

Costituzione e cura della salute mentale. Il punto di vista dello psichiatra*

Pietro Pellegrini**

Dibattiti

Il libro che viene oggi presentato, dal punto di vista dello psichiatra, costituisce un'opera fondamentale, che dovrebbe essere presente in ogni dipartimento di salute mentale, in quanto passa in rassegna in modo sistematico i trattamenti medico psichiatrici, le prassi in essere analizzandone nel loro rispetto della Costituzione e in certi casi delle leggi.

Fino ad ora, un testo di questo tipo mancava. Quindi ringrazio e mi complimento con il Prof. Enrico Daly e il curatore della collana, Prof. Renato Balduzzi, per avere egregiamente colmato questa carenza.

Una carenza che si è determinata anche per la difficoltà a dare coerenza normativa al grande cambiamento intervenuto con la legge 180/1978 (poi 833/1978) e, successivamente, con la legge 81/2014, che nell'arco di 40 anni hanno portato l'Italia, unico Paese al mondo, a chiudere gli Ospedali psichiatrici sia civili che giudiziari, creando un articolato, talora disomogeneo sistema di cura di/nella/attraverso la comunità.

Se la legge 180 è coerente con la Costituzione (*in primis*, artt. 13 e 32), non lo è con il codice penale del 1930 il quale, invece, è in sintonia con la legge 36/1904 e il regolamento attuativo del 1909.

Persistono il doppio binario, la non imputabilità, la pericolosità sociale, le misure di sicurezza detentive, le quali, oltre ai profili costituzionali che lascio alle Vostre competenze, certamente non configurano le migliori condizioni per la cura delle persone con disturbi mentali. Queste sono ancora fortemente stigmatizzate e considerate pericolose a sé e agli

* Lo scritto costituisce la rielaborazione dell'intervento svolto dall'autore alla presentazione del libro di E. DALY, *Profili costituzionali dei trattamenti medico-psichiatrici* (Pisa, Pacini, 2024), tenutasi a Milano, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, il 23 ottobre 2025.

** Direttore del Dipartimento assistenziale integrato Salute mentale e Dipendenze patologiche, Ausl di Parma.

altri (in una recente ricerca della Doxa¹, il 72% degli intervistati considera le persone con disturbi mentali pericolose a sé, il 63% aggressive e violente, e il 55% pericolose per gli altri). Questo nonostante studi internazionali sui reati² (compresi i femminicidi)³ commessi da queste persone non siano affatto superiori a quelli della popolazione generale.

Alla pericolosità del malato mentale corrisponde un'inapplicabile posizione di garanzia (art. 40 c.p.) dello psichiatra chiamato ad una impossibile azione di previsione, prevenzione, controllo. Che si estende persino in ambito civile (art. 2047 c.c.) con la sorveglianza dell'incapace di intendere e volere. Il lavoro dello psichiatra va tutelato, riconoscendogli il “privilegio terapeutico” del segreto professionale assoluto.

In questo quadro un testo come quello del Prof. Daly, che richiama i fondamentali valori costituzionali di egualanza di tutte le persone, dignità, autodeterminazione, di pienezza di diritti e doveri, rappresenta un riferimento molto importante per fondare su basi costituzionali le pratiche psichiatriche.

A questo proposito, pongo all'attenzione dei giuristi quanto la Corte costituzionale ha sostenuto nella sentenza 22/2022, poi ripresa nella 76/2025, che definisce la natura “ancipite” della misura di sicurezza detentiva, la quale conterebbe al contempo una limitazione della libertà e un obbligo coercitivo alla cura.

È pur vero che nella sentenza 22/2022 la Corte Costituzionale precisa:

“5.3. – La natura “ancipite” di misura di sicurezza a spicco contenuto terapeutico che l'assegnazione in una REMS conserva nella legislazione vigente comporta, peraltro, la necessità che essa si conformi ai principi costituzionali dettati, da un lato, in materia di misure di sicurezza e, dall'altro, in materia di trattamenti sanitari obbligatori.”

Non mi permetto certo di confutare nel merito giuridico le affermazioni della Corte costituzionale, ma mi e vi chiedo su quale base per la persona con disturbi mentali non dovrebbero valere la legge 180/1978 e la legge 219/2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento.

Come si può imporre sulla base di un provvedimento penale, la misura di sicurezza detentiva, una cura (quale? come? per quanto tempo?), creando una situazione che non esiste per nessun'altra persona condannata o libera. A mio avviso si realizza una gravissima e inaccettabile discriminazione del malato mentale, contraria a molte norme internazionali e nazionali, ma anche alle conoscenze scientifiche e alle pratiche basate sui diritti e la *recovery*.

