CARTOGRAFIE SOCIALI
Rivista di sociologia e scienze umane
Anno II, n. 3, maggio 2017

Direzione scientifica
Lucio d'Alessandro e Antonello Petrillo

Direttore responsabile
Arturo Lando

Redazione
Elena Cennini, Anna D'Ascenzio, Marco De Biase, Giuseppina Della Sala, Eugenio Galioto, Emilio Gardini, Fabrizio Greco, Luca Manunza

Comitato di redazione
Marco Armiero (KTH Royal Institute of Technology, Stockholm), Tugba Basaran (Kent University), Nick Dines (Middlesex University of London), Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli), Marcello Maneri (Università di Milano Bicocca), Önder Özhan (Università di Ankara), Domenico Perrotta (Università di Bergamo), Federico Rahola (Università di Genova), Pietro Saitta (Università di Messina), Anna Simone (Università Roma Tre), Ciro Tarantino (Università della Calabria)

Comitato scientifico
Fabienne Brion (Université Catholique de Louvain -la-Neuve), Alessandro Dal Lago (Università di Genova), Didier Fassin (Institute for Advanced Study School of Social Science, Princeton), Fernando Gil Villa (Universidad de Salamanca), Akhil Gupta (University of California), Michalis Lianos (Université de Rouen), Marco Martiniello (University of Liège), Laurent Mucchielli (CNRS - Centre national de la recherche scientifique), Salvatore Palidda (Università di Genova), Michel Peraldi (CADIS - Centre d'analyse et d'intervention sociologiques), Andrea Rea (Université libre de Bruxelles)

"Cartografie sociali" is a peer reviewed journal

LE METAMORFOSI DEL "PAESAGGIO SOCIALE"

TRA TERRITORIALIZZAZIONE, PRESTAZIONI E PROSSIMITÀ

A cura di Stefania Ferraro e Emilio Gardini

MIMESIS

SUOR ORSOLA UNIVERSITY PRESS

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 45,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19
20099 - Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca - Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Cartografie sociali è una rivista promossa da URiT, Unità di Ricerca sulle Topografie sociali.

Direzione e Redazione della rivista hanno sede
presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa
Via Suor Orsola 10 - 80132 Napoli (Italy)
www.unisob.na.it
cartografiesociali@unisob.na.it
cartografiesociali.rivista@gmail.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
FACOLTÀ DI
SCIENZE
DELLA FORMAZIONE



MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9788857542560
Issn: 2499-7641

© 2017 – MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383
Fax: +39 02 89403935

Registrazione Tribunale di Napoli n. 37 del 5 luglio 2012

INDICE

Editoriale: lo stato delle politiche sociali
Spazi, soggettività e criticità delle logiche di intervento
di Stefania Ferraro e Emilio Gardini 9

MAPPE

L'individu modulaire – I
De la socialité directe à la socialité institutionnelle
di Michalis Lianos 17

L'individu modulaire – II
Egocentrisme compétitif et déficit social
di Michalis Lianos 31

Quale sociale nelle politiche sociali?
di Lavinia Bifulco 53

L'innovazione sociale: an old neoliberist wine in new bottles?
di Giulio Moini 69

Istituzioni psichiatriche e riformismo
Sull'attualità della teoria di Robert Castel
di Daniele Pulino 93

ROTTE

L'iscrizione territoriale delle leggi
di Alain Supiot 113

Una "società armoniosa"?
Il posto del conflitto nelle pratiche e nel discorso sul Terzo Settore
di Sandro Busso e Enrico Gargiulo 137

Espressioni di ruolo
Analisi etnografiche sulle interazioni tra professionisti
in un centro di salute mentale
di Emilio Gardini 155

Le trasformazioni del welfare in Umbria attraverso l'esperienza dei promotori sociali: dalla promessa dell'assistenza integrata alla fatica della cura nei territori
di Massimiliano Minelli e Veronica Redini 171

In nome della dignità
La riorganizzazione dei servizi per le persone
senza dimora a Bologna
di Maurizio Bergamaschi 193

Da badanti a senza fissa dimora
Politiche di governo della povertà e distorsioni
del principio di cura
di Stefania Ferraro 213

Le politiche degli scudi umani: sulla risignificazione dello spazio e la costituzione dei civili come scudi nelle guerre liberali
di Neve Gordon e Nicola Perugini 235

RILIEVI

The new welfare in the domestic work sector:
who benefits from the voucher service system in Brussels?
di Beatriz Camargo 265

TSO: previsioni e prassi di un dispositivo psichiatrico
di Elena Cennini 279

Orizzonti spinati
I centri di detenzione per migranti
di Dario Stefano Dell'Aquila e Antonio Esposito 297

Il decentramento della strategia nazionale
d'inclusione dei rom: un cammino incerto
di Luciana De Pascale 325

Coesione sociale, togetherness, prossimità:
cosa si può imparare dal caso di Napoli
di Enrica Morlicchio 337

WUNDERKAMMER

Cartografia delle pratiche di mutuo soccorso
e autogoverno a Napoli
di Fabrizio Greco 353

L'esperimento del Rojava
Autorganizzazione e internazionalismo
di Filomena Romeo 377

TRAVELOGUES

New public managment e ambiente: quali gap?
di Giuseppina Della Sala 393

Etnografia politica per la sostenibilità dell'acqua
di Rinaldo Mattera 397

Elena Cennini

TSO: PREVISIONI E PRASSI DI UN DISPOSITIVO PSICHIATRICO

Abstract:

The psychiatric reform, along with the closure of asylums, has introduced in Italy the involuntary commitment for people with a mental illness. At nearly 40 years by Law 180 remains open debate on this controversial instrument, created to guarantee the rights of those who suffer, but for someone turned into a real arrest warrant. Between legal provisions and practices bureaucratized, here it is first of all recalled the need to recover the centrality of individuals, their histories and biographies.

Keywords:

Involuntary Commitment, Mental Health, Psychiatry, Restraint, Rights.

