

IL CONCETTO E LE PRATICHE DI COAZIONE BENIGNAⁱ

Gemma Brandi

Psichiatra psicoanalista

Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 4 e Strutture Penitenziarie Adulti Firenze

Fondatore e Direttore de 'Il reo e il folle'

I concetti stessi di coazione, coercizione, costrizione, obbligo, imposizione, risultano di per sé arroganti e molesti. Figurarsi le loro pratiche! Sparlarne è facile come bere un bicchier d'acqua. Essi si collocano, nella percezione affettiva che li cattura, agli antipodi rispetto a temi quali la libera scelta, il garbo, la moderazione, perfino la democrazia... Proprio per questo non meritano di essere liquidati in quattro e quattr'otto, vale anzi la pena di parlare di *coazione* senza arrestarsi di fronte al suo profilo maligno, intuendone e spero dimostrandone la benignità potenziale.

Quando la coazione è benigna? Tutte le volte che punta a trattenere la caduta libera di qualcuno privo di bussola, immerso in una sorta di disorientamento esistenziale, incapace di sottrarsi alla perdita di sé. Tutte le volte che contribuisce a difendere un soggetto debole da aggressioni vuoi pure inconsapevoli auto o eterolesive. Tutte le volte che si configura come disposizione di alleggerimento della coazione stessa.

E' in questa prospettiva, come vedremo, che un accertamento o un trattamento sanitario obbligatorio -e anche una contenzione fisica, allorché indispensabile- non vanno a detrimento della cura; che ben monitorate misure alternative alla pena diventano uno strumento per restituire il reo a una smarrita dimensione relazionale socialmente compatibile; che le disposizioni dell'autorità giudiziaria a tutela dei minori contesi da genitori separati evitano la distruzione della loro individualità; che una accusa portata con fermezza e benevolenza insieme può non ferire, bensì educare. L'istituto della Amministrazione di sostegno, poi, è il modello illustrativo dell'idea di coazione benigna: si tratta di una imposizione giuridica declinata in base alle specifiche esigenze del soggetto, di una coazione *ad personam*.

Nessuno me ne vorrà, ne sono certa, se esprimerò una debita gratitudine nei confronti degli psichiatri che coltivano il lavoro interdisciplinare e amano "sporcarsi le

mani” con simili scottanti temi. Si tratta di professionisti scientificamente curiosi a proposito di trasgressione psicopatologica, eccentrici rispetto a un sapere accademico e territoriale piuttosto scettico, quando non ostile, nei confronti della sofferenza psichica che si esprime per il tramite di condotte antisociali. Fino a qualche anno or sono, psichiatri qua e là per l'Italia disposti a prestare ascolto alla materia, erano purtroppo *rara avis*. Forse anche per questo gli specialisti che si prendono cura dei soggetti portatori di tale disagio in carcere davano loro un sincero benvenuto e amano oggi ricordarne lo spessore innovativo a fronte di un sistema mediamente sordo e ottuso.

D'altra parte, leggendo i quotidiani a proposito delle soluzioni qua e là ventilate circa il problema del reo folle, c'è di che sentirsi smarriti. Capita di imbattersi regolarmente in grida apocalittiche, da grande titolo giornalistico o da salotto di *Porta a porta*: “Chiuderemo gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari! Abatteremo l'ultimo muro!”. Come se il problema fosse quello di un migliaio di ospiti delle strutture di internamento del Paese! I pochissimi tra i folli che la Magistratura di merito ha ritenuto incapaci di intendere o di volere e che pertanto sono stati prosciolti dalla responsabilità del gesto, ma internati perché il loro stato psichico attuale ne sosterebbe la pericolosità. Che dire allora del 41,7% di prevalenza di malattie mentali tra quanti fanno ingresso in un carcere ordinario, come dimostra la grande ricerca effettuata nelle strutture penitenziarie fiorentine tra il 2001 e il 2002¹? I luoghi di detenzione ordinaria ospitano una quantità di sofferenza psichica almeno venti volte superiore a quella degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. E' vero che di frequente gli stessi che puntano a eliminare i luoghi di internamento, proclamano la cancellazione dei reclusori. Per affrontare il problema senza scoraggiarsi non serve una simile trasgressione speculativa, ma la decostruzione perseverante che passa per la presa in carico della sofferenza emergente. Di questo passo si potrebbe ragionevolmente confidare nella chiusura non drastica degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nel progressivo svuotamento delle carceri.