¹ E. CAROPPO, A. SANNELLA, R. CECCHI, *Femminicidio, non è follia ma violenza*, in *Quotidianosanità.it*, 8 ottobre 2025 (https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=132497).

² A. NIVOLI *et al.*, *Sulla psichiatrizzazione e imprevedibilità del comportamento violento sulla persona*, in *Riv. Psichiatria*, 2020; suppl. 1, 55 (6), pp. 33-39.

³ R. CECCHI, M. SASSANI, G. AGUGIARO, E. CAROPPO, P. DE LELLIS, A. SANNELLA, M. MAZZA, T. IKEDA, T. KONDO, V. MASOTT, *A medico-legal definition of femicide*, in *Leg. Med.*, 2022, nov., 59 (doi: 10.1016/j.legalmed.2022.102101. Epub 2022 Jun 21. PMID: 35763984).

La persona con disturbi mentali ha bisogno di una cura basata sul consenso “progressivo”, come lo definisce il Prof. Daly, sulla libertà e sulla responsabilità.

Sulla chiarezza della parola della legge. Per questo serve superare il proscioglimento per infermità mentale, il doppio binario, le misure di sicurezza, anche quella della libertà vigilata che ancora oggi, pur con i miglioramenti della legge 81/2014, può essere prorogata *sine die* come se la persona sempre pericolosa, non potesse diventare mai un libero cittadino come gli altri.

Il Prof. Daly solleva rilievi critici rispetto sia all’effettuazione degli accertamenti sanitari obbligatori, sia dei trattamenti sanitari obbligatori extraospedalieri, che personalmente trovo fondati e degni di riflessione in ambito tanto giuridico e amministrativo, quanto tecnico psichiatrico.

Ne consegue che, nel complesso e con interventi puntuali, occorre migliorare le tutele procedurali, legali ma anche coinvolgere garanti, associazioni, utenti esperti, società civile. In questo senso va la sentenza 76/2025 della Corte costituzionale. Al contempo vanno meglio definiti i diritti esigibili oltre al tipo e ampiezza di proposte terapeutiche riabilitative, anche in relazione al consenso (ad esempio rispetto ad un farmaco, oppure ad un intervento psicosociale). Se il consenso è “progressivo”, anche le proposte da condividere nel tempo della cura devono essere articolate e possibilmente diversificate. Un approfondimento va poi fatto sul TSO delle persone di minore età.

Il tema dei diritti è diventato fondamentale per il superamento del paternalismo medico in favore di un rapporto più paritario, come delineato anche dalla legge 219/2017.

Se quindi, da un lato, abbiamo strumenti non ben normati, la via del consenso deve essere sempre più quella da percorrere e per questo è essenziale che gli psichiatri siano supportati dai giuristi, dalla cultura e dall’opinione pubblica.

Si tratta di sviluppare strumenti che abbiano utilità nell’operatività, specie quando cercano di dare realizzazione al diritto alla salute di persone che, per mancanza di consapevolezza, rischiano di finire in una condizione di abbandono, isolamento e grave degrado.

Questo apre una riflessione ulteriore in quanto si pensa spesso alla salute come prodotto complesso derivante dai soli interventi sanitari, quando invece si ha una notevole rilevanza, da un lato, dei fattori individuali (genetico-biologici) e degli stili di vita e, dall’altro, dei determinanti sociali, economici, ambientali, culturali, spirituali, che richiede sempre la partecipazione della persona inserita nella comunità. Viene anche da chiedersi se non siano maturi i tempi per valutare come superare sia l’ASO che il TSO.

Oggi, grazie al convergere delle conoscenze delle neuroscienze e della fenomenologia, la mente viene considerata “incarnata” (nell’intero corpo e non solo nel cervello) e relazionale e quindi intersoggettiva e interpersonale.⁴ “In principio è la relazione” (*Io e Tu*, di Martin

⁴ D.J. SIEGEL, A. SCHORE, L. COZOLINO, *Neurobiologia interpersonale e pratica clinica*, Milano, Raffaello Cortina, 2025.

Buber) per cui non si dà una soggettività che non sia simultaneamente intersoggettività. Siamo interconnessi nella reciprocità.

Se questa è la mente, come si cura il suo funzionamento alterato e patologico, se non prendendo in considerazione tutti i fattori implicati da quelli genetici, biologici, educativi, psicologici, sociali, economici, culturali e ambientali. Un approccio olistico che ricorda quello della One Health e richiama anche altri ambiti, come si legge nella *Laudato Sì* di Papa Francesco: le co-esistenze e le co-essenze come uno degli elementi fondativi della salute.