1. *Introduzione*

L'uso e l'esercizio illegittimo di un potere ha nome di abuso. I segni d'interpunzione di una vigorosa generazione di acronimi nascondono spesso azioni emergenziali a margine di un dolore. Se vedere è accogliere e costruire possibilità, a quasi quarant'anni dalla legge 180 del 1978, i trattamenti sanitari obbligatori incidono, non senza distorsioni, sull'essere invischiati in un sistema a sabbie mobili; strette maglie di un'operazione sì sanitaria ma fortemente normata nell'eccezione e nella regola da una prassi a geografia variabile, determinata da politiche di welfare, condizioni socioeconomiche, biografie stigmatizzate, presenza/assenza di una rete familiare, sociale, assistenziale. Risposte contingenti quindi, lì dove le prassi di TSO (Trattamento Sanitario obbligatorio) nel gioco probabilistico degli accadimenti, in luogo della domanda, si strutturano a partire dalle possibilità

dell'offerta. Sirene spiegate, dunque, che non dispiegano univocamente modalità e procedure d'intervento. Lo spazio di quest'articolo non esaurisce la complessità: sanitaria, amministrativa, giuridica, economica, sociale ed esistenziale dei trattamenti sanitari obbligatori ma prova a interrogare tra i paradigmi di salute e sicurezza, le sottili pieghe di un "dispositivo" (Foucault 1976; Deleuze 2002; Agamben 2006).

Gli undici articoli di cui è composta la legge 180 del 13 maggio 1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"[1] sanciscono innanzitutto il principio della volontarietà che trova diretta ispirazione nell'articolo 32 comma 1 della Costituzione. Questo principio si completa, in conformità con quanto previsto dal secondo comma, con quello della eccezionalità dei trattamenti obbligatori, che devono essere disposti nel rispetto dei diritti civili e politici sanciti. Il diritto di comunicare con chi si ritenga opportuno, le sollecitazioni a «iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi è obbligato»[2], la disposizione di TSO emanata dal sindaco in qualità di autorità sanitaria locale (su proposta medica motivata), e soprattutto, la previsione per cui i TSO «sono attuati dai presidi pubblici territoriali e, ove necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate» (determinando pertanto il superamento di istituti asilari, tra cui i manicomi, da questo orizzonte terapeutico)[3], tutti

1 La legge sarà incorporata all'interno della normativa istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, legge 833/1978. Sussistendo la validità degli articoli 10 e 11 della 180, i primi nove articoli sono trasposti, senza significative variazioni, all'interno degli articoli 33, 34, 35, 64 della legge 833.

2 Nella 833, al quinto comma dell'articolo 33 a questo si aggiungerà che «L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria e i rapporti organici tra servizi e comunità».

3 I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) cui affidare i pazienti necessitanti di ricovero vengono istituiti all'interno degli ospedali generali (art. 34 ultimo comma legge 833/78 e art. 6, comma 3, legge 180/1978). La 180, onde evitare la costruzione di nuovi mini-manicomi, prevede un numero di posti letto non superiore a quindici, mentre la 833 ne demanda la fissazione del numero ai piani sanitari regionali. Agli SPDC, inoltre, «è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri» (art. 7 comma 8 legge 180/1978), si evidenziano due questioni: innanzitutto la volontà del legislatore di non istituire una équipe ospedaliera autonoma, staccata dagli interventi extra ospedalieri. Questo nella volontà di non costituire gli SPDC quali una divisione ospedaliera psichiatrica separata dai servizi extra ospedalieri, ma, anzi, di inserirli "organicamente e funzionalmente" all'interno della strutturazione dipartimentale dell'assistenza psichiatrica (espliciti in questo senso l'art. 6, IV comma della 180 l'art. 34 ultimo comma della 833). Il fine che si intende perseguire, è, infatti, quello dichiarato della continuità terapeutica tra paziente e

questi elementi contenuti nell'art. 1 della legge segnano la distanza dalla legge del 1904, il tentativo effettuato dal legislatore di evitare, almeno formalmente, qualsiasi richiamo alla pericolosità sociale, riportando la disciplina nell'ambito sanitario e all'interno delle tutele costituzionali. Nell'intento di superare ogni distinzione tra patologia psichica e altre malattie, si deve intendere il rimando dell'articolo 1 non alla specificità delle malattie mentali ma a un più generale contesto di patologie (che a differenza delle patologie psichiche non vengono, poi, ulteriormente specificate) che richiedono un TSO. Tuttavia, lo specifico riferimento alla malattia mentale, contenuto nell'art. 2, sembra mettere in luce un concetto di pericolosità sotteso e velato che ancora accompagna la disciplina dell'assistenza psichiatrica, o, quantomeno, cela comunque un'idea generale di *deminutio* formale del soggetto psichiatrico.

Quali sono i requisiti che concorrono nell'azione di un trattamento sanitario obbligatorio? La norma è esplicita: «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» (comma 2 art. 2 legge 180 e comma 4 art. 34 legge 833). Il ricorso a TSO in degenza ospedaliera si articola, così, secondo una triplice condizione a garanzia formale di tutela del sofferente psichico. Tutela della dignità della persona e dei suoi diritti costituzionali e tutela da eventuali abusi[4].

Su quest'ultimo aspetto la norma prevede, sia per l'avvio di un trattamento sanitario obbligatorio che per la sua modifica o revoca[5], una serie

territorio, per cui, nello spirito della legge, anche il ricovero coatto non dovrebbe essere inteso come momento separato o ancora peggio extra sanitario, bensì quale momento integrante di un unico orizzonte terapeutico che si esplica sui due diversi piani ospedaliero ed extra ospedaliero. Il secondo punto che si deve poi mettere in evidenza rispetto alla costituzione degli SPDC è che, prevedendo l'inclusione al loro interno di lavoratori (soprattutto infermieri) provenienti dall'esperienza manicomiale, diviene necessaria una loro riqualificazione che faccia superare le logiche lì adottate. Previsione accolta dal legislatore del dicembre 1978 che all'art. 64 comma 8 determina che «[…] la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici e in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali».

