



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL PIEMONTE

Difensore Civico

Alla cortese attenzione
del Dottor
Fulvio Moirano
Direttore Regionale della Sanità della
Regione Piemonte

Alla cortese attenzione
del Dottor
Vittorio De Micheli
Responsabile Assistenza Socio
Sanitaria Territoriale della Regione
Piemonte.

E p. c. Alla cortese attenzione
del Presidente del Consiglio
Regionale del Piemonte
Mario Laus

E p.c. Alla cortese attenzione
del Presidente della Giunta
Regionale del Piemonte
Sergio Chiamparino



Relazione del Difensore Civico avente ad oggetto i risultati dell'indagine conoscitiva promossa di ufficio sulle fonti regolamentari e sulle prassi applicative adottate nella Regione Piemonte con riferimento ai Trattamenti Sanitari Obbligatorii

In conseguenza del noto avvenimento occorso nella nostra città lo scorso 5 agosto quando il signor Andrea Soldi, sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, decedeva nell'immediatezza dell'esecuzione dell'intervento coercitivo in circostanze e per cause il cui accertamento è in corso da parte della Procura della Repubblica di Torino questo Ufficio ha avviato lo scorso 25 agosto un'indagine conoscitiva¹ avente ad oggetto i contenuti delle linee guida, delle circolari e dei protocolli della Regione Piemonte e del Corpo di Polizia Municipale di Torino dedicate alla disciplina degli interventi di autorità in tema di Trattamento Sanitario Obbligatorio ed Accertamento Sanitario Obbligatorio.

L'indagine è stata effettuata sulla scorta della previsione normativa contenuta nell'articolo 3, Il comma, della Legge Regionale del Piemonte numero 50/1981 (diritto di iniziativa autonoma dell'Ufficio del Difensore Civico a fronte di casi di particolare rilievo) nonché del disposto dell'articolo 1 della Legge Regionale del Piemonte numero 47/85 (facoltà di intervento del Difensore Civico nei confronti degli Organi Amministrativi del Servizio Sanitario) ed infine della potestà di iniziativa a tutela delle persone portatrici di minorazione fisica, psichica o sensoriale accordata ai Difensori Civici dalla Legge 5 febbraio 1992 numero 104 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Essa ha lo scopo di accertare se le fonti regolamentari e/o le prassi applicative adottate nella nostra Regione con riferimento ai trattamenti eseguiti senza il consenso nei confronti di soggetti sofferenti per patologia mentale siano o meno rispettose dei diritti fondamentali della persona sanciti dalla Costituzione e dalla Legge ordinaria.

¹ Allegato A)

In data 31 agosto scorso perveniva la risposta del Comandante della Polizia Municipale dottor Alberto Gregnanini² e, in data, 16 settembre, quella del Dottor Fulvio Moirano, Direttore Regionale della Sanità³.

Prima di passare all'esame della documentazione pervenuta pare utile operare una breve ricognizione delle fonti normative di rilievo nazionale, sottolineando nell'incipit che il tema dell'uso della forza nei confronti dei pazienti psichiatrici è assai complesso ed ambivalente, tenuto conto per un verso della necessità di far fronte all'esigenza di sicurezza di chi cura, per altro verso della tragedia di chi è curato, ancora oggi in troppi casi sottoposto a misure cui la nostra coscienza etica si ribella.

Quella dell'assistenza e delle cura dei "matti" è infatti branca irrisolta della moderna scienza medica: molti, tra i non addetti ai lavori, pensano che la legge 180 del 1978 (cui a causa di un persistente equivoco si continua a far riferimento come alla "Legge Basaglia") abbia definitivamente cancellato le misure restrittive della libertà fisica dei ricoverati, in primis la contenzione, ma purtroppo non è così.

D'altro canto è ancor oggi opinione corrente quella di una maggior pericolosità del sofferente psichico rispetto alla "persona normale": al contrario, l'aggressività violenta (che non va confusa con una generica irregolarità comportamentale) si manifesta solo in rari casi e non consegue automaticamente a qualsivoglia patologia di natura psichiatrica. Ciò nonostante, il rischio che essa possa essere agita in occasione della sottoposizione del malato ad un trattamento *obbligatorio* è insito nella natura stessa dell'intervento che, per definizione, è connotato da una forzatura della libertà di autodeterminazione del paziente.