Questo a mio avviso interroga il diritto costituzionale e, a tutti i principi fondamentali che il Prof. Daly pone all'attenzione (libertà, dignità, autodeterminazione...), aggiungerei il diritto alla partecipazione, ad essere sempre parte della comunità. Questo vale per le persone ma anche per tutti i servizi. Nessuno deve essere extracomunitario.

Il diritto alla partecipazione alla comunità, per poter dare realizzazione alla stessa alla propria persona, implica il riconoscimento unitario di tutti i diritti sociali, inscindibili da quelli di libertà, proprio nell'ottica della salute come bene individuale e relazionale non scindibile. L'abbandono o il rifiuto dell'altro hanno anch'essi un effetto di reciprocità: riverberano un "patto sociale" nel quale la salute, comprensiva anche di quella mentale, è quindi l'esito di un complesso prendersi cura nella reciprocità, di componenti biologiche, educative e sociali che valorizzino la persona sempre parte della comunità. Quindi, strumenti come i Progetti di Vita, la Recovery, il Budget di Salute trovano senso in un ambito di comunità che non abbandoni nessuno e non accetti che vi siano persone con minori di diritti e doveri o che finiscano per esserne totalmente prive. Questo rimanda alle fondamenta del "patto sociale", cioè se il suo riferimento è una società accogliente, solidale, educante e curante o viceversa una società individualista, competitiva, abbandonica, suprematista e persino razzista.

La psichiatria si confronta costantemente con i bisogni delle persone e le istanze sociali, e definisce nella concretezza delle pratiche il proprio rapporto con il potere. Quindi abbiamo tante diverse psichiatrie da quelle orientate alla liberazione, alla creatività, alla trasformazione anche dei modi di essere nel mondo fino a psichiatrie oppressive, custodiali, segreganti, ancillari alla giustizia e alle forze dell'ordine. È tema che spesso resta in secondo piano, ma ogni giorno la dinamica bisogni/istanze sociali agisce sui servizi e sui singoli operatori. Per questo i principi costituzionali sono fondamentali ed è essenziale che si sostanzino in pratiche in grado di sostenere il mandato di cura, l'unico che i Dipartimenti di salute mentale possono realizzare.

Dopo la chiusura degli Ospedali psichiatrici civili e giudiziari, l'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale è avvenuta con riferimenti diversi (Settore francese, Comunità Terapeutica inglese, i primi Centri di Salute Mentale negli USA): tutte esperienze che Basaglia e collaboratori conoscevano e che hanno cercato di attuare unendole a una spinta etica, umanitaria e politica di liberazione ed emancipazione, rifiutando le pratiche di coercizione, contenzione meccanica e privazione della libertà.

Un processo che ha permeato molti servizi, ma alcune linee di tendenza, sottilmente, quasi sotto traccia, sono sopravvissute nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (come eredità

dei reparti Osservazione dell’Ospedale psichiatrico); tanto che oltre il 90% di tali servizi è di tipo “restraint” (con porte chiuse e contenzioni meccaniche) e nelle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) permangono procedure in atto negli OPG. Ben venga quindi la critica, il richiamo alla legalità che il Prof. Daly propone prestando attenzione anche ai dettagli, come le “controverse” perquisizioni in SPDC, il ritiro dei cellulari come interventi che in nome della sicurezza possono configurarsi come lesione dei diritti. Vi è anche da augurarsi che si animi pure la spinta verso il “no restraint” e il profondo cambiamento dei SPDC e il loro superamento per un’altra psichiatria ospedaliera. Si tratta di processi non lineari, carichi di contraddizioni, di possibili avanzamenti, ma anche di pericolose regressioni, nostalgie manicomiali, neoistituzionalizzazioni (v. *Piano Attuativo Salute Mentale 2025-30*, in particolare il capitolo 3).

Colpisce per la sua radicalità la critica di Daly alla residenzialità psichiatrica, colta nella sua componente neoistituzionalizzante, privativa della libertà, povera sul piano progettuale e talora “imposta” da giudici, amministratori di sostegno o da familiari. Un sistema che sembra coniugare interessi diversi, compresi anche quelli degli Enti gestori. Un giudizio severo sul quale riflettere, specie se si tiene conto che la residenzialità assorbe circa il 50-60% delle risorse dei Dipartimenti di salute mentale.

Credo che occorra considerare che le Residenze psichiatriche, secondo il *Rapporto Salute Mentale 2023* del Ministero della Salute⁵, sono 1833 e hanno 27.768 posti (in Ospedale psichiatrico vi erano oltre 100mila degenzi), con una media di 15 posti per struttura, ma vi sono anche soluzioni polimodulari che vengono ad assommare 60-80 pazienti. Sono poi presenti Case di cura psichiatriche, che in alcune regioni, ad esempio il Veneto, hanno reparti sociosanitari per lungodegenti.