4 Sulla questione dei TSO extra-ospedalieri cfr. Vecchietti 1983; Vincenzi Amato 1988.

5 Il procedimento di attuazione del TSO in condizioni di degenza ospedaliera è regolato dall'art. 35 l. 833/1978 (art. 3 legge 180/1978): «Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di

di passaggi, alquanto complessi, di ordine medico, amministrativo e giudiziario, che sono stati oggetto di numerose critiche. Da un lato, da quanti li considerano un'eccessiva macchinosità dell'impianto di imposizione del TSO – in questo senso si strutturano molti dei progetti di riforma della norma cosiddetti "revisionisti", che puntano innanzitutto a semplificare ed estendere i TSO – dall'altro, da quanti invece, lamentano una burocratizzazione della norma nella prassi, per cui i moduli prestampati di medici e sindaci ridurrebbero le garanzie a una pura formalità, mentre lo stesso impianto del dispositivo, implicando un'azione di restringimento della libertà personale, richiamerebbe oltre che la garanzia della riserva di legge (ex art. 32, II comma Cost.), anche quelle della riserva giurisdizionale (ex articolo 13 Cost.)[6]: ci si troverebbe, di fatto nella pratica, secondo queste interpretazioni, all'interno di «zone grigie delle garanzie della libertà personali» (Piccione 2002).

---

degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere 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. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'Interno, e al consolato competente, tramite il prefetto». Di norma la durata del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza Ospedaliera dura sette giorni. Tuttavia può esserne disposta sia la revoca anticipata che la modifica (con la trasformazione del TSO in trattamento volontario) attraverso una comunicazione del sanitario responsabile del servizio psichiatrico al sindaco (il quale entro le 48 ore ne dà notizia al giudice tutelare) (art. 35 comma 5 legge 833/1978 e art. 3 comma 5 art. 3 legge 180).

6 Sulla sovrapposizione degli istituti di garanzia previsti dagli artt. 13 e 32 della Costituzione all'interno della disciplina dei Trattamenti Sanitari Obbligatori per sofferenti psichici e la conseguente concorrenza di valori di rango primario, si vedano Castronovo 1980; 1988; 1990 e Piccione 2002. Per una valutazione che nasce dalla pratica di giudice tutelare, Carbone 2005. Per un opposto orientamento che indica un rapporto di specialità tra le norme costituzionali il riferimento è Vincenzi Amato 1977; Amato 1977; Busnelli, Breccia 1979; Montanaro 1983.

2. *L'iter. Andata e ritorno*

La legge, per attivare il procedimento di TSO ospedaliero, prevede una richiesta medica motivata convalidata da un altro medico della Struttura Sanitaria Pubblica (oggi Azienda Sanitaria Locale), ma non vincola né rinvia per la richiesta e/o per la convalida alla formazione psichiatrica del medico, limitandosi a intendere per la prima "un medico della struttura sanitaria" e per la seconda "un medico dell'unità sanitaria locale". Sicché, se la richiesta può essere effettuata anche dal medico di famiglia, o dal medico dell'ambulanza allertata da familiari o vicini, o dallo psichiatra del DSM interpellato (quando già esiste un contatto con i servizi territoriali), la convalida viene di solito realizzata dal medico di guardia al pronto soccorso dell'Ospedale Generale di pertinenza (e solo raramente da uno psichiatra). La validità scientifica dell'atto, dunque, non è legata alla specializzazione medica e pur tuttavia è elemento dirimente che motiva l'ordinanza del sindaco. Nello spirito della legge, d'altronde, si deve evidenziare come la necessità di convalida operata da un secondo medico rispetto alla prima richiesta sanitaria risponda propriamente alla volontà di evitare qualsivoglia abuso:

> [è il rispetto dello spirito della legge] che, proprio per impedire eventuali abusi, leggerezze e certificazioni di comodo rilasciate a parenti di alienati mentali, ha richiesto l'intervento di due sanitari di diversa estrazione professionale, a garanzia sia della formulazione della diagnosi, sia della esistenza dei tre requisiti richiesti dalla legge, per limitare al massimo e solo nei casi di accertata gravità e urgenza, le conseguenze di un provvedimento limitativo della libertà personale (Vecchietti 1983, p. 89).

Nella prassi, però, anche questa garanzia sembra venire meno, soprattutto, quando il TSO riguarda quei pazienti già in contatto con i servizi territoriali: si assiste al fenomeno delle *revolving door*, per cui i trattamenti sono ripetuti quasi sempre sugli stessi soggetti, nuovi cronici di un'assistenza psichiatrica post-manicomiale.

La standardizzazione della procedura, se risponde a uno sforzo di uniformità dell'iter, mette in luce anche il rischio di una burocratizzazione della prassi che nell'eccezionalità dell'atto – come abbiamo visto sono tre i requisiti per disporre un TSO – nulla dice dell'anamnesi, che è "ricordo della persona", già imbrigliata nell'urgenza da un pregiudizio di forma e sostanza.

I moduli prestampati, infatti, assolutamente identici, si differenziano solo per la dicitura in oggetto (in un caso "proposta di TSO per il/la Sig.

…" e nell'altro "convalida di TSO per il/la Sig…") e per la dizione finale ("si richiede" da un lato e "si convalida" dall'altro il TSO). Vale la pena riprodurre lo schema della modulistica che segue l'indicazione del numero di protocollo e l'oggetto:

> Io sottoscritto dott… A norma dell'art. 34, 4° comma della Legge 23/12/1978, n. 833, certifico che il/la Sig… nat… a… il… e residente nel Comune di… in via/piazza… presenta in atto alterazioni psichiche tali… da richiedere interventi terapeutici che la persona non accetta, che sono mancanti le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestivamente idonee misure extraospedaliere. Si propone quindi il ricovero in trattamento sanitario obbligatorio presso il Servizio di Diagnosi e Cura del Presidio Ospedaliero di… data…[7].

Segue la firma del medico, di cui, come si è già detto, non viene riportata la specializzazione in quanto non richiesta dalla legge. Un altro elemento sul quale vale la pena soffermarsi è l'art. 1 comma 5 legge 180 (art. 33 comma 5 legge 833/1978) laddove si prescrive che: «Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori […] devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi vi è obbligato». Pure se connessa alla generalità dei trattamenti obbligatori (e anzi nello spirito della legge a maggior ragione per questo motivo) la disciplina interessa direttamente anche i Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale, pure nel caso di necessaria degenza ospedaliera. D'altro canto, dovendo considerarsi l'elemento volontaristico, cardine della legge, proprio sia del momento costitutivo che di quello esecutivo del rapporto o del servizio di cura (Bruscuglia 1979), tale previsione va riferita, sicuramente, anche agli atti di richiesta e convalida del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera. In tale prospettiva, sarebbe stato perciò auspicabile che, nei certificati medici, fossero esplicitate queste "iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione", dato che, nella realtà fattuale, molto spesso, o sono del tutto assenti o si risolvono nella minaccia, in caso di mancata accettazione "volontaria", del ricovero coatto. Non sembri tale richiamo di ordine esclusivamente formale, premesso che, pur essendo costitutive del dettato legislativo, anche in sede giurisdizionale sono spesso considerate di "secondo piano" ed erroneamente non "prescrittive" per l'attuazione di TSO[8]. Ma ciò che preme

7 Il modulo riportato fa riferimento a quelli adottati dalla Azienda USL 11 di Empoli, in http://www.usl11.toscana.it/pagina_0.php?pag=118%7Cmest2&118pag=118_mest&118pos=2.

