



CHE COS'È IL TSO



**come tutelare
i diritti del cittadino**

CHE COS'È IL TSO

**come tutelare
i diritti del cittadino**



Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani (CCDU) Onlus
Via Vincenzo Monti 47, 20123 Milano
www.ccd�.org

Indice

Definizione e riferimenti normativi del TSO.....	2
Le motivazioni del Trattamento Sanitario Obbligatorio.....	2
Chi dispone il TSO	3
Info grafica del TSO	5
Storia ed origini del TSO	11
I problemi attuali alla sua esecuzione.....	18
Cosa avviene comunemente durante il ricovero in TSO: comuni violazioni della procedura	18
Diritti della persona durante il TSO: come farli valere.....	21
Perché il CCDU si oppone al trattamento sanitario obbligatorio (TSO)?.....	24
Cosa si dovrebbe fare se una persona 'mentalmente malata' è violenta?.....	25
Alternative al TSO	26
TSO: un po' di dati.....	28
TSO: un cambiamento necessario.....	29

Definizione e riferimenti normativi del TSO.

TSO significa Trattamento Sanitario Obbligatorio, ovvero quando una persona viene sottoposta a cure mediche contro la sua volontà. Quindi per l'attuale legge italiana (legge del 23 dicembre 1978, articolo 34) si può costringere una persona a ricevere cure mediche.

In pratica, tranne alcune rarissime eccezioni, si verifica solo in abito psichiatrico, attraverso il ricovero (forzato) presso i reparti di psichiatria degli ospedali pubblici (SPDC - Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura).

Le motivazioni del Trattamento Sanitario Obbligatorio

La legge n.180/1978 (legge Basaglia) attualmente regolamentata dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833 (articoli 33-35) stabilisce che si può attuare il TSO a sole due condizioni:

1. La persona necessita di cure (secondo i sanitari che l'hanno visitata) e
2. le rifiuta.

Di fatto il TSO viene messo in atto quando la persona viene ritenuta pericolosa per sé o per gli altri, in soggetti che manifestano minaccia di suicidio, minaccia o compimento di lesione a cose e persone, rifiuto di comunicare con conseguente isolamento, rifiuto di terapia, rifiuto di acqua e cibo.

Con l'introduzione del concetto di T.S.O., è venuto a perdere quello di "ricovero coatto" ereditato dalla legge n. 36/1904, basato sul concetto di "pericolosità per sé e per gli altri e/o pubblico scandalo". Il TSO viene oggi inteso come una procedura esclusivamente finalizzata alla tutela della salute e della sicurezza del paziente. Può accadere anche che una persona disturbata psichicamente, un tossicodipendente in crisi di astinenza, un alcolodipendente... assumano dei comportamenti imprevedibili o violenti. In queste situazioni spesso i familiari conviventi o i vicini di casa, qualora la persona sia in terapia presso uno psichiatra, chiedano aiuto allo psichiatra del servizio, oppure nel caso la persona non lo sia, chiamano direttamente l'ambulanza e/o i vigili o i carabinieri.

La legge stabilisce anche un'esatta procedura che deve essere seguita al fine di mettere in atto il TSO.

Chi dispone il TSO

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio è disposto con provvedimento del Sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria, del Comune di residenza o del Comune dove la persona si trova momentaneamente.

Egli emana l'ordinanza di TSO solo in presenza di due certificazioni mediche che attestino che:

1. la persona si trova in una situazione di alterazione tale da necessitare urgenti interventi terapeutici;
2. gli interventi proposti vengono rifiutati;
3. non è possibile adottare tempestive misure extra ospedaliere.

Tutte e tre le condizioni devono essere presenti contemporaneamente e devono essere certificate da un primo medico, che può essere il medico di famiglia, ma anche un qualsiasi altro medico e convalidate da un secondo medico che deve appartenere alla struttura pubblica (generalmente uno psichiatra della ASL).

La legge non prevede che i due medici debbano essere psichiatri.

Le certificazioni oltre a contenere l'attestazione delle condizioni suddette che giustificano la proposta di TSO, devono motivare la situazione concreta: non devono limitarsi a enunciare le tre condizioni né si devono usare prestampati; in pratica la proposta di TSO deve essere (anche se in breve) motivata.

