretta solo «per atto motivato dell'Autorità giudiziaria»). L'art. 13, 3° co., Cost. stabilisce una particolare disciplina d'urgenza a cui il legislatore può ricorrere, in casi determinati, per rendere possibili specifiche restrizioni della libertà personale:

[i]n casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di Pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.

Ed è proprio a questa norma costituzionale procedimentale che si è ispirato il legislatore del 1978 per disciplinare il c.d. «trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale» (in realtà, come già detto, un trattamento coattivo). Il TSO in regime di degenza ospedaliera, infatti, è disciplinato in modo dettagliato dal legislatore all'art.

⁹ «I trattamenti sanitari obbligatori [...] sono da considerare legittimi solo quando (oltre ovviamente a rispettare le condizioni di cui all'art. 32, 2° co.) siano imposti non al solo fine di impedire il pregiudizio alla salute di chi vi andrebbe soggetto, ma anche allo scopo di tutelare non un generico interesse pubblico, ma lo *specifico interesse della collettività alla salute*, che verrebbe altrimenti compromesso» (Luciani, 1980, p. 782).

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

34 della L. n. 833/1978 e può essere disposto solo «nei confronti di persone affette da malattia mentale». Affinché possa attuarsi un TSO ospedaliero occorre la compresenza di tre condizioni: 1) «alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici» (le alterazioni psichiche devono, dunque, essere gravi e gli interventi terapeutici richiesti dalla situazione contingente devono presentarsi come indifferibili); 2) gli interventi terapeutici non vengono accettati dall'infermo; 3) non vi sono «le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere».

L'esistenza delle tre condizioni appena menzionate deve essere certificata da un medico, il quale abbia fatto, di persona e in presenza fisica, la prima valutazione clinica: in tali atti si concreta la *proposta* di TSO. Tale proposta deve essere oggetto di *convalida* «da parte di un medico della unità sanitaria locale»: tale medico deve procedere, anch'egli di persona e in presenza fisica, a una seconda valutazione clinica, in base alla quale motivare la propria convalida in relazione all'esistenza delle condizioni richieste dalla legge per l'effettuazione di un TSO ospedaliero. Qualsiasi medico che presti servizio presso la struttura sanitaria pubblica ha i requisiti soggettivi previsti dalla legge per convalidare una proposta di TSO ospedaliero: la prassi dominante, tuttavia, richiede l'intervento di uno psichiatra del servizio pubblico, almeno nella fase di convalida del TSO ospedaliero. Nulla vieta che il medico proponente e il medico convalidante possano conferire tra loro e confrontarsi sul caso concreto: in tale evenienza, infatti, le garanzie meramente formali assicurate dalla legge potrebbero tradursi in un atto di tutela sostanziale del paziente. La convalida del TSO va comunicata al sindaco del comune nel quale fisicamente si trova il paziente (se tale comune è diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco anche di quest'ultimo comune). Il sindaco, entro 48 ore dalla convalida, emette l'*ordinanza* di TSO e dà mandato alla polizia municipale di eseguirla. Il provvedimento del sindaco, corredato dalla proposta medica motivata e dalla convalida del medico pubblico, va notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune. «Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco» (art. 35 L. n. 833/1978): con la convalida del giudice tutelare si chiude la prima fase della procedura del TSO ospedaliero (la legge disciplina poi la procedura per il ricorso giurisdizionale davanti al tribunale).



Il TSO ospedaliero ha una durata di sette giorni, che decorrono dalla data di emissione dell'ordinanza sindacale. L'art. 35 comma 4 della L. n. 833/1978 stabilisce che

nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, [...] indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

La legge, quindi, non prevede una durata di tempo predeterminata per il rinnovo del TSO ospedaliero dopo il settimo giorno di ricovero: nella prassi corrente, tuttavia, il TSO viene rinnovato ogni sette giorni.

L'art. 34 u.c. della L. n. 833/1978 disciplina i luoghi nei quali può essere effettuato il TSO ospedaliero:

il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica.

La L. n. 180/1978 stabiliva che il numero di posti-letto negli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura) presso gli ospedali generali non dovesse essere superiore a 15. L'art. 64 della L. n. 833/1978, invece, consente ai piani sanitari regionali di derogare a questo limite.

Quelli appena enunciati sono i principi giuridico-costituzionali che disciplinano il trattamento psichiatrico forzoso nell'ordinamento italiano. Nella prassi dei servizi, tuttavia, si sono progressivamente affermati nuovi istituti, con una base legale spesso flebile e molto discutibile, strumenti giuridici adottati per limitare in misura sempre maggiore la libertà personale dei pazienti psichiatrici e per costringere alla cura i soggetti più riluttanti. La discrasia tra previsione legislativa e prassi applicativa è, in questa materia, notevole e diffusa: la legge Basaglia, di fatto, attraverso una "torsione" del significato di alcune parole, ha subito una modificazione sostanziale dei precetti in essa contenuti, spesso diversamente interpretati a seconda delle Regioni in cui il paziente è ricoverato, con una conseguente violazione dei principi di legalità e di eguale trattamento di tutti gli individui da parte della pubblica autorità.

- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

5. Le prassi amministrative e le *Raccomandazioni* delle Regioni

Con l'approvazione della legge Basaglia, l'Italia è diventato, come si suol dire, «un Paese senza manicomi». La realtà effettiva delle cose, però, è stata, ed è tuttora, molto più complessa. La chiusura dei vecchi manicomi ha richiesto processi molto lunghi, durati anche più di trent'anni¹⁰. La L. n. 180/1978, infatti, è una tipica legge-quadro, cioè una normativa che detta i principi generali della materia, delegando all'attività legislativa ed esecutiva delle Regioni la fase di implementazione e di attuazione delle norme statali. In materia di assistenza psichiatrica le Regioni, nei primi anni di vigenza della legge, sono state per lo più inadempienti; hanno recuperato un certo attivismo in seguito alla riforma costituzionale del 2001, una modificazione della Costituzione del 1948 con la quale si sono ampliate le competenze regionali, individuando nella «tutela della salute» una materia di competenza legislativa concorrente tra lo Stato e le Regioni.

L'atto fondamentale emanato a livello regionale è costituito dalle *Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*, pubblicate il 29 aprile 2009 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome¹¹ al fine di «facilitare l'applicazione, coerente e omogenea su tutto il territorio nazionale, delle procedure ASO e TSO di cui agli articoli 33-34-35 della Legge 833/78». Si tratta di linee-guida regionali («linee di indirizzo operativo»), atti cosiddetti di *soft law*, formalmente privi di contenuto normativo (le linee-guida non sono fonti del diritto), le quali hanno tuttavia interpretato le disposizioni della legge in modo estremamente estensivo, rappresentando il «punto di vista» delle Regioni sulla tematica della malattia mentale e della sua gestione. In tale atto vengono recepiti non solo i principi legislativi emanati a livello statale, ma anche le prassi che, nel tempo, sono andate affermandosi nella realtà concreta dell'assistenza psichiatrica territoriale.

Le *Raccomandazioni* della Conferenza delle Regioni sono state poi recepite in atti normativi delle singole Regioni (si tratta per lo più di deliberazioni della Giunta regionale o decreti dell'Assessore alla Sanità¹²) e ulteriormente implementate dai regio-

10 Nella Regione Piemonte, per esempio, l'ultimo «manicomio» è stato effettivamente chiuso nel 2011 (Strippoli, 2011).

11 La *Conferenza delle Regioni e delle Province autonome* è l'organo comune delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano che valorizza e garantisce il loro ruolo alla luce del quadro costituzionale e promuove forme di coordinamento tra esse.

12 Nelle *Raccomandazioni* della Conferenza delle Regioni si prevede che «in fase applicativa le Regioni, e le Province autonome di Trento e di Bolzano, garantiranno, sul proprio territorio, una diffusa conoscenza di queste

lamenti delle singole Asl; non mancano, inoltre, le convenzioni tra le Asl e la Polizia Municipale, con proliferazione di ulteriori linee-guida. Tale procedimento regolatorio ha comportato una progressiva “amministrativizzazione” dell’assistenza psichiatrica in generale e dei trattamenti sanitari obbligatori in particolare, una materia, quest’ultima, che la Costituzione, alla luce del combinato disposto di cui agli artt. 13 e 32 Cost., riserva alla sola disciplina statuita dal legislatore nazionale.

La completa regionalizzazione dell’assistenza sanitaria, inoltre, ha avuto come effetto la creazione di una sorta di diritto “provinciale” dei trattamenti sanitari obbligatori¹³. Con la formazione di 20 diversi sistemi sanitari regionali si è assistito anche alla configurazione di prassi differenti non solo da Regione a Regione, ma anche da Provincia a Provincia: con riferimento ai trattamenti sanitari obbligatori di carattere psichiatrico (che, come già ribadito, sono trattamenti di carattere coattivo) ogni differenziazione di trattamento è destinata a creare un *vulnus* al principio di eguaglianza di tutti cittadini davanti alla legge e agli atti della pubblica autorità.

Inoltre, sul territorio nazionale sono state create una miriade di strutture residenziali (circa 2.200 strutture), nelle quali sono stati “ricollocati” i pazienti psichiatrici ricoverati nei manicomi e accolti i nuovi pazienti presi in carico dai servizi territoriali. Tale processo di ricollocamento è stato oggetto di profonde critiche da parte dei basagliani ortodossi: secondo l’opinione di molti, infatti, il processo di superamento dei vecchi ospedali psichiatrici