8 Si veda, per esempio, il Decreto n. 1336 del 2005 emesso dal Giudice Tutelare di Cagliari. Questi è sollecitato dalla richiesta di dichiarazione di illegittimità a

lui pervenuta (da parte del fratello dell'interessato) dopo l'ordinanza del sindaco che dispone un provvedimento di TSO. Il caso è abbastanza particolare, visto che il ricorso per illegittimità del trattamento viene presentato prima della convalida del giudice tutelare e non trova un preciso inquadramento nelle modalità in cui il dettato di legge dispone sia le richieste di revoca (ultimo comma art. 33 legge 833) che quelle (in questo caso di maggiore pertinenza) del ricorso giurisdizionale (art. 35 legge 833). Nel procedimento in questione, dove la questione di legittimità è sollevata perché «il sanitario non avrebbe verificato la disponibilità del paziente a curarsi presso altri specialisti di sua fiducia; non sarebbero state presenti alterazioni psichiche tali da richiedere interventi terapeutici urgenti», il giudice tutelare respinge la richiesta presentata e convalida il provvedimento del sindaco nonostante rilevi (gravi) irregolarità: «Deve […] aggiungersi come abbia avuto rilievo, nella degenerazione del conflitto, l'atteggiamento tenuto dal dott. V., così come descritto dalle persone assunte a sommarie informazioni, secondo le quali egli ripeteva, con modalità non adeguate alla delicatezza dell'intervento, che il foglio era stato firmato e non vi era niente da fare. Deve, ancora una volta, essere richiamato il valore espresso dalla norma costituzionale (e da quella ordinaria) di rispetto della dignità della persona, esigenza primaria e assolutamente imprescindibile, che impone di evitare nella esecuzione del trattamento modalità percepite come "burocratiche"». Gli effetti di tale approccio, infatti, appaiono devastanti, avendo determinato una reazione del paziente di assoluta umiliazione nella persona, prevedibile e che lascerà tracce per lungo tempo in una psiche già ammalata e con verosimili difficoltà di un futuro rapporto terapeutico. Se quindi, un approccio terapeutico più attento alla dignità della persona, con il coinvolgimento di persone di fiducia del paziente, quale il medico di base, avrebbe portato a conseguenze meno pregiudizievoli ed umilianti per il C., per altro verso, sotto il profilo della legittimità dell'atto che il Giudice Tutelare deve valutare, devono essere richiamate, oltre che le relazioni dei sanitari, anche le disposizioni dell'infermiere professionale M. e degli agenti di polizia, i quali hanno descritto l'impossibilità per i medici intervenuti di instaurare qualsiasi dialogo con il paziente, a causa della sua condotta di netto rifiuto. Deve, in conclusione, affermarsi che il trattamento sanitario obbligatorio eseguito nei confronti di L. C., sebbene preceduto da una situazione di conflittualità che non ha certamente giovato all'approccio terapeutico con il paziente e che ha quindi pregiudicato la partecipazione dell'obbligato, sia stato eseguito, sotto il profilo strettamente giuridico, in presenza dei presupposti richiesti dall'art. 2 della L. 180/78 e debba essere quindi convalidato. Per il giudice, in definitiva, solo "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici", la non accettazione degli stessi dall'infermo e la non sussistenza delle "condizioni e delle circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere", costituiscono, "sotto il profilo strettamente giuridico", i presupposti per l'attivazione di un TSO. Garanzia dei diritti costituzionali e della dignità della persona (che pure appaiono determinanti per l'accettazione degli interventi terapeutici da parte dell'infermo), da un punto di vista procedurale, sarebbero dunque di secondaria importanza. Non crediamo si possa liquidare il decreto del giudice tutelare di Cagliari come un semplice atto amministrativo ricco di interpretazioni palesemente erronee. Esso, piuttosto, sem-

evidenziare è il rischio di una "prassi burocratizzata", con certificati praticamente fotocopia da compilare (spesso con diagnosi sommarie) e senza il dovuto controllo del secondo medico che deve autorizzarne la richiesta. I principi richiamati rischiano di essere solo delle enunciazioni formali, tanto che il medico non è tenuto neppure a indicarli di propria mano, quanto esclusivamente a vidimarli.

Lo stesso rischio di burocratizzazione, in realtà, sta nell'ordinanza amministrativa emessa dal sindaco o da un suo delegato e sono spesso utilizzati moduli prestampanti già firmati. Secondo la legge, i due certificati vanno notificati al sindaco che, dopo la verifica di legittimità, nella sua qualifica di autorità sanitaria locale[9], dispone il trattamento[10], trasmettendo a sua volta l'ordinanza, tramite messo comunale, al giudice tutelare. Prima di questa ordinanza, però, si manifesta un ulteriore punto oscuro della disciplina: non esiste, difatti, alcuna disposizione che determini cosa si debba fare nel lasso di tempo che intercorre tra la richiesta di trattamento sanitario obbligatorio firmata dai due medici e il provvedimento del sindaco: dalla lettura del testo, infatti, non si evince alcun titolo che consenta al medico di trattenere il paziente in reparto (o in ambulatorio) o di condurvelo. A meno che il medico non richiami le condizioni di urgenza per le quali, al fine di

---

bra evidenziare una difficoltà, nella prassi, dell'azione di tutela giurisdizionale, laddove, inoltre, si fa ricorso a categorie (come quella della pericolosità del malato di mente, nella sentenza esplicitamente invocata) evidentemente, non superate dalla legge di riforma. Sulla tutela giurisdizionale, art. 5 comma l, è intervenuto il Decreto Legislativo n. 150 del 2011 (Disposizioni complementari al codice di procedura civile in materia di riduzione e semplificazione dei procedimenti civili di cognizione, ai sensi dell'articolo 54 della legge 18 giugno 2009, n. 69) agli artt. 21 e 34 comma 22 lettera a, b, c, d.