A mancare e ad essere mancata, ai tavoli di discussione nazionale sull'argomento, è la presenza di persone esperte e competenti, di contributi scientifici fondati sulla

pratica. Il problema grave in questo settore, ma direi a tutti i livelli, consiste in uno scollamento tra le pratiche e le teorie. Cosa accade in genere? Il legislatore nella migliore delle ipotesi convoca le società scientifiche accreditate, per definizione depositarie della scienza nei vari ambiti. E quelle si esprimono assai poca scientificamente al riguardo, non avendo mai prestato attenzione vera ai suggerimenti che l'esperienza ha fornito nello specifico settore in Italia.

Il tema qui sviluppato, l'utilità della coazione benigna, è una teoria, al contrario, mutuata dalla pratica. Senza dubbio le pratiche vanno sottoposte a valutazione e validazione, ma occorre che siano poi ascoltate. Sono le teorie che discendono dalle pratiche a produrre norma utile, vale a dire teoria applicabile alle pratiche. Il citato scollamento è comune, ma particolarmente nocivo nel campo qui esaminato, un campo spinoso, dove ogni frattura, come in tutti i sistemi complessi, determina inconvenienti più gravi, falle più ampie che altrove. Si tratta di riempire le brecce che si sono aperte, prestando ascolto alle persone che vi lavorano da anni, per formulare proposte sensate.

L'altro scollamento di cui siamo testimoni è quello tra il bisogno e la risposta. Le esperienze che hanno una dignità indiscussa, nel settore, sono quelle che rispondono al bisogno in cui si esprime la tendenza evolutiva delle forme della clinica nel mondo intero, vale a dire la trasgressione psicopatologicaⁱⁱⁱ. Il problema, che reclama la corrispondenza tra bisogno e risposta, va affrontato senza indecisione, in maniera non ipocrita e non influenzata dall'immobilismo ideologico che ha bloccato la salute mentale nell'ultimo decennio.

Alcuni aneddoti tratti dal lavoro quotidiano possono risultare eloquenti per delineare il rischio di separazione qui denunciato. Un educatore, appena trasferitosi in un servizio di salute mentale, confessa di avere lavorato presso la locale Società della Salute di Firenze a un programma ambiziosissimo per l'assistenza domiciliare degli anziani. E' rimasto lì un anno, contribuendo a mettere in piedi un protocollo fantastico, ma poi non sono arrivate domande di utilizzo della risorsa. Sentendosi depresso, l'operatore ha chiesto di tornare sul territorio. Un tipico esempio di predisposizione delle

risposte prima di connotare il bisogno, con il rischio che appunto non ci sia poi domanda. Un altro caso esemplare: uno psichiatra partecipa a un cosiddetto Gruppo di Osservazione e Trattamento in carcere. Una detenuta aveva appiccato il fuoco ad alcuni locali qualche settimana prima, determinando un rischio ingente per la struttura e per le persone. Si era temuto di dovere evacuare l'intera sezione femminile. Si trattava di una donna piromane, usa a commettere gesti analoghi anche all'esterno, cui pure era stato lasciato a disposizione un accendino. Lo psichiatra che aveva in carico il caso era in vacanza, ma venne raggiunto perché desse dei suggerimenti al riguardo. Chiese immediatamente cosa fosse accaduto prima del gesto, riuscendo a ricostruire a distanza la dinamica dell'evento e a darne una interpretazione. Il Gruppo di Osservazione e Trattamento cui avrebbe poi partecipato tentava di giustificare il trasferimento, lo "sballo" della detenuta in un altro carcere. Lo specialista si era già pronunciato al riguardo, sostenendo che tale scelta era l'ultima da adottare. Se fosse stata allontanata, la donna avrebbe potuto ripetere altrove il gesto, spinta dalla disperazione del confronto con un ambiente nuovo e avvertito da lei come potenzialmente ostile. Era stato proprio il forte legame che intratteneva con il personale dell'istituto fiorentino, dal medesimo sottovalutato, a spingerla all'agito delittuoso. Le difficoltà gestionali meritavano di essere affrontate all'interno. La considerazione di uno dei membri del Gruppo di Osservazione e Trattamento fu: "Ma mica possiamo pretendere che il personale, formato in un... certo modo, dia risposte per così dire raffinate a una persona simile!". Lo psichiatra contestò l'osservazione, in primo luogo perché il personale, soprattutto quello di polizia penitenziaria, reclama strumenti più adeguati per stabilire un contatto utile con persone "intrattabili", per non sbagliare; in secondo luogo perché dobbiamo cancellare la fantasia di desiderio di avere a che fare con un carcere ottocentesco. Il carcere di oggi, a Firenze, è composto per il 65% da extracomunitari, per oltre il 40% da malati di mente, di cui solo la metà viene segnalato agli psichiatri, e per almeno il 70% da persone che hanno una anamnesi positiva per tossicodipendenze varie. Occorre pertanto adeguarsi al bisogno emergente che il carcere esprime. E questo si traduce nella necessità di formare in modo