raccomandazioni e ne promuoveranno l’applicazione». Le *Raccomandazioni* sono state recepite (l’elencazione ha scopo meramente esemplificativo) dalla deliberazione della Giunta Regionale dell’Umbria n. 917 del 29 giugno 2009, dalla deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte n. 93 del 29 marzo 2010, dalla deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 16 del 29 marzo 2011, dal Decreto 26 marzo 2013 dell’Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia. Con tali atti di recezione le linee-guida (*soft law*) si sono trasformate in vere e proprie norme giuridiche (*hard law*). La Regione Veneto ha adottato proprie linee guida in materia di TSO e ASO con la deliberazione della Giunta Regionale n. 847 del 31 marzo 2009, un atto emanato poco prima della pubblicazione delle *Raccomandazioni* della Conferenza delle Regioni: la Dgr. della Regione Veneto, infatti, non contiene alcun riferimento al TSOE. La Regione Umbria ha poi emanato delle “Linee di indirizzo regionali in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio in salute mentale” con la Dgr. 15/01/2020, n. 6, nelle quali, in ordine al TSOE, rinvia alle *Raccomandazioni* della Conferenza delle Regioni.

- 13 «Le modalità di esecuzione del TSO sono variegata, passando da una regione all’altra e talvolta anche nell’ambito della stessa regione. Differenze, queste, che espongono i cittadini a cattive pratiche e a lesioni dei loro diritti fondamentali, solo in ragione della loro appartenenza territoriale. Anche nelle statistiche il ricorso a questa pratica trova differenze molto significative (da un tasso di 6/100.000 per anno in alcune regioni a 30/100.000 in altre) mostrando ancora di più, e drammaticamente, le differenze delle politiche territoriali» (Presentazione del Ddl n. 2850, XVII legislatura, d’iniziativa dei senatori Dirindin, Manconi, Guerra, Zavoli, Granaiola, Amati, Angioni, Battista, Bignami, Campanella, Capacchione, Casson, Corsini, D’Adda, Fornaro, Gatti, Gotor, Lai, Lo Giudice, Lo Moro, Mastrangeli, Migliavacca, Palermo, Pegorer, Petraglia, Pezzopane, Puppato, Ricchiuti e Maurizio Romani).

- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

si è spesso convertito in una colossale re-istituzionalizzazione in contenitori più piccoli, a gestione privata e di stampo più assistenziale che sanitario, abitazione forzata e spesso definitiva per categorie diverse di persone, tra cui i malati di mente, che sono fuori o ai margini del mondo produttivo e del contratto sociale (Giannichedda, 2005, p. XIII).

In questa sede occorre analizzare come alcuni strumenti giuridici, presenti nella legislazione del 1978 o da essa discendenti, abbiano subito, nel corso del tempo, una torsione interpretativa per essere poi utilizzati a finalità di re-istituzionalizzazione o di neo-manicomializzazione dei pazienti psichiatrici, con esiti elusivi dei principi costituzionali e delle prescrizioni legislative contenute nella riforma del 1978.

6. I nuovi trattamenti sanitari obbligatori di carattere psichiatrico

a) Il TSOE (Trattamento sanitario obbligatorio extra-ospedaliero)

La L. n. 180/1978 disciplina in modo espresso solo il trattamento sanitario obbligatorio in regime di degenza ospedaliera. Con il tempo, però, si è affermata la prassi di ricorrere a trattamenti sanitari obbligatori extra-ospedalieri: tale prassi trova la propria giustificazione giuridica in interpretazioni estensive e sistematiche della stessa legge Basaglia. L'istituto del TSOE, infine, ha trovato un proprio riconoscimento di carattere normativo nelle *Raccomandazioni* delle Regioni e delle Province autonome del 29 aprile 2009. Così si esprimono le *Raccomandazioni* in oggetto:

Quello extra ospedaliero si configura come la forma di TSO attivabile nel caso in cui, pur sussistendo le prime due condizioni previste per il TSO in degenza ospedaliera, e cioè le alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e la non accettazione degli stessi da parte dell'infermo, manca invece la terza ed è quindi possibile "adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere". L'ordinanza di tale TSO si caratterizza per il fatto che obbliga una persona a curarsi, ma il luogo non è vincolato a precise caratteristiche.

Senza scendere nei particolari tecnicismi dell'istituto del TSOE, si deve però rilevare come una tale tipologia di trattamento sanitario obbligatorio (e coattivo)



attribuisca agli organi amministrativi una discrezionalità spesso eccessiva, consentendo, di fatto, trattamenti (o addirittura ricoveri) nelle Strutture Residenziali Psichiatriche e, quindi, reintroducendo forme di lungodegenza psichiatrica che, dopo la riforma del 1978, dovrebbero essere vietate dall'ordinamento giuridico. Infine, la previsione di tale istituto in un atto amministrativo di indirizzo confligge, *ictu oculi*, con la riserva assoluta di legge prevista dal combinato disposto di cui agli artt. 13 e 32 Cost.

b) Il TSO puntiforme

Il TSO puntiforme consiste nella somministrazione coattiva di farmaci depot (iniezioni di deposito) o LAI (*Long Acting Injectables*), cioè farmaci a rilascio prolungato:

gli antipsicotici LAI sono stati ideati allo scopo di rilasciare gradualmente il principio attivo nel sangue dopo iniezione intramuscolare, in maniera da avere livelli più costanti (con minori fluttuazioni plasmatiche) e duraturi del farmaco stesso, al fine anche di ridurre significativamente la frequenza di somministrazioni (Canonico, 2015, p. 1).