9 Sul ruolo e le competenze del sindaco si rimanda al Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali, Decreto Legislativo n. 267 del 18 Agosto 2000 (Aggiornato fino alle modifiche apportate dal Decreto legge n. 78 del 19 giugno 2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125 del 6 agosto 2015, recante: "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 188 del 14 agosto 2015 – Suppl. Ord. n. 49). Si rinvia quindi agli artt. 50 (competenze del sindaco e del presidente della provincia) e 54 (Attribuzioni del sindaco nelle funzioni di competenza statale).

10 C'è da sottolineare come la legge non disciplini invece la prassi della mancata autorizzazione del sindaco, dando adito, solo per corrispondenza alla prassi sul ricorso di revoca o di modifica del provvedimento che può essere presentato al sindaco da "chiunque", ex art. 33 legge 833 commi 7 e 8, alla necessità di emissione di un'ordinanza di rigetto della proposta sanitaria.

"salvaguardare" il paziente (ed eventualmente terzi) da un pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile (nonché per l'impossibilità da parte del paziente di esprimere valido consenso), è tenuto ad adempiere il proprio dovere professionale attraverso l'approntamento dei trattamenti ritenuti opportuni e non differibili. In questo caso, e solo in questo, il medico che si adoperasse al trattamento, pur in assenza dell'ordinanza del sindaco, non sarebbe perseguibile come deriva dal combinato disposto degli articoli 51 "Adempimento di un dovere" e 54 "Stato di necessità" c.p. Qui ci basti dire che, visti gli esiti giurisprudenziali (nonché le interpretazioni di dottrina) che si sono determinati in materia a seguito della 180, emergono indirizzi anche diametralmente opposti, dove da un lato si desume dai principi della riforma una contrazione dei margini di responsabilità dello psichiatra, dall'altro si insiste sulla sua responsabilità custodialistica. Questo parrebbe in contrasto coi principi della riforma, soprattutto per quanto previsto dagli artt. 10 e 11, laddove vengono abrogate tutte le fattispecie penali figlie del precedente modello "custodialistico" (gli artt. 714, 715, 717 del codice penale nonché l'art. 716 c.p. nella parte relativa agli infermi di mente)[11]. Tuttavia, come si è rilevato, nel caso delle urgenze, si opera in una sorta di regione d'ombra dove il compito custodialistico torna prepotentemente alla ribalta. D'altro canto, è oggetto di discussione la stessa definizione di urgenza[12], e strettamente connesse a quest'ultima sono poi le questioni relative alla responsabilità professionale dello psichiatra e il ricorso alla contenzione. È punibile, ad esempio, in caso di suicidio del paziente, il medico che non abbia disposto un trattamento sanitario o ancora che non abbia ordinato, all'interno di un reparto di Diagnosi e Cura, un'adeguata sorveglianza? E queste responsabilità, sono estendibili anche all'infermiere di turno? Secondo quale proporzionalità? E se pure si riconoscesse, in base ad una presupposta beneficialità del trattamento, un dovere di garanzia del personale della struttura, è questo da limitare ai soli casi di TSO o si deve

11 Nel novero delle misure abrogative adottate dalla 180 riveste grande rilievo quella del n. 1 dell'articolo 2 e dell'art. 3 del testo unico sulle norme per la disciplina dell'elettorato attivo, che di fatto restituisce il sofferente psichico, anche se ancora internato, al diritto di voto. Il disposto, inoltre, abroga "ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge". In questo senso, seppur in modo estensivo e non condiviso da tutti i commentatori, si deve ritenere in gran parte abrogato lo stesso regolamento del 1909.

12 Anche le scuole non basagliane insistono sulla necessità di operare nette distinzioni sulla base dell'inquadramento diagnostico. Cfr. Casacchia *et al*. 2002; Cuzzolaro 1981; Colombo 1989; Casacchia 1990; Per una critica a queste distinzioni definite di valore meramente accademico ed incapaci di applicazione di fronte alla necessità di fornire comunque una risposta immediata si veda Asioli 1984.

estendere anche ai trattamenti volontari? Per le discrasie in materia si ricorda qui la sentenza n. 13241 del 12 aprile 2005, in cui la IV sezione Penale della Cassazione decidendo in merito alla responsabilità di uno psichiatra in seguito al suicidio di un paziente in trattamento sanitario obbligatorio, relativamente ai trattamenti volontari esclude la possibilità di qualsiasi attività custodiale e coercitiva del medico:

> indiscutibilmente, essendo [*omissis*] soggetto a trattamento sanitario obbligatorio, esiste la posizione di garanzia a carico dei medici della struttura, in quanto l'art. 34, comma 4, della legge 833/78 stabilisce le condizioni in presenza delle quali è consentito il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale, che costituisce *extrema ratio*, privilegiandosi il trattamento volontario […]. In tali casi, dunque, in deroga al volontarismo che ha ispirato la legge 180/78, che ha ritenuto di trasfondere in legge ordinaria il principio dettato dall'art. 32, comma 2 della Costituzione in ordine alla libertà di cura, le cui norme sono state trasfuse nella legge 833, è consentita la limitazione della libertà personale a tutela del paziente stesso (e in via riflessa, eventualmente, dei terzi), e tale tutela, a fronte di una situazione di gravità estrema e di mancata collaborazione del soggetto che non aderisca ad un trattamento volontario, non può non effettuarsi che attraverso la custodia del soggetto, e se del caso attraverso la contenzione. In sostanza se il soggetto, in stato di grave alterazione psichica, accetta di sottoporsi ad un trattamento volontario, non è suscettibile di coercizione, né conseguentemente può sorgere un obbligo di custodia nei confronti di un soggetto al quale nulla può essere imposto (Corte di cassazione - Sezione IV penale 2005, p. 2).