diverso anche il personale di polizia, un personale che sappia infine mettere in pratica i principi della coazione benigna.

Quella di coazione benigna è una idea abbastanza nuova nel panorama italiano della salute mentale, un panorama dominato dalla Legge 180, norma di straordinaria forza. Chi la estese aveva compreso come non si potesse rispondere in maniera semplice, quale l'Ospedale Psichiatrico ormai era, a un problema complesso, quale la malattia mentale di fine ventesimo secolo appariva, ben diversa dal quadro di fine settecento, allorché la medicina, partorendo la psichiatria, aveva preso in mano la questione dei malati imprigionati e consentito la rottura delle catene che disperatamente li vincolavano^{iv}. Fu per rispondere in maniera composita, vale a dire integrata, alla domanda di cura del portatore di sofferenza psichica che, ormai quasi trenta anni or sono, venne introdotto il concetto di salute mentale. Il concetto di salute è oggi diffuso e non ignorato dai più. La 180 lo sperimentò con largo anticipo.

Questa visionaria invenzione induce a ritenere che Franco Basaglia parlerebbe oggi in modo diverso da allora dei problemi che ci troviamo a fronteggiare. La norma del '78 permise alla psichiatria di emanciparsi dalle sue origini, dal carcere appunto, elevando un muro tra questa e dette origini, ricacciando fuori del suo ambito le turbe comportamentali, sebbene la condotta continui ad essere una delle sfere da esaminare nell'esame obiettivo insegnato a ogni psichiatra. Oggi ci sentiamo sufficientemente affrancati per scrollarci di dosso questa sorta di immobilismo ideologico, per esprimerci francamente anche sulle turbe della condotta. La coazione benigna è necessaria. Lo sa bene chi lavora da tempo in luoghi che sono luoghi di coazione maligna, maligna non perché sia maligna la gente che ci lavora, ma perché il principio della sicurezza svincolato da quello della salute produce disfunzione, quando maggiore salute comporta maggiore sicurezza, ovunque, in carcere e fuori. E' dunque fondamentale fare entrare nei penitenziari maggiore salute, perché questo comporterà maggiore sicurezza in senso lato. Servirà, inoltre, a soddisfare la esigenza di una prognosi non casuale a proposito di chi

esce dal carcere, perché gli psichiatri sono in grado di formularla, non diversamente da quando sostengono la revocabilità o meno di un trattamento sanitario obbligatorio^v.

Venendo alla questione della coazione benigna, quali sono le sue caratteristiche? Quali gli strumenti di cui dispone? Si tratta, innanzi tutto, di un sistema che non può mancare nell'armamentario di uno psichiatra. Questi ne conosce magari le singole tappe, ma lo ignora come filiera operativa.

La coazione benigna è individualizzata, inscrivendosi nello specifico progetto riguardante quella persona, e non generica, mentre la coazione carceraria, ad esempio, è uno strumento applicato in maniera indistinta. E' pur vero che il trattamento penitenziario dovrebbe essere individualizzato, ma di fatto è tale soltanto nella concessione di benefici esterni. La coazione benigna è somministrata in maniera umana e non crudele, mentre dormire in una cella destinata ad ospitare un detenuto in cinque persone con il quinto materasso in terra è disumano. La coazione benigna è necessaria e non gratuita. Infine, essa si fonda su un agire interdisciplinare.