Detto in termini semplici: il paziente psichiatrico viene sottoposto a una iniezione, un tempo quindicinale, ora per lo più mensile (ma le nuove frontiere della psicofarmacologia promettono la possibilità di ricorrere a un'iniezione di deposito addirittura trimestrale), per mezzo della quale il farmaco viene accumulato nei tessuti, mentre il principio attivo viene gradualmente rilasciato nell'organismo nel corso di tutto il mese o di tutto il trimestre. Con una "puntura" mensile (o trimestrale) si assicura una pressoché totale *compliance*¹⁴ del paziente alla cura farmacologica.

Il TSO puntiforme è una *species* del TSOE. La terminologia è del prof. Ugo Fornari (1997, p. 61), insigne accademico e psichiatra forense di Torino:

è possibile ricorrere al T.S.O. extraospedaliero quando si verificano le prime due condizioni previste dalla legge (gravi alterazioni psichiche e non consenso alla cura) ed è possibile adottare le

14 La *compliance* è stata definita come «la misura in cui il comportamento di una persona verso l'assunzione di un farmaco o nel cambiamento di uno stile di vita corrisponde alle richieste mediche». Si parla al proposito anche di «adesione al trattamento», «regime consensuale» e «concordanza», una terminologia che alcuni preferiscono in quanto non sottintende un atteggiamento passivo, di ubbidienza, da parte del paziente (Rossi; Stratta; Arduini, 2002).

• ENRICO DALY
• MARGARETH VETIS ZAGANELLI

misure sanitarie necessarie al di fuori del ricovero in un S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura). Sono questi i casi in cui, ad esempio, è necessario somministrare periodicamente una terapia Depot a un paziente dissenziente e in cui il T.S.O. viene sciolto non appena praticata tale terapia (T.S.O. puntiforme).

La pratica del TSO puntiforme (e, più in generale, del trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero) si è affermata in tempi relativamente recenti e non riguarda solo l'Italia: con l'introduzione dei farmaci neurolettici di seconda generazione, infatti, si è enormemente dilatato lo spazio di controllo farmacologico del paziente da parte dei servizi psichiatrici. Com'è stato recentemente rilevato,

molti paesi hanno ora introdotto una legislazione che consente alle persone con problemi di salute mentale di essere legalmente costrette a continuare il trattamento - di solito farmacologico - dopo essere state formalmente dimesse dall'ospedale. I protocolli di trattamento ambulatoriale sono stati introdotti in Inghilterra e nel Galles nel 2008 e inizialmente il governo aveva previsto che sarebbero stati applicati solo a una piccola parte di pazienti. Gli ordini erano destinati a essere applicati sulle persone che avevano frequenti ricoveri in ospedale, definite pazienti con "sindrome da porta girevole" e si stimava che nel primo anno sarebbero stati applicati solo 450 protocolli. In realtà, nei primi cinque mesi dopo l'entrata in vigore della legislazione, nel novembre 2008, sono stati effettuati 2.134 protocolli (Moncrieff, 2020, p. 144).

Non solo il TSO puntiforme ha visto ampliarsi la platea dei destinatari, ma tale trattamento non è riuscito neppure a raggiungere la finalità di ridurre i ricoveri ospedalieri: autorevoli studi¹⁵, infatti, hanno rilevato che l'aumento dei trattamenti sanitari obbligatori ambulatoriali (ed extraospedalieri) non ha ridotto né il numero dei ricoveri in ospedale né la loro durata, non essendosi inoltre evidenziato neppure un aumento del lasso di tempo che separa le dimissioni di un paziente psichiatrico dalla sua riammissione in ospedale nel caso di "sindrome da porta girevole".

Dal punto di vista giuridico si deve rilevare che la somministrazione di farmaci LAI si risolve in un trattamento sanitario estremamente invasivo (perché il farmaco

15 Uno studio di Burns & C. (Burns et al., 2013) giunge alla conclusione che *«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 admissions. We also recorded no differences in clinical or social outcomes»*.

resta nell'organismo del paziente per 30 giorni) e irreversibile: proprio a causa di tale invasività, è necessario il pieno e totale consenso del paziente, un consenso che deve essere davvero "informato" [e l'informazione diventa un "inderogabile dovere del medico" (Borsellino, 2018, p. 156)], anche in relazione ai numerosi effetti collaterali extrapiramidali che possono insorgere in seguito all'assunzione del farmaco e tenuto conto della rispondenza soggettiva di ciascun individuo alle terapie farmacologiche. La somministrazione di farmaci LAI può essere oggetto solo di un "patto terapeutico" tra medico e paziente, all'interno di una relazione improntata alla reciproca fiducia. Proprio perché tale terapia farmacologica è un modo di affrontare la gestione ordinaria della malattia, la somministrazione di farmaci LAI non può essere affidata a uno strumento eccezionale qual è il TSO, soprattutto extraospedaliero: in tal caso, infatti, si riprodurrebbe il modello medico paternalistico-autoritario che tanta parte ha avuto nella costruzione dell'istituzione manicomiale, la pratica psichiatrica riducendosi a un'attività di controllo sociale di stampo quasi poliziesco.