Fin dove si estende allora la responsabilità di custodia dello psichiatra? A quali casi?[13] E soprattutto, quali mezzi può utilizzare il medico? È lecito l'uso della contenzione come pure si evince dalla già citata sentenza 13241 della Cassazione del 2005 (e da altre sentenze di merito, oltre ad essere sostenuta, questa liceità, da alcuni autori)[14], oppure si deve intendere l'atto di legare un paziente quale prassi che contraddice i principi di fondo della riforma psichiatrica, dovendola ritenere piuttosto un fallimento dell'approccio terapeutico che non, come pure sostenuto, un «[…] un evento "doloroso", da evitare, ma comunque in alcuni casi

13 Per una prima disamina della questione si rimanda a Fornari, Jourdan 2006; Girolami, Jourdan 2001. Sul tema della responsabilità dello psichiatra si veda anche: Fiandaca 1998; Manacorda 1998; Zanchetti 2004.

14 Per una posizione quantomeno più articolata sulla liceità dell'utilizzo dei mezzi di contenzione in psichiatria, che ne accetta la pratica «se parte integrante di un trattamento e non come misura autonoma, di esclusiva prevenzione comportamentale» (Catanesi, Greco 2002, pp. 3995 e ss.).

necessario»[15]? (Ferrarini *et al*. 2006, p. 5). E seppure l'uso della contenzione derivante dalla necessità di un intervento coattivo risultasse indispensabile, chi se ne dovrebbe fare carico, il personale medico e infermieristico o le forze dell'ordine? [16]

Studi recenti mostrano la correlazione sempre più stringente tra trattamento sanitario obbligatorio e ricorso routinario alla contenzione fisica, fino a definire le modalità del TSO come profezia della contenzione[17]. Qui, in linea con le indicazioni di Franco Basaglia, riprese dalla Campagna "E tu slegalo subito"[18], si sostiene con forza l'assoluta antiterapeuticità del ricorso alla contenzione fisica e farmacologica nella cura delle persone con sofferenza psichica.

15 Per una disamina delle posizioni che negano qualsiasi liceità all'intervento contenitivo si rimanda, a Conolly 1976; Benevelli 2006; 2000. Si veda inoltre Boiardi 1996; Ciompi 1999. Sulle esperienze di contenzione si rinvia a Mislej, Bicego 2007. Infine, per uno primo sguardo complessivo che inserisce la questione della contenzione all'interno del tema più generale della riforma psichiatrica italiana, cfr. Giannichedda 2005.

16 Sulla complessità della questione si rimanda, per esempio a quanto accaduto a Torino: dopo i tragici accadimenti del 5 agosto 2015 che portarono alla morte di Andrea Soldi durante un intervento di TSO la Polizia Municipale di Torino ha emesso la Circolare integrativa n. 85 del 13 agosto 2015 e la Circolare n. 6 dell'11 gennaio 2015, consultabili: www.poliziamunicipale.it/documenti/47539/tso-e-aso. Nel frattempo nel settembre dello stesso anno il Comune di Napoli avviava – come si evince dal Comunicato Stampa della Giunta del 09 settembre 2015 – il primo corso di formazione, rivolto al personale della Polizia Locale di Napoli, dedicato al Trattamento Sanitario Obbligatorio. Il corso, cui parteciperanno in una prima fase oltre ottocento Agenti ed Ufficiali del Corpo, mira a fornire le necessarie conoscenze, in ausilio al personale specializzato delle ASL, nell'approccio di individui con problemi psichici e psichiatrici, nel caso in cui non vogliano sottoporsi o si siano sottratti alle cure mediche. Il comunicato sottolinea infine che: «Il Comando di Napoli ha provveduto all'acquisto di due scudi di contenimento in materiale assorbente gli urti, forniti dalla società *Defence System*, leader nella produzione di attrezzature e dotazioni per le Forze di Polizia. Come spiega l'Istruttore Curti Giardina "L'utilizzo degli scudi imbottiti permette di limitare gli eventuali danni agli operatori, ma anche di contenere l'azione aggressiva di soggetti pericolosi, essendo dotati di una speciale membrana interna antitaglio e resistente alle armi da punta"».

17 Cfr. Mauceri 2017.

18 Si rinvia al link della Campagna nazionale per l'abolizione della contenzione: www.slegalosubito.com, e al libro di Giovanna Del Giudice (2015).

3. *Una riforma non ancora realizzata*

Il quadro della percezione sociale della 180 appare estremamente variegato, contemplando, ai suoi antipodi, da un lato chi individua la legge come l'unica vera riforma attuata in Italia, volta all'affermazione di principi anti-custodialistici, dall'altro quanti vi hanno invece scorto l'abbandono del malato mentale e il totale collasso delle problematiche relazionali e gestionali "sulle spalle delle famiglie". Critica che trova un appiglio sostanziale nel ritardo (se non l'assenza) della realizzazione delle strutture territoriali, nell'ondivaga attenzione riservata alle problematiche della salute mentale, nella crisi delle politiche di welfare state (con una conseguente drastica riduzione delle misure di tutela sociale), nella difformità geografica di applicazione della riforma stessa (seppure implicitamente prevista dalla natura di legge quadro della 180 che delega ai piani sanitari regionali l'applicazione concreta dei suoi principi)[19], nella scarsità di fondi destinati alla salute mentale, sia da parte dello Stato che, soprattutto, all'interno dei piani sanitari regionali (con una previsione che resta ancora disattesa di destinazione del 5 per cento delle spese sanitarie regionali al comparto della salute mentale, basti pensare che la Campania investe il 2,4 per cento della spesa sanitaria).

8.777 è il numero di trattamenti sanitari obbligatori registrati nel 2015 negli SPDC. Tale cifra rappresenta l'8,8 per cento dei ricoveri avvenuti nei reparti psichiatrici pubblici. Si evidenzia il caso delle Marche, con i suoi 741 casi di TSO, dato che, rapportato al tasso per 10.000 abitanti, è pari al 5,68 per cento su una media nazionale di 1,7. Come recita il Rapporto sulla salute mentale:

> l'analisi dei tassi di ricovero può costituire una misura indiretta dell'efficacia terapeutica dei programmi riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di salute mentale. Infatti, il TSO è una modalità di intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema assistenziale efficace nella presa in carico "ordinaria" dei pazienti [anche i più gravi] (Ministero della salute 2016, p. 116).