La sua adozione consente il transito dalla ideologia del non abuso alla teoria del non abbandono. Lo straparlare ideologico ha rischiato, nell'ultimo decennio, di oscurare pratiche fortissime, pratiche assai più affidabili della traduzione ideologica che se ne fa e che risulta largamente responsabile dell'abbandono del malato.

Quali sono gli strumenti utilizzabili del sistema dotati delle caratteristiche descritte? In primo luogo, accertamento e trattamento sanitari obbligatori. Il Dipartimento di Salute Mentale di Firenze ha dedicato un quinquennio alla realizzazione di una procedura sulla materia, condivisa da Procura della Repubblica, Tribunale, Tribunale per i minorenni, da tutti i Dipartimenti di Emergenza che non fossero psichiatrici, dalla Conferenza dei Sindaci. Si tratta di uno strumento valido per l'intera Azienda Sanitaria, che permette di utilizzare la norma in maniera estesa e coerente. La Legge 180 ha bisogno, in proposito, di essere accuratamente letta e interpretata per scoprire nelle sue pieghe le ampie e variegate possibilità di ricorrervi. Essa consente, ad esempio, la effettuazione di trattamenti sanitari obbligatori extraospedalieri, ben poco

adottati. Questi, usati nella ottica preventiva di chi rifiuta l'abbandono, subiscono una necessaria e salutare rivalutazione^{vi}.

Altro dispositivo vigente dal 2004 è l'Amministrazione di sostegno. Quando si era costretti a utilizzare desueti istituti di tutela come la interdizione e la inabilitazione, capitava che si agisse a dispetto dei principi di salute. Si finiva per trascurare l'interesse delle persone sofferenti piuttosto che interdirlle per far sì che fosse firmata una domanda di pensione cui il soggetto, pur nullafacente e privo di risorse, si opponeva, tanto per fare un esempio; oppure si sconfinava nell'abuso promuovendo l'interdizione unicamente per tale motivo. Quei residui normativi del tempo andato rispondevano ormai ai criteri distintivi della coazione maligna, essendo appunto generici, crudeli, gratuiti. L'armamentario oggi disponibile è straordinariamente evoluto, giacché l'Amministrazione di sostegno ha invece il profilo della coazione benigna. A Firenze, dove di è riusciti a istituire, nell'immediatezza del varo della legge, un tavolo interistituzionale -tutto quello che riguarda la coazione benigna è interistituzionale e interprofessionale- i passi fatti nella adozione capillare della procedura condivisa messa a punto sono stati da gigante^{vii}.

A proposito di interprofessionalità, chi si occupa di salute mentale sa bene di non poterlo fare senza una collaborazione interprofessionale. Tanto più se si parla di salute mentale in carcere, ambito elettivo in cui declinare la coazione benigna. Quando leggo sulla stampa che, tutto quello che si ha in mente per migliorare il trattamento dei rei folli, è ampliare il numero di psichiatri attivi nei penitenziari, rabbrivisco! I soli esponenti della salute mentale nelle prigioni italiane sono gli psichiatri, benché il loro numero non sia sufficiente. Oh sì, ci sono anche gli psicologi, ma la organizzazione psicologica delle carceri risponde a un principio di giustapposizione davvero incomprensibile: altro che integrazione! Nel carcere di Firenze, ad esempio, ci sono almeno quattro diversi microservizi psicologici: Nuovi Giunti, Trattamento, Presidio, oggi confluito nel Ser.T., Disagio Psicico, poi diventato Retintergrare. Ciascuno di questi organismi fa qualcosa, personalmente non saprei descrivere bene cosa, sovrapponendosi agli altri e al Servizio Psichiatrico. Quanto sto dicendo sarà da taluni inteso come una