c) **Nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno**

In Italia tre sono attualmente gli istituti giuridici deputati all'*incapacitazione legale* di determinate categorie di persone: l'interdizione, l'inabilitazione e l'amministrazione di sostegno. In seguito al provvedimento giudiziale che estingue o limita la capacità di agire di una persona per i motivi stabiliti dalla legge, si procede alla nomina di un rappresentante legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno) che, sotto il controllo dell'autorità giudiziaria, deve provvedere alla cura della persona e degli interessi del beneficiario. L'interdizione è l'istituto più antico: di origine romanistica, l'interdizione fu prevista e disciplinata dal codice civile del 1942. Più recente è l'amministrazione di sostegno, istituto giuridico inserito nel codice civile con la L. n. 6/2004, normativa che ha la «finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente» (art. 1 della L. n. 6/2004).

L'interdizione è un istituto strettamente collegato alle patologie psichiatriche: i presupposti giuridici della sentenza d'interdizione, infatti, sono costituiti dall'abitudine dell'infermità mentale e dall'incapacità del soggetto di provvedere ai propri



- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

interessi. Per rappresentare legalmente la persona interdetta viene nominato un tutore, al quale spetta la cura del soggetto interdetto, nel concetto di “cura” essendo compresi sia gli aspetti patrimoniali che gli aspetti più strettamente personali. L’interdetto, sotto molteplici punti di vista, è equiparabile a un minore e, tra gli altri, ha l’obbligo di non allontanarsi dall’istituto presso il quale il tutore l’ha collocato: questa norma (l’art. 358 cod. civ.) è stata utilizzata per confinare, di fatto, un paziente psichiatrico interdetto presso una Struttura Residenziale Psichiatrica.

Proprio per evitare queste distorsioni è stata creata la figura dell’amministratore di sostegno (Cendon, 2014), che avrebbe dovuto concretizzarsi in un istituto più duttile e flessibile: i poteri dell’amministratore di sostegno sono “ritagliati” dal giudice tutelare su misura del beneficiario, il provvedimento è revocabile con maggiore facilità e il beneficiario, almeno sulla carta, mantiene un maggiore ambito di autonomia personale. Si è però affermata nella prassi la tendenza ad attribuire all’amministratore di sostegno anche la *rappresentanza esclusiva* in ambito sanitario: tale potere, di fatto, comporta una sostituzione del legale rappresentante nelle scelte di salute del beneficiario, consentendo, anche sotto la vigenza del nuovo istituto, il confinamento di lunga durata del paziente psichiatrico nelle strutture residenziali.

È ovvio che tali prassi sono elusive delle prescrizioni costituzionali e legislative che disciplinano i trattamenti sanitari obbligatori. Allo stesso modo si scavalcano, di netto, le disposizioni di cui alla L. n. 219/2017, il cui art. 3, 1° co., stabilisce che

la persona minore o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione [...]. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

d) Il trattamento sanitario coattivo in Rems

La riforma psichiatrica del 1978 non aveva modificato il regime giuridico dei malati psichici autori di reato e giudicati incapaci d’intendere e volere (non imputabili) al momento del fatto. I “rei folli” restavano assoggettati alla disciplina dettata dal codice penale del 1930, la quale prevedeva il regime del c.d. “doppio binario” (Pelissero, 2008): mentre i soggetti imputabili venivano condannati a scontare una pena, i soggetti non imputabili venivano prosciolti e a loro era applicata una misura di sicurezza, la più grave delle quali era il manicomio criminale (poi ribattezzato ospedale psichiatrico giudiziario).



Con queste parole Franco Basaglia (2018, p. 205-206), in Brasile, rifletteva sull'istituzione del manicomio criminale:

In Italia, all'inizio del Novecento c'è stato uno psichiatra, Cesare Lombroso, che vedeva l'origine della malattia mentale in cause puramente naturalistiche, per cui il matto nasce matto e talvolta nasce anche pazzo criminale; per questo pazzo criminale è stata creata un'istituzione fatta apposta per lui, che era appunto il manicomio criminale. Il pazzo che uccide, che ruba, che fa un atto antisociale deve entrare in un manicomio particolare e non in prigione perché a causa della malattia non può comprendere il significato, l'importanza della pena, cioè non può capire il senso della riabilitazione che la prigione gli infligge. Quindi non può essere condannato a una pena detentiva in carcere ma è condannato a restare nel manicomio criminale per un determinato numero di anni, dopo di che passerà all'ospedale psichiatrico per farsi curare. [...] In Italia esistono cinque di questi ospedali giudiziari ma con la nuova legge per cui il malato di mente non è più ricoverato sulla base della pericolosità, entra in crisi il concetto stesso di manicomio criminale. Questo significa che il matto che uccide dovrebbe essere giudicato come qualsiasi altra persona.