Di fatto, l'asimmetria geografica se in parte risponde all'inefficienza e inefficacia di un sistema di presa in carico, si pensi soprattutto al sud e alle isole, poco o nulla dice di un consolidato e pervasivo sviluppo di piccole e

19 Difformità rafforzata dalla riforma del titolo V della Costituzione, Legge Costituzionale n. 3 del 2001, con la conseguente attribuzione alle regioni di molte competenze della politica sanitaria, non senza punti di attrito nella concorrenzialità di competenze tra Stato e Regioni.

grandi strutture private e convenzionate di ricovero, sulle quali non esiste il dovuto e necessario controllo.

4. *Conclusioni*

Condividiamo con la psichiatra basagliana Assunta Signorelli che l'individuazione del sindaco quale autorità a cui spetta l'autorizzazione e l'introduzione della figura del giudice tutelare avrebbero dovuto garantire, rispetto al passato, più ampi margini di tutela della persona sottoposta a trattamento sanitario. Tuttavia il TSO appare un elemento di contraddizione «dentro una pratica il cui obiettivo è l'emancipazione della persona sofferente» (Signorelli 2015, p. 226).

Cosa resta? Restano i dettami dei principi della 180, obiettivi fondamentali della riforma:

> 1. depenalizzare la malattia mentale e regolamentare il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), in un quadro di tutela dei diritti del paziente, oltre che della collettività;
> 2. favorire, con la chiusura degli ospedali psichiatrici, il recupero sociale, disincentivando la cronicizzazione del ricovero manicomiale;
> 3. suggerire un modello assistenziale allargato nel territorio, facilmente accessibile per gli utenti e fondato sull'interazione interdisciplinare di più figure professionali e di interventi integrati (Ministero della salute 2016, p. 12).

E resta ancora, nell'oscuro pronunciamento di una riflessione protesa alla visione, chiedere, parlare, lasciar raccontare e ascoltare chi soffre perché: «La storia del mondo è inscritta nella malattia assai meglio e più chiaramente e profondamente incisa che nella storia delle idee e delle istituzioni, assai più ingannevole e equivocabile e alterabile e sofisticabile che non quella dei tessuti, della carne, e del sangue, del cuore e del respiro» (Levi 1979, p. XXIX).

Se come scrive Levi: «ogni parola è figlia di un'altra e madre a sua volta» (*Ivi*, p. 8), tocca anche noi la cura di un lessico che non sia di contenzione e pietra.

«Fino a trent'anni fa il pazzo stava rinchiuso in manicomio. Ora un manicomio è racchiuso dentro il pazzo» (Cervesato 2012, p. 44) così nel racconto di chi ha vissuto l'esperienza del trattamento sanitario in SPDC.

Come superare quindi davvero il manicomio?

Per i Giuseppe Casu[20], Francesco Mastrogiovanni[21], Massimiliano Malzone[22], Mauro Guerra[23], Andrea Soldi[24] e i tanti altri di cui impareremo il nome, non sia, da ultimo, pace l'appellativo di vittime, affinché nella rubrica dell'ennesimo non siano isolati e archiviati come casi di malasanità, incidente, custodia, o peggio pericolosi e di conseguenza costi accidentali di un sistema.

In nome del popolo italiano è la formula di rito nel pronunciamento di una sentenza, il 15 novembre del 2016 la Corte di Appello del Tribunale di Salerno ha dichiarato colpevoli per la morte di Francesco Mastrogiovanni: sei medici e undici infermieri, responsabili di sequestro di persona, falso ideologico, e morte in conseguenza di altro reato. Resta e forse più profondamente, un principio di giustizia nel richiamo a quel *nomen*, che il diritto sospeso, annientato, violato, abbia per noi lo stesso dolore, il valore di pena.

Elena Cennini
Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli
(elenacennini@gmail.com)

20 Giuseppe Casu. Si rimanda al blog: www.veritaxmiopadre.blogspot.it e al primo capitolo del libro di Del Giudice (2015).

21 Francesco Mastrogiovanni. Si rimanda al sito: www.giustiziaperfranco.it e al film documentario *87 ore. Gli ultimi giorni di Francesco Mastrogiovanni* di Costanza Quatriglio. La ricostruzione critica della vicenda è in Dell'Aquila 2011. Per un primo commento della sentenza di primo grado del processo sulla morte di Francesco Mastrogiovanni (Tribunale della Lucania, 30 ottobre 2012, dep. 27 aprile 2013) si veda Dodaro 2013.

22 Massimiliano Malzone. Cfr. G. Serra, *Cilento, un altro morto in psichiatria. I familiari: «Tenuto lontano da noi»*, in «il Manifesto», 26 maggio 2015.

23 Mauro Guerra. Cfr. M. Zavagli, *Mauro Guerra, un altro caso Cucchi?,* in «il Fatto Quotidiano», 2 agosto 2016.

24 Andrea Soldi. Cfr. F. Sironi, *Andrea Soldi, cronaca di una morte psichiatrica,* in «L'Espresso», 14 agosto 2015. Si rimanda anche alla campagna "Verità e giustizia per Andrea Soldi", in www.facebook.com/veritaegiustiziaperAndreaSoldi/?fref=ts. Si segnala che a marzo 2017 il giudice per le indagini preliminari della Procura di Torino ha deciso il rinvio a giudizio per i quattro imputati.

Riferimenti bibliografici

Agamben G., 2006, *Che cos'è un dispositivo*, Roma, Nottetempo.

Amato G., 1977, *sub art. 13,* in Branca G. (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Bologna, Zanichelli.

Asioli F., 1984, *L'emergenza in psichiatria*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Benevelli L., 2000, *La pratica delle contenzioni e dell'isolamento negli Ospedali Psichiatrici e nei Servizi di Salute Mentale: aspetti deontologici, questioni di bioetica e una proposta di ricerca,* in «Il reo e il Folle», n. 0 monografico "Abuso abuso abuso", pp. 155-180.

Id., 2006, *Fare a meno della contenzione perché porte aperte e assenza di contenzioni diventino criteri discriminanti nella valutazione e nel riconoscimento della qualità e del lavoro dei DSM. Proposta di un monitoraggio nazionale,* in Catanesi R., Ferrannini L., Peloso P. F. (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria,* Milano, Giuffrè.

Boiardi E., 1996, *Perché legarle? Il progetto di azzeramento dell'uso dei vincoli del padiglione femminile dell'ex Ospedale Psichiatrico di Piacenza,* in «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. 120, n. 4. pp. 725-738.

Bruscuglia L., 1979, Commentario alla *legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori,* in *Le nuove leggi commentate*, I, Padova, Cedam.