bestemmia, ma è la pura verità. Gli educatori, poi, presenti in carcere non svolgono certo le funzioni di riabilitazione riconosciute nel Servizio Sanitario Nazionale all'analogia figura professionale. Essi lavorano per il Gruppo di Osservazione e Trattamento e per il Tribunale di Sorveglianza, al pari degli assistenti sociali, non a caso facenti capo dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna. Tutti questi professionisti -psicologi, educatori, assistenti sociali- che con gli psichiatri e gli infermieri compongono la équipe di salute mentale del territorio, svolgono negli istituti di pena compiti importantissimi ai fini della valutazione e della sicurezza, vera *mission* del carcere, ma non sono organizzati per rispondere ai bisogni di cura e assistenza -penso alla funzione di segretariato sociale, indispensabile al soggetto bruscamente privato della libertà, specie se malato di mente, una funzione del tutto assente nei reclusori, dove la si affida al buon cuore occasionale del volontariato^{viii}. A mancare nei reclusori non sono quindi gli psichiatri, ma la salute mentale, ad esempio infermieri in grado di effettuare l'adeguata sorveglianza sanitaria di cui ha bisogno una persona portatrice di sofferenza mentale acuta, magari in regime di trattamento sanitario obbligatorio, se necessario.

Il penitenziario necessita anche di altre risorse per costruire salute mentale. Pensiamo al diritto di esprimersi in lingua tedesca dell'altoatesino affetto da disturbi psichici, internato o detenuto, reclamato dagli organi della salute di quel territorio. Non c'è niente di sciocco o sciovinista in questa esigenza. Chi lavora in carcere e ha a che fare con un numero elevatissimo di stranieri -nell'istituto fiorentino costituiscono il 65% dell'intera popolazione-, riconosce come sacrosanto il diritto a una comunicazione che non ignori specificità linguistiche e culturologiche^{ix}. Una delle questioni da porre con urgenza al Ministero della Giustizia, nel rispetto dei principi della coazione benigna, è quella di territorializzare il problema, almeno quando la privazione della libertà investe soggetti portatori di sofferenza psichica: che l'altoatesino e il trentino malati di mente siano ospitati nelle carceri della loro Regione, e non spediti a Trani o a Firenze. E per gli internati, che senso ha destinare il solito altoatesino a Barcellona Pozzo di Gotto piuttosto che a Castiglione delle Stiviere, dove già incontrerebbe problemi, ma forse

minori? Deportato a una distanza pressoché incolmabile, inoltre, non riceverà la visita di alcuno. Quindi territorializzazione ad ogni costo del problema, con i servizi territorialmente competenti per la presa in carico futura del cittadino pronti a fare ingresso in istituto.

D'altra parte, il recente passaggio della Sanità Penitenziaria ai Servizi Sanitari Regionali [Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri/1 Aprile 2008] porterà dei vantaggi certi in termini di salute e dunque di sicurezza interne, se baderà a non separare il territorio-carcere dal territorio in cui il carcere insiste, bensì estenderà a questo lembo di città l'assistenza e le cure riservate ai cittadini le cui case si affacciano sul reclusorio. L'errore più grande, che confermerebbe la organizzazione attuale, anche se gestita dal Servizio Sanitario pubblico anziché dalla Sanità Penitenziaria, sarebbe quello di istituire servizi di salute mentale separati per le prigioni e di rintanarvi degli operatori, mentre il carcere va stanato, con una spinta straordinaria, dagli esiti imprevedibili, verso la evoluzione della pena.

Del sistema della coazione benigna fanno parte anche le alternative all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. In questo settore occorre lasciarsi guidare da quella che ho definito decostruzione perseverante. Vi rientra a pieno titolo la strategia della Regione Toscana, dove è stata realizzata una struttura che ospita internati e detenuti malati di mente residenti dapprima nella Azienda Sanitaria di Firenze, dal 2007 nell'Area Vasta Centro del territorio regionale, vale a dire anche nelle province di Prato, Pistoia, Empoli. L'esperienza ha consentito di abbattere il numero di persone internate negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari del Paese provenienti dall'area riguardata. L'Azienda Sanitaria di Firenze, con una popolazione di ottocentocinquantamila abitanti, contava sedici internati nel 2000, adesso ve ne sono otto di internati e potrebbero essere due, se la struttura, per la quale dal settembre 2001 sono transitati cinquantatre soggetti, non dovesse rispondere attualmente a un territorio troppo esteso rispetto alla realizzazione previsionale. Ci sono aree italiane che hanno all'incirca lo stesso numero di abitanti e contano però sessanta internati. Si può affermare che il problema dell'Ospedale

Psichiatrico Giudiziario è un problema decostruibile anche grazie alle sentenze della Corte Costituzionale che permettono di trovare alternative alla misura di sicurezza a monte della sua applicazione. Si tratta di una istituzione smantellabile evitando gli invidiabili e intervenendo a valle, in altre parole abbreviando i tempi di permanenza degli ospiti lì, quando possibile. Non occorre pertanto chiudere l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, ma lavorarci intorno in maniera sistematica, con metodo e con il preciso obiettivo di riuscire a farne tendenzialmente a meno*.