Il percorso di riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari fu molto più lungo e tortuoso. Finalmente, nel 2011 vennero istituite le REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) nell'ottica di un progressivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, i quali vennero aboliti nel 2013 e definitivamente chiusi nel 2015. L'art. 3-ter del d.l. 211/2011 stabilisce i criteri direttivi ai quali devono ispirarsi le REMS, cioè le «strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia». I criteri individuati dal decreto-legge sono tre:

a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente; c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime (art. 3-ter, 3° co., del d.l. 211/2011).

Il principio di territorialità di cui alla lettera c) è un'espressione della necessità di integrare le REMS con i DSM, cioè di creare un collegamento strutturale tra i servizi psichiatrici territoriali e l'assistenza sanitaria ai pazienti affetti da disturbo mentale, ancorché autori di reato.



- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

Con la “rivoluzione gentile”¹⁶ delle REMS anche i malati psichiatrici autori di reato avrebbero dovuto essere sottoposti alle prescrizioni della legge Basaglia e, di conseguenza, in ossequio al principio di eguaglianza, essere assoggettati a un trattamento eguale a quello riservato a tutti gli altri soggetti detenuti in strutture carcerarie. Anche questo principio di ordine costituzionale, però, ha risentito di pregiudizi e di interpretazioni molto estensive della legge istitutiva delle REMS: tali strutture, infatti, rischiano di trasformarsi in “manicomietti criminali”, in luoghi – certamente di dimensioni minori – pur sempre di segregazione e di totale esclusione sociale. La Corte costituzionale, infatti, in una recentissima sentenza, ha stabilito che la misura di sicurezza dell’assegnazione a una REMS

consiste, anzitutto, in una misura limitativa della libertà personale – il che è evidenziato già dalla circostanza che al soggetto interessato può essere legittimamente impedito di allontanarsi dalla REMS. Durante la sua esecuzione possono essere praticati al paziente trattamenti sanitari coattivi, ossia attuabili nonostante l’eventuale volontà contraria del paziente. Essa si distingue, peraltro, dal trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale disciplinato dagli articoli da 33 a 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), esso pure di carattere coattivo (Corte cost., sent. 27 gennaio 2022, n. 22).

Da quello che si evince dalla lettura della sentenza della Corte, l’assegnazione a una REMS costituirebbe, dunque, il presupposto giuridico per l’esecuzione di trattamenti sanitari coattivi in deroga alla L. n. 833/1978 e, di conseguenza, anche alle prescrizioni della L. n. 219/2017 in tema di consenso informato alle cure sanitarie: un’altra eccezione, quindi, alle prescrizioni della legge Basaglia e la conseguente creazione di un altro trattamento “speciale” destinato a soggetti “speciali”.

7. Alcune riflessioni sullo Stato centrale e il “federalismo” italiano

Nel disegno della Costituzione repubblicana del 1948 la Repubblica italiana avrebbe dovuto configurarsi come uno *Stato regionale* (Vandelli, 2021). La presa di distanza dal

16 La definizione è di Franco Corleone, già Commissario unico per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari.



centralismo del regime fascista, infatti, si rifletteva nella creazione della Regione, un nuovo ente pubblico territoriale intermedio tra lo Stato e il Comune. Nel testo originario del 1948, la Costituzione italiana prevedeva una duplice potestà legislativa in capo alle Regioni a statuto ordinario: tali Regioni godevano di una potestà legislativa *ripartita* o *concorrente* in materie espressamente previste dalla Costituzione, tra cui, per quanto riguarda il presente studio, l'«assistenza sanitaria ed ospedaliera» (art. 117 Cost. testo previgente), e di una potestà legislativa *integrativa-attuativa*, che poteva esercitarsi nel momento in cui le leggi della Repubblica avessero demandato alla Regione il potere di emanare norme per la loro attuazione. Nell'ambito della potestà legislativa ripartita, poi, la Regione poteva legiferare «nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato», sempreché le norme stesse non fossero in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni. Solo cinque Regioni a statuto speciale godevano di una potestà legislativa *primaria* o *esclusiva*, disciplinata dai rispettivi statuti regionali, i quali avevano rango di leggi costituzionali.

L'autonomia legislativa delle Regioni a statuto ordinario, nonostante la proclamata istituzione di uno Stato regionale, era dunque notevolmente limitata, perché poteva esplicarsi solamente in determinate materie espressamente previste dalla Costituzione (dall'ambito, peraltro, molto ristretto) e solo se lo Stato centrale avesse emanato una normativa di settore contenente i cosiddetti principi fondamentali della materia (si trattava di una legge-quadro).