Un’analisi accurata sulla residenzialità porta ad evidenziare come la lunga permanenza sia in molti casi dipendente da povertà relazionali ed economiche, come la mancanza di care giver, casa, reddito, rapporti sociali. Le pensioni di invalidità sono ampiamente al di sotto del minimo vitale, il lavoro (pur con diverse norme di tutela) riguarda solo il 15% dei malati gravi. Poi certamente influiscono le tendenze regressive della patologia e talora delle terapie, che si sommano ad aspetti inabilitanti delle residenze, magari povere di programmi e stimoli. Il fenomeno della neoistituzionalizzazione tende quindi a ricrearsi nel momento in cui vi è una perdita della pluralità dei ruoli delle persone e tutti i bisogni vengono regolati (e quindi in parte limitati o proibiti anche indirettamente) dalla struttura, che a sua volta magari si isola sempre più dalla comunità.

Quindi, se si vuole andare verso la costruzione di un welfare di comunità generativo, occorre restituire diritti, mettere in atto interventi di capacitazione mediante Budget di salute

⁵ Ministero della Salute – Ex DGSIS – Ufficio di statistica, *Rapporto sulla salute mentale. Anno 2023*, giugno 2024 (<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettalioPubblicazioniSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=3502>).

delle persone, per realizzare Progetti di Vita e al contempo affrontare i determinanti sociali della salute.

Le Residenze devono cambiare nome e mandato diventando Servizi di Comunità e Prossimità, aperte e competenti su un territorio preciso, in grado di collegare Case della Comunità, Centri di Salute Mentale e casa della persona come primo luogo di vita e di cura. Una casa connessa, parte di un contesto di relazioni e di senso. Il modello comunitario-alberghiero non può essere quello di lungo termine. Il Progetto di Vita si deve realizzare secondo le linee guida della deistituzionalizzazione⁶; il che implica anche una profonda recovery istituzionale per creare alloggi, co-housing, portinerie, cooperative di comunità. Va cioè superato l'isolamento autoreferenziale delle strutture residenziali, in favore di un altro modello di/nella/attraverso la comunità, in linea con la legge 180. Lo auspica il Prof. Daly, il cui testo può aiutare gli operatori dei servizi di salute mentale, sostenendo le loro motivazioni anche attraverso riferimenti giuridici, aumentare la consapevolezza di utenti e famiglie e favorire il miglioramento delle competenze di giudici, avvocati, amministratori di sostegno, sindaci e, più in generale, di tutta la comunità.

Secondo la Carta di Ottawa dell'OMS (1986) le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il miglioramento dei livelli di salute deve essere saldamente basato su questi prerequisiti fondamentali. Se questi sono i pre-requisiti della salute occorre occuparsi dei determinanti sociali della salute, della povertà vitale, delle discriminazioni e delle diseguaglianze, del sovraffollamento nelle carceri, del degrado dei senza fissa dimora.

Questi vengono prima di ogni terapia, e se non si affrontano, anche le cure avranno minori possibilità di successo. Cure psichiatriche, ma anche fisiche (si pensi a un *homeless* che deve curare una polmonite al freddo invernale per strada... anche l'antibiotico potrà essere poco efficace...). Per questo sono importanti misure a sostegno delle persone, alternative alla detenzione e all'abbandono.

Laddove vi è illegalità, degrado, povertà e disperazione ciò contrasta con la salute, compresa quella mentale.

Quando si parla di salute mentale bisogna quindi invertire l'ordine dei fattori, decostruire le componenti della salute mentale e del benessere relazionale. Numero chiuso nelle carceri, condanna di ogni condizione di illegalità, garantire condizioni umane come premessa di ogni intervento sanitario. La detenzione sociale di migranti (e la loro collocazione nei CPR) e di persone che usano droghe dovrebbe essere oggetto di una riflessione sulle leggi e sugli interventi sociali prima ancora che sanitari. Un lavoro di ricerca su processi ed esiti è essenziale per una valutazione dell'efficacia delle scelte politiche e amministrative.

⁶ Nazioni Unite, Comitato sui diritti delle persone con disabilità, *Linee guida sulla deistituzionalizzazione, anche in caso di emergenza*, adottato nella ventisettesima sessione 15 agosto-9 settembre 2022 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-10/Guida-sulla-deistituzionalizzazione-Italian.pdf>).

Se tutto il lavoro del Prof. Daly si colloca in quello che è stato definito “il processo di costituzionalizzazione della persona”, in questo quadro, l’attenzione ai trattamenti medico psichiatrici può essere decisivo per il loro miglioramento.

Come insegna Victor Frankl, la via è abbracciare la speranza⁷.