Una diversa e più avveduta cura occorre prestare, nel campo del diritto di famiglia e della tutela del minore, ai bambini contesi nelle separazioni difficili, dove sempre più frequentemente si assiste a drammi traumatizzanti. Capita che i genitori contendenti siano dei professionisti dotati che non recedono di fronte alla tentazione di strumentalizzare il figlio per farla pagare all'altro genitore e comunque per rinviare la trattazione della questione economica, che preme loro più di altre, per quanto sostengano il contrario. Il campo consente l'applicazione di strumenti, per quanto modesti, di coazione benigna. Il giudice ha la discrezionalità di operare in detta direzione: può affidare o non affidare un bambino a un genitore o a entrambi, può affidarlo ai servizi sociali. Qui però si disperdono le sue *chances*, perché non vi sono strutture pensate per ospitare tali bambini che fanno esclamare: "Meglio orfano che conteso!". E' questo un ambito che reclama la messa a punto di strumenti di coazione benigna più forti degli esistenti, a partire dalla anticipazione delle decisioni del Giudice su questioni patrimoniali, al di qua degli accordi tra le parti, in modo che si eviti che i figli si trasformino nell'argomento preliminare, quando la spartizione economica, così irrilevante per i piccoli e che tanto preme agli adulti, viene rinviata di anno in anno. Questa procrastinazione mantiene vive nell'ombra speranze risarcitorie o liquidatorie, che si possono supporre ben più importanti per i genitori, checché ne dicano, della assegnazione della prole.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Brandi G., *Coazione Benigna: quid tum?*, ne *Il reo e il folle* N° 24-25-26, 2006.
- 2 Tomasi R., Brandi G., Iannucci M., Gervasi R., *Valutazione dei problemi di salute mentale dei detenuti nella Casa Circondariale di Firenze Sollicciano e degli osservandi nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino*, ne *Il reo e il folle* N° 30-31, 2008.
- 3 Brandi G. *OI IAPABANTEΣ. La condizione marginale tra necessità e scelta. Il vissuto trasgressivo tra scelta e coazione a ripetere*, ne *Il reo e il folle* N° 2, 1996.
- 4 Brandi G., *Dalle 'pazzerie' all'avvento del potere-sapere penitenziario*, ne *Il reo e il folle* N° 11, 1999.
- 5 Brandi G., *Il carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario: tappe potenziali del sistema delle coazioni benigne per i portatori di sofferenza psichica. Dalla complicazione occasionale alla composizione competente per rispondere alla complessità*, ne *Il reo e il folle* N° 30-31, 2008.
- 6 Brandi G., *Il Gruppo di Lavoro Psichiatria e Giustizia (G.L.P.G.) dell'Azienda Sanitaria di Firenze*, ne *Il reo e il folle* N° 16-17-18, 2001.
- 7 Brandi G., *La Legge sulla Amministrazione di sostegno in Toscana: di un convegno, di un tavolo, di un corso*, in *Il cittadino e l'Amministrazione di sostegno*, CESVOT, 2005.
- 8 Brandi G., *Utilità della coazione benigna*, ne *Il reo e il folle* N° 27-28-29, 2007.
- 9 Frigieri M., *Attraversando i confini della disciplina culturale*, ne *Il reo e il folle* N° 30-31, 2008.
- 10 Iannucci M., *Il Progetto Eracle come prototipo di un sistema interistituzionale e interprofessionale nella gestione della folle aggressività. Presentazione della SRP 'Le Querce' e risultati dell'esperienza all'aprile 2007*, ne *Il reo e il folle* N° 27-28-29, 2007.