Con la riforma costituzionale del 2001 (legge cost. n. 3/2001) l'Italia si è davvero trasformata in uno Stato regionale, con forti accentuazioni di carattere federale. Il nuovo testo dell'art. 117 Cost. adesso prevede che la potestà legislativa sia «esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali». È caduto ogni riferimento all'«interesse nazionale» e, con ciò, la possibilità dello Stato centrale di «bloccare» l'espansione della normativa primaria regionale. Nella Costituzione riformata del 2001 sono ora espressamente indicate le materie nelle quali lo Stato esercita la sua legislazione esclusiva (per quanto riguarda il tema in oggetto rileva la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» ex art. 117, 2° co., lett. m)) nonché le materie oggetto di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, con la specificazione che «nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione

- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

dello Stato». La ripartizione delle competenze legislative termina con una conclusione degna della Costituzione di uno Stato federale: «spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato».

Attualmente, tra le altre, è materia rimessa alla competenza legislativa ripartita tra Stato e Regioni anche la “tutela della salute”, una materia il cui ambito è sicuramente più esteso dell’“assistenza sanitaria ed ospedaliera” di cui al testo costituzionale originario del 1948. Nella realtà amministrativa italiana, le Regioni sono enti pubblici che si occupano prevalentemente di sanità, il cui finanziamento assorbe, in media, quasi l’80% delle risorse dei bilanci regionali.

La legge Basaglia (legge 180/1978) aveva già previsto, con notevole anticipo, una partecipazione delle Regioni alla gestione della salute mentale dei cittadini. Ai sensi dell’art. 7, 1° co., della legge 180/1978, infatti, «le funzioni amministrative concernenti la assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle Regioni ordinarie e a statuto speciale». Lo stesso Servizio Sanitario Nazionale (istituito con la legge 833/1978, normativa nella quale venne incorporata la legge Basaglia) si è, con il tempo, trasformato nell’insieme dei Servizi Sanitari Regionali. Nell’ultima rilevante riforma del sistema sanitario italiano, infatti, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) viene definito quale «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale» (art. 1 decreto legislativo 229/1999): un sistema decentrato e, al contempo, integrato, dunque, alla cui gestione le Regioni partecipano in modo determinante.

Al riguardo si è parlato di *federalismo sanitario* (Dirindin, 2001), ma la realtà della situazione giuridico-amministrativa che si è andata creando negli anni ha evidenziato l’esistenza di notevoli spinte centrifughe alle quali lo Stato centrale ha cercato, con difficoltà, di opporre una sempre maggiore resistenza. Come si è visto nell’analisi dei “nuovi” trattamenti sanitari obbligatori, per esempio, l’intervento delle Regioni ha prodotto, nei fatti, l’istituzione del trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero (TSOE), un trattamento non previsto espressamente e in modo specifico dalla legge nazionale, cioè dalla legge Basaglia. Si deve ricordare che spetta allo Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali», i quali devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale: il procedimento giuridico previsto dalla legge Basaglia per sottoporre un paziente psichiatrico a un trattamento sanitario coattivo è chiaramente un modo per garantire il rispetto



dei diritti civili su tutto il territorio nazionale. In realtà, le Regioni hanno proceduto in ordine sparso, tanto che ora esistono, nei fatti, una pluralità di trattamenti sanitari obbligatori differenziati a seconda della Regione nella quale vengono effettuati e lo Stato centrale non è riuscito a “governare” in modo ottimale la progressiva frammentazione regionale del sistema amministrativo. Questa situazione, qui evidenziata con riferimento alle pratiche per la tutela della salute mentale, ha assunto una vocazione più generale ed esplicita con la richiesta, da parte di alcune tra le Regioni più ricche d’Italia (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna) del riconoscimento di un’*autonomia differenziata*, cioè di autonomia legislativa e amministrativa molto più accentuata in vari ambiti, tra cui quello della tutela della salute, autonomia riconosciuta alla Regione con legge dello Stato approvata dal Parlamento a maggioranza assoluta dei componenti.

Il timore nei confronti di una tale autonomia, come si è visto nel settore circoscritto dei trattamenti sanitari obbligatori, è però quello che, in luogo di un sistema regionale o semi-federale nel quale, a un ampio decentramento amministrativo, si contrapponga una solida capacità di *governance* e di programmazione da parte dello Stato centrale, venga a crearsi invece un’organizzazione frammentata e frantumata, costituita, per esempio, da 20 sistemi sanitari regionali differenti per qualità della cura e per quantità di risorse investite: un tale esito del processo di autonomia regionale, infatti, rappresenterebbe un *vulnus* ai principi fondamentali su cui si fonda la Repubblica italiana, in primo luogo al principio di eguaglianza di trattamento di tutti i cittadini non solo per quanto riguarda il rispetto dei diritti sociali, ma, come l’analisi della disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori extraospedalieri ha mostrato, anche con riferimento alla garanzia dei diritti civili e della loro osservanza su tutto il territorio nazionale.