Busnelli F., Breccia U., 1979, *Il diritto alla salute*, Bologna, Zanichelli.

Carbone E., 2005, *Habeas corpus e sofferenza psichica: riflessioni di un giudice tutelare*, in «Diritto di famiglia e delle persone», vol. 34, n. 2, pp. 611-634.

Casacchia M. (a cura di), 1990, *Urgenze in psichiatria,* Milano, Masson.

Casacchia M., Colombo G., Stratta P., 2002, *Psichiatria d'urgenza*, in Pancheri P., Cassano G. B. (coordinatori), *Trattato italiano di psichiatria*. Seconda edizione, Vol. III, Milano, Edizione elettronica Masson.

Castronovo C., 1980, *Secolarizzazione e diritto alla follia,* in «Vita e Pensiero», n. 2, pp. 16-21.

Id., 1988, *La legge 180, la Costituzione e il dopo,* in Cendon P. (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione,* Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

Id., 1990, *Dignità della persona e garanzie costituzionali nei trattamenti sanitari obbligatori*, in «Jus», pp. 179-205.

Catanesi R., Greco O., 2002, *Responsabilità professionale,* in Pancheri P., Cassano G. B. (coordinatori), *Trattato italiano di psichiatria* seconda edizione, vol. III, Milano, Edizione elettronica Masson.

Cervesato M. G., 2012, *TSO. Un'esperienza in reparto psichiatria*, Roma, Sensibili alle foglie.

Ciompi L., 1999, *L'intervento in situazioni di crisi*, in Ferro A. M., Jervis G. (a cura di), *La bottega della psichiatria. Dialoghi sull'operare psichiatrico a vent'anni dalla legge 180*, Torino, Bollati Boringhieri.

Colombo G. (a cura di), 1989, *Urgenze in psichiatria*, Padova, Cleup.

Conolly J., 1976, *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi*, Torino, Einaudi (ed. or. 1856).

Corte di cassazione - Sezione IV penale - *Sentenza 12 gennaio-12 aprile 2005 n. 13241*, pp. 1-3.
Cuzzolaro M., 1981, *L'urgenza in psichiatria,* in Redi G. C. (a cura di), *Trattato di psichiatria,* Firenze, USES.
Del Giudice G., 2015, *… e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria,* Merano, Edizioni AlphaBeta Verlag.
Deleuze J., 2002, *Che cos'è un dispositivo*, Napoli, Cronopio.
Dell'Aquila D. S., 2011, *Microfisica di un trattamento sanitario obbligatorio. Sulla morte di Francesco Mastrogiovanni,* in Esposito A., Melillo L. (a cura di), *Carta straccia. Economia dei diritti sospesi,* Napoli, ad est dell'equatore.
Dodaro G., 2013, *Morire di contenzione nel reparto psichiatrico di un ospedale pubblico: la sentenza di primo grado sul caso Mastrogiovanni*, *12 giugno 2013,* (Tribunale della Lucania, 30 ottobre 2012, dep. 27 aprile 2013), in «www.penalecontemporaneo.it».
Ferrannini L. *et al*., 2006, *Aspetti clinici della contenzione,* in Catanesi R., Ferrannini L., Peloso P. F. (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria,* Milano, Giuffrè.
Fiandaca G., 1998, *Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra*, nota a Cassazione penale, 5 maggio 1987, in «Il Foro italiano», II, pp. 107-118.
Fornari U., Jourdan S. (a cura di), 2006, *La responsabilità professionale dello psichiatra,* Torino, Centro Scientifico Editore.
Foucault M., 2007, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi (ed. or. 1975).
Giannichedda M. G., 2005, *La democrazia vista dal manicomio. Un percorso di riflessione a partire dal caso italiano,* in «Animazione sociale», n. 4, pp. 19-31.
Girolami P., Jourdan S., 2001, *Lo psichiatra e il suicidio del paziente. Viaggio attraverso le categorie giuridiche delle "obligations de sécuritè" francesi e degli obblighi di protezione,* in «Rivista italiana di medicina legale», n. 1, pp. 53-65.
Levi C., 1979, *Quaderno a cancelli*, Torino, Einaudi.
Manacorda A., 1998, *Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente. Prime riflessioni*, nota a Cassazione penale, 05 maggio 1987, in «Il Foro italiano», II, pp. 118-141.
Mauceri S. (a cura di), 2017, *"Contenere" la contenzione meccanica in Italia. Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC*, «A Buon Diritto Quaderni», n. 1.
Montanaro C., 1983, *Considerazioni in tema di trattamenti sanitari obbligatori (a proposito delle ordinanze sindacali impositive di trattamenti sanitari "non obbligatori")*, in «Giurisprudenza Costituzionale», n. 1, pp. 1168-1172.
Pellegri A., 2001, *La tutela dell'infermo psichico nel trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera in una sentenza della Suprema Corte: una giusta riaffermazione di principi ormai consolidatisi, ma non sempre adeguatamente valorizzati ed applicati dalla giurisprudenza di merito,* in «Il diritto di famiglia e delle persone», n. 1, pp. 21-40.

Piccione D., 2002, *La crisi della giurisdizione sui provvedimenti limitativi della libertà personale estranei a fini penali*, in «Giurisprudenza Costituzionale», n. 4, pp. 3157-3186.
Quatriglio C., 2015, *87 ore. Gli ultimi giorni di Francesco Mastrogiovanni,* Documentario, Durata 1h e 15m, produzione DocLab.
Ministero della Salute, 2016, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del sistema informativo per la salute mentale (SISM) 2015*, Roma, dicembre, in «www.salute.gov.it».
Signorelli A., 2015, *Praticare la differenza*, Roma, Ediesse.
Vecchietti A. M., 1983, *Salute mentale e riforma sanitaria*, Milano, Giuffrè.
Vincenzi Amato D., 1977, *Sub art 32, comma 2*, in Branca G. (a cura di), *Commentario alla costituzione*, Bologna, Zanichelli.
Id., 1988, *Il modello dei trattamenti sanitari nella legge 180,* in Cendon P. (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione,* Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.
Zanchetti M., 2004, *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione,* in Cassazione Penale, pp. 2859-2871.

Finito di stampare
nel mese di maggio 2017
da Digital Team - Fano (PU)