A ciò si aggiunga che dal 1978 ad oggi la accesa discussione tra gli psichiatri che aderiscono, praticandola, alla prospettiva radicale della definitiva abolizione della contenzione nei Dipartimenti di salute mentale⁴ e quelli gradualisti che ne invocano la progressiva riduzione fin ad arrivare all'azzeramento (nel frattempo continuando ad utilizzarla)⁵, non si è mai affievolita. Con ciò determinandosi anche una vera e propria

² Allegato B)

³ Allegato C)

⁴ La posizione "no restraint" è ben esemplificata da Giovanni Rossi e Lorenzo Toresini in "SPDC aperti e senza contenzione per i diritti inviolabili della persona" nel volume collettaneo a cura di Stefano Rossi "Il nodo della contenzione", pagina 273 e ss

⁵ Per contro le ragioni della posizione gradualista sono rintracciabili nel contributo di Antonio Amatulli e Stefania Borghett "la contenzione in psichiatria tra etica e pratica: solo tesi e antitesi", nel volume collettaneo sopra citato, pagina 251 e ss

diaspora, in primo luogo culturale ma poi anche operativa, su quale debba essere il ruolo dello psichiatra in occasione dell'esecuzione di un TSO.

Venendo al tema oggetto della presente relazione, va subito segnalato come, nel disciplinare il TSO, il legislatore ordinario abbia avuto a cuore misure poste a garanzia del malato prima ancora che della collettività.

Lo si ricava dalla previsione di una doppia certificazione medica e di una motivata e tempestiva convalida giudiziaria con durata massima certa, esigendo altresì una triplice condizione: l'urgenza terapeutica, il rifiuto di cure da parte del paziente, l'impossibilità di adottare tempestive misure extraospedaliere (art. 34 Legge 833/78).

La circostanza che la legge esiga, fino all'ultimo istante, iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione del soggetto obbligato ci indica, inoltre, che il provvedimento di TSO, pur legittimando l'uso della forza, raccomanda agli operatori di ricorrervi solo in casi eccezionali, escludendo dunque che lo si possa assimilare ad un provvedimento di ordine pubblico,

Certo la legge consente (sia pur implicitamente) che, nel caso in cui gli sforzi rivolti ad ottenere il consenso del soggetto malato di mente si siano rivelati infruttuosi, possa essere praticato un quid di forza fisica nel corso dell'esecuzione del provvedimento: con quali modalità, con quali accorgimenti, con quali prescrizioni, l'uso della forza potrà però essere declinato nei confronti della persona soggetta all'esecuzione del provvedimento ?

Il legislatore del 1978 rimase silente sul punto, verosimilmente per il timore che la introduzione di una regolamentazione potesse legittimare surrettiziamente ciò che purtroppo era appartenuto alla storia della manicomialità, volendo la riforma escludere, in linea di principio, l'uso abitudinario del ricorso alla forza nel trattamento dei malati.

I limiti allo stato di soggezione che deriva al paziente dall'esecuzione del TSO vanno dunque rintracciati, senza tappe intermedie, nella nostra Carta fondamentale che, al secondo comma dell'articolo 32, pone quale sbarramento alla libertà del legislatore il principio del **rispetto della persona umana, nella sua integralità**, confermando -con maggior perentorietà- il principio già affermato dall'articolo 27 con riferimento all'esecuzione della pena e dall'articolo 13 per ogni ipotesi di restrizione della libertà personale.

Autorevolissima dottrina⁶ ci ricorda, che il secondo comma dell'articolo 32, utilizzando l'espressione **“non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”** realizza **“. . . una delle dichiarazioni più forti della nostra costituzione. . . pone al legislatore un limite invalicabile, più incisivo ancora di quello previsto dall'articolo 13 per la libertà personale, che ammette limitazioni sulla base della legge e con provvedimento motivato del giudice. Nell'articolo 32 si va oltre. Quando si giunge al nucleo duro dell'esistenza, alla necessità di rispettare la persona umana siamo di fronte all'indecidibile. Nessuna volontà esterna, fosse pure quella coralmente espressa da tutti i cittadini o da un Parlamento unanime, può prendere il posto di quella dell'interessato . . . “**.