La creazione dello Stato regionale nel 2001, quindi, non può prescindere da una capacità di governo dello Stato centrale, il quale deve continuare a controllare il rispetto, da parte delle Regioni, dell’eguaglianza formale e a perseguire quegli obiettivi di eguaglianza sostanziale che costituiscono il fine politico essenziale che la Costituzione del 1948 assegna a tutti gli organi della Repubblica.

8. Conclusioni

In questo breve *excursus* si è tratteggiata, a grandi linee, l’evoluzione del trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale così come disciplinato dalla riforma



- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

psiquiatria del 1978. Se la storia della legge Basaglia e le lotte dello psichiatra italiano sono già state raccontate innumerevoli volte (Colucci; Di Vittorio, 2001; Pitrelli, 2004; Parmegiani; Zanetti, 2007; Babini, 2009; Pivetta, 2012; Foot, 2017), tanto da costituire una sorta di “mito” politico e sociale, la storia dell’applicazione della legge 180, invece, non è stata ancora scritta e presenta, altresì, numerose ombre e punti oscuri.

La sensazione, espressa anche da coloro che con Basaglia hanno lavorato più di 40 anni fa, è quella di un tradimento dei principi espressi dalla riforma del 1978:

la medicina del posto letto e della diagnosi, interessata più alla malattia che al malato, ha continuato a riprodurre sotto le bandiere della riforma una psichiatria di ambulatori, assediati dalle liste d’attesa e gestiti da operatori che non hanno mai visto le case dei pazienti; una psichiatria di servizi ospedalieri di diagnosi e cura che comminano dure quanto per fortuna brevi esperienze di internamento, in locali chiusi dove si usano contenzione meccanica e farmacologica e le persone sono private degli oggetti personali e della possibilità di comunicare; una psichiatria che ha fatto crescere una pleora di “residenze” variamente denominate, dove il tempo passa senza progetto né senso, focolai di infelicità e talvolta di virus (Giannichedda, 2020).

La restaurazione di fatto della “psichiatria dei luoghi” invece di quella dei bisogni si concretizza nei processi di re-istituzionalizzazione tuttora in atto e nella costruzione di una serie di Strutture Residenziali Psichiatriche, spesso chiuse, nelle quali si riproducono le logiche di emarginazione, sopraffazione e violenza che caratterizzavano i vecchi manicomi. Gli strumenti giuridici enucleati in via interpretativa negli ultimi 40 anni (TSOE, TSO puntiforme, rappresentanza esclusiva in ambito sanitario da parte del tutore o dell’amministratore di sostegno, trattamento coattivo in Rems) rappresentano un segnale inquietante di ampliamento dell’ambito della coercitività nelle pratiche psichiatriche. Resta, però, un dato ineludibile: la cura, la “vera” cura delle patologie psichiatriche può attuarsi solamente quando le indicazioni del medico incontrano la volontà del paziente. Senza consenso del paziente, non vi è cura efficace possibile; senza consenso, vi è solo custodia e controllo. In questa direzione e con questa prospettiva, al contempo di cura e di emancipazione, si muove la L. n. 219/2017 sul consenso informato: l’applicazione di tali principi anche alle pratiche psichiatriche è però una battaglia che deve essere ancora combattuta.



RIFERIMENTI

- 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 "moralì" e diritto*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- BORSELLINO, P. *Bioetica tra autonomia e diritto*. Milano: Zadig, 1999.
- 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. www.gipsicopatol.it
- 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, U. *La responsabilità del medico in psichiatria*. Torino: Centro Scientifico Editore, 1997, p. 59-67.
- GIANNICCHEDDA, M. G. Clima di restaurazione sulla riforma psichiatrica. *Il Manifesto*. [S. l.], 28 ago. 2020.
- 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.
- 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.



- ENRICO DALY
- MARGARETH VETIS ZAGANELLI

PELISSERO, M. *Periculosità 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 manicomi*. 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.

STARACE, F.; BACCARI, F. Salute Mentale: dai dati alle informazioni. *Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica*. [S. l.], 8 jul. 2019. Disponível in: <https://siep.it/salute-mentale-dai-dati-alle-informazioni/>. Acesso in: 16 ago. 2024.

STRIPPOLI, S. La Regione chiude Villa Cristina e chiede aiuto alle altre cliniche. *La Repubblica*. [S. l.], 31 ott. 2011.

VANDELLI, L. *Il sistema delle autonomie locali*. Bologna: Il Mulino, 2021.

Enrico Daly

Atualmente in curso un post-doutorado presso l'Università Federale dell'Espírito Santo (Direito Comparato). Ha conseguito un Dottorato in Filosofia del Diritto presso l'Università di Milano-Bicocca, una Laurea Magistrale in Giurisprudenza presso l'Università di Torino e una Laurea in Filosofia presso l'Università del Piemonte Orientale.

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Milano, Italia

E-mail: enrico.daly@unicatt.it

Margareth Vetis Zaganelli

È Professore Ordinario di Diritto Penale e Biodiritto presso l'Università Federale dell'Espírito Santo (Ufes).

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