Anche dalla lettura dei resoconti della discussione dedicata alla formulazione dell'articolo 32, si ricava l'intenzione dei costituenti di rimarcare la perentorietà della norma: essi, **“dopo aver in un primo momento definito il limite invalicabile attraverso il riferimento alla dignità, ritennero più forte il richiamo alla personalità umana, approdando infine alla formula più diretta e non equivoca del rispetto della persona umana”**⁷

Dunque il rispetto della persona non è soltanto il limite posto dai Costituenti al legislatore ordinario ma anche la chiave interpretativa -cogente nell'operatività- delle modalità di esecuzione del trattamento obbligatorio.

D'altronde si è anche, del tutto condivisibilmente, osservato⁸ che, la tutela dei diritti della persona del malato deve essere massimamente presidiata proprio perché questa si trova già a fronteggiare l'aggressione del male che l'ha colpita e deve dunque godere di una rinforzata protezione.

Quali conclusioni trarre da una lettura costituzionalmente orientata⁹, **ispirata dunque al rigoroso rispetto della persona nella sua integralità**, dell'articolo 34 della legge 833 del 1978 ?

Pare a chi scrive che gli unici criteri idonei a legittimare, sotto il profilo del principio del rispetto della persona, l'uso della forza in sede di TSO -così come più in generale nel

⁶ Stefano Rodotà, Il diritto ad avere diritti, pag 256

⁷ Ivi

⁸ Marco Azzalini, Spigolature in tema di contenzione della persona capace, nel volume collettaneo sopra citato, pagina 195

⁹ Come ricorda F. Maisto in Invecchiare nella garanzia dei diritti, pagina 140 “Contro la Costituzione non vale alcun protocollo, non vale alcun regolamento, non vale alcuna legge”

corso del ricovero- siano quelli della **eccezionalità, della residualità e della massima riduzione possibile della sua invasività nei confronti del corpo della persona trattata**: in un'ottica siffatta la coazione fisica potrà essere utilizzata solo se indispensabile per fronteggiare reazioni aggressive del paziente e, comunque, a condizione che ne venga dispiegato il minor quantitativo possibile e per il minor tempo possibile.

Ancor più eccezionale il ricorso alla contenzione meccanica¹⁰ giacché essa, implicando il protrarsi del blocco del corpo del paziente, determina un vulnus anche alla libertà personale e non solo a quella di autodeterminazione.

Certo il giurista, riflettendo sul mutismo della legge 180 in tema di regole limitative in sede di applicazione del TSO, non può esimersi dal coltivare un dubbio di costituzionalità per omesso rispetto della riserva di legge: la Corte Costituzionale ha infatti stabilito¹¹ che in tema di atti amministrativi invasivi della libertà personale occorrono norme legislative che determinino nel contenuto e nelle modalità, sia pure con formule elastiche, le limitazioni della libertà dei cittadini.

Esaurita la disamina della legislazione nazionale, per la cui inevitabile sommarietà ci si scusa, occorre ora passare al vaglio del documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, fatto proprio dalla Regione Piemonte con Deliberazione della Giunta Regionale 29 marzo 2010, trasmesso a questo Ufficio dalla Direzione della Sanità Regionale con nota del 16 settembre scorso.

Esso osserva, in sede di premessa, che ogni forma di intervento sanitario sottratto al consenso del paziente viene considerata dal nostro legislatore (si veda, in particolare, la previsione dettata dall'articolo 33 della Legge 833/78) **“un'eccezione di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano”**. . . e che **“la prospettiva migliore in cui affrontare e risolvere le difficoltà che si incontrano nella gestione degli interventi psichiatrici obbligatori è quella che nasce dalla loro collocazione nell'ambito della totalità della psichiatria. . .”** con la conseguenza che **“soltanto soluzioni adeguate dei problemi della rete dei servizi di salute mentale rendono credibile l'impegno, cui ci sollecita la legge, a riportare nell'ordinaria**

¹⁰ In questa relazione non viene affrontato l'ancor più complesso tema della contenzione meccanica in sede di ricovero

¹¹ La sentenza è la 115 del 7 aprile 2011

modalità di gestione del bisogno psichiatrico gli interventi fatti senza il consenso del paziente”

Ambizione questa che dovrebbe essere accompagnata, in ciascuna Regione, dalla predisposizione di un coordinamento di tutte le Istituzioni coinvolte (Comune, Polizia Municipale, Pronto Soccorso, 118 ecc.), chiamato a provvedere alla stesura di protocolli applicativi condivisi e ad attivare programmi di formazione interprofessionale allo scopo di favorire la condivisione delle competenze necessarie.

Si tratta di un impegno programmatico di significativo rilievo, encomiabilmente indirizzato a colmare il silenzio della normativa nazionale attraverso la promessa di indicazioni operative certe, a garanzia sia dei pazienti che del lavoro degli operatori.

Superata la lettura della premessa si rimane però delusi dall'assenza, nello sviluppo dell'elaborato, di indicazioni più approfondite riguardanti la fase della esecuzione del TSO: le prescrizioni si mantengono infatti in un ambito di estrema genericità, delegando ai protocolli applicativi locali l'enunciazione di quelle regole che sarebbe opportuno invece suggerire per l'intero territorio nazionale.

Una questione appare ben più rilevante delle altre ed è quella che appare suscettibile - se non chiarita- di ingenerare pericolose incertezze : **chi è il soggetto che ha la responsabilità dell'intervento di TSO e che, dunque, è chiamato a decidere il se, il come ed il quando dell'eventuale uso della forza ?**

Sul punto il Documento della Conferenza delle Regioni stabilisce (foglio 6): “La titolarità della procedura di TSO appartiene alla Polizia Municipale in tutta la fase di ricerca dell'infermo e del suo trasporto al luogo dove inizierà il trattamento; al personale sanitario spetta la collaborazione per suggerire le precauzioni opportune per rendere meno traumatico il procedimento e per praticare gli interventi sanitari che si rendessero necessari. La collaborazione tra le due componenti permetterà di conciliare sicurezza e qualità dell'assistenza. . . La Polizia Municipale esercita ogni sollecitazione necessaria per convincere il paziente a collaborare nel rispetto della dignità della persona.”

L'affermazione di una “titolarità” della procedura in capo alla Polizia Municipale, pur se evocativa della necessità di una “*collaborazione tra le due componenti*” sembrerebbe indicare come, in una siffatta impostazione, il soggetto chiamato ad assumere la decisione sull'uso della forza e, successivamente, a dirigere le operazioni, debba essere un

appartenente al corpo di Polizia Municipale mentre al personale sanitario spetterebbe solo la facoltà di “*suggerire precauzioni*”.

Sul tema, formulando regole del tutto dissimili da quelle or ora esaminate, era in precedenza intervenuta una circolare del Ministero dell’Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza – del 22-3-96, osservando:

*“Premesso che **il prelievo ed il trasporto del malato di mente dal domicilio al luogo di cura** è da intendersi ormai come mera operazione sanitaria rivolta alla tutela della salute e dell’incolumità dell’alienato, la stessa è **di competenza del personale medico e paramedico** e dovrà essere effettuata alla stregua di qualsiasi altro ricovero ospedaliero a mezzo dei servizi di ambulanza esistenti e disponibili in sede locale.*

Essendo però il soggetto affetto da una ‘patologia particolare’, capita spesso che egli non collabori al ricovero, rifiutando persino di salire sullo speciale mezzo che dovrà tradurlo all’apposita struttura. Si tratta, a questo punto, di stabilire a chi spetti di intervenire sul paziente obbligato alla terapia per eseguire l’ordinanza sindacale, caratterizzata dall’urgenza e dall’immediatezza.

In considerazione del fatto che la legge demanda espressamente ai servizi psichiatrici l’attuazione degli interventi di cura e che il paziente ha assunto la veste di ammalato e tenuto conto del carattere precipuamente sanitario della procedura di trasferimento del predetto, ne discende che il potere-dovere di ricorrere alla coercizione fisica che si rendesse necessaria spetta innanzi tutto al personale specializzato medico ed infermieristico.

Del resto è evidente che anche l’atto materiale con cui si concretizza la “cattura” nei confronti di un soggetto malato di mente, trattandosi appunto di un malato particolare, richiede particolari cognizioni tecnico-scientifiche, talché può essere compiuto nella maniera più idonea soltanto dal personale sanitario cui il paziente è affidato e che meglio di chiunque altro è in grado di valutare, sempre nell’ottica del superiore interesse terapeutico per cui è chiamato ad agire, le modalità cui deve in pratica adeguarsi siffatto specifico intervento diretto a forzare la personalità dell’ammalato.

Qualora il personale infermieristico, nonostante i tentativi esperiti, non riuscisse ad evitare il rifiuto al ricovero per opposizione attiva del malato ben potrà rivolgersi ai Vigili Urbani o Vigili Sanitari ai quali è consentito fare uso della forza, avendo essi il dovere di contribuire, come dipendenti dal Sindaco, all’esecuzione dell’ordinanza emanata dal

predetto in qualità di autorità sanitaria locale. Nei termini sopra descritti appare corretta la procedura prevista oggi dalla legge per il ricovero coatto del malato di mente”.

Pare a chi scrive che le tesi esposte dal Ministero dell’Interno possano essere ritenute condivisibili nella parte in cui assegnano al medico la responsabilità delle decisioni da assumere: **il ruolo del sanitario non può essere infatti inteso alla stregua di una consulenza specialistica in favore di altri soggetti chiamati all’uso della forza ma si articola necessariamente in una valutazione della condotta del paziente in relazione alla patologia che egli manifesta, con conseguente scelta, in sede di TSO, dei rimedi più appropriati alla malattia, al tempo ed al luogo dell’intervento.**

Diversamente ragionando si attribuirebbe alla procedura di TSO una valenza di ordine pubblico che non le è propria, assimilandola all’esecuzione di un provvedimento restrittivo della libertà personale. Il che è certamente in contrasto sia con la previsione della legge ordinaria sia con il principio, più volte richiamato in queste pagine, posto dalla Costituzione a tutela del malato.

Per quanto attiene infine alla documentazione trasmessa dal Comandante della Polizia Municipale del Comune di Torino, viene in rilievo particolarmente la circolare operativa numero 180 del 2 dicembre 2009.

Essa, alla scheda 6, formula alcune condivisibili¹² raccomandazioni di carattere generale indirizzate agli agenti di Polizia Municipale chiamati ad operare in sede di TSO, pur mostrandosi ambigua con riferimento al tema di chi debba essere il soggetto chiamato a dirigere le operazioni di TSO anche nella fase eventuale in cui si manifesti la necessità dell’uso della forza.

Il contenuto di alcune delle indicazioni presenti nella circolare numero 180 evidenzia ulteriormente l’urgenza di un confronto e di una elaborazione comune tra i soggetti istituzionali (in primis i Responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, i Sindaci, la Direzione Sanitaria Regionale) chiamati alla gestione dei trattamenti obbligatori, pena una rischiosa confusione riguardante l’attribuzione delle competenze.

¹² In particolare laddove rammenta che l’uso della forza deve sempre essere commisurato alle esigenze terapeutiche e non superare il rispetto della dignità e dell’integrità della persona fisica e laddove prescrive che potranno “adottarsi misure che implicino l’uso della forza solo nel caso in cui il soggetto da accompagnare assuma comportamenti diretti

§ §

Le riflessioni che si sono fin qui svolte, ispirate dal proposito di richiamare l'intangibilità del limite costituzionale del rispetto dell'integrità fisica e morale del paziente nelle fasi operative dei trattamenti obbligatori, consentono, pur nella consapevolezza della estrema complessità del tema, di suggerire:

- 1) di rendere immediatamente operativi i contenuti della Delibera della Giunta Regionale del 29 marzo 2010 nella parte in cui si è previsto di favorire l'attivazione di un coordinamento di tutte le istituzioni coinvolte che elabori protocolli interistituzionali finalizzati a favorire una corretta applicazione dei trattamenti eseguiti senza il consenso nei confronti di soggetti sofferenti per patologia mentale.
- 2) segnalando l'opportunità della partecipazione al coordinamento di rappresentanze degli Ordini dei Medici della Regione e della Società Italiana di Psichiatria, cui andrebbe precipuamente affidata la elaborazione delle linee guida relative alle modalità di uso della forza.
- 3) precisando, in occasione della convocazione del coordinamento, che i criteri autorizzativi dell'uso della forza indicati nelle linee guida dovranno essere conformi al rispetto dei principi di eccezionalità e di residualità, potendo la coazione essere praticata solo se indispensabile per fronteggiare reazioni aggressive del paziente e, comunque, a condizione che ne venga dispiegato il minor quantitativo possibile e per il minor tempo possibile.
- 4) dando infine mandato al coordinamento di elaborare modalità e contenuti di quel programma di formazione interprofessionale, volto alla condivisione delle competenze necessarie agli operatori, anch'esso preveduto nella citata delibera del 29 marzo 2010.

- 5) con preghiera di dare comunicazione a questo Ufficio dei risultati delle iniziative che si auspica possano essere assunte

Con i migliori saluti.

Torino, 12 ottobre 2015

Il Difensore Civico
Avv. Augusto Fierro