Ricevute le certificazioni mediche, il Sindaco ha 48 ore per disporre, tramite un'ordinanza, il TSO facendo accompagnare la persona dai vigili e dai sanitari presso un reparto psichiatrico di diagnosi e cura.

In un primo momento la persona viene invitata a seguire vigili e sanitari nel reparto ospedaliero, se si rifiuta viene prelevata con la forza, messa in ambulanza e trasferita al reparto ospedaliero. In teoria la legge fornisce il diritto alla persona di scegliere il reparto dove essere ricoverato.

Nessuno può essere trattenuto contro la sua volontà presso strutture sanitarie o nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura a meno che non sia soggetto ad un provvedimento di TSO.

Il Sindaco ha poi l'obbligo di inviare l'ordinanza di TSO al Giudice Tutelare (entro 48 ore successive al ricovero) per la convalida e il Giudice convalida il provvedimento entro le 48 ore successive (legge 180, art. 3 comma secondo).

Qualora manchi la convalida il TSO decade automaticamente. Il Giudice Tutelare può però anche non convalidare il provvedimento annullandolo.

Quasi mai l'ordinanza del TSO risulta firmata dal sindaco; di solito vi è un Ufficio preposto allo svolgimento della procedura del TSO e un assessore delegato (l'assessore alla sanità; in sua assenza uno qualunque gli altri assessori), che si limita a firmare l'ordinanza.

Il TSO ha per legge la durata di 7 giorni.

Al termine dei 7 giorni, qualora non sia stata presentata dallo psichiatra del servizio una richiesta di prolungamento, il trattamento termina e lo psichiatra, non per forza lo stesso che ha proposto e convalidato il TSO, è tenuto a comunicare al Sindaco la cessazione delle condizioni richieste per l'internamento.

Il Sindaco a sua volta lo comunica al Giudice Tutelare.

Qualora il trattamento venga prolungato, prima della scadenza dei 7 giorni deve essere comunicata al Sindaco una richiesta motivata di prolungamento. Entro 48 ore dal ricevimento della richiesta verrà firmata a nome del sindaco o del suo delegato l'ordinanza di prolungamento, provvedendo a notificarla al Giudice Tutelare nelle 48 ore successive. Il Giudice a questo punto convaliderà o meno il provvedimento e lo comunicherà al sindaco. Nel caso di proroga il paziente deve richiedere la notifica (= comunicazione) per evitare di rimanere chiuso in reparto, risultando ora un ricovero volontario.

Una volta venuto meno il TSO per scadenza dei termini la persona può chiedere di essere dimesso in ogni momento e tale richiesta deve essere esaudita.

Info grafica del TSO

Un parente, una persona o un qualsiasi passante segnala al 118 che una persona sta avendo un comportamento strano o psicotico.



1

A seguito della chiamata si presenta un medico (o anche uno psichiatra) che lo visita.



2

Con la visita deve certificare tre cose:

- la persona necessita di cure immediate
- le rifiuta
- non è possibile adottare tempestivamente misure extraospedaliere



3

Chiedo l'intervento di uno psichiatra ...

In questo caso viene attuata la procedura per il Trattamento Sanitario Obbligatorio. Il medico chiama uno psichiatra dell'ASL.



4

Siamo d'accordo:
· la persona necessita di cure immediate
· le rifiuta
· non è possibile adottare tempestivamente misure extraospedaliere

Lo psichiatra visita la persona ed, eventualmente, certifica l'effettiva presenza contemporanea dei tre fattori.



5

Se medico e psichiatra concordano, presentano la richiesta di TSO al sindaco con i due certificati medici distinti ed una breve descrizione dei fatti.



6

Il sindaco ha due giorni di tempo per autorizzare o negare il TSO.



7

Solitamente un delegato del Sindaco autorizza immediatamente il TSO.



8

Con l'autorizzazione del sindaco un'ambulanza, uno psichiatra ed i vigili urbani si mobilitano per andare a prelevare la persona.



9

Se la persona
oppone resistenza
viene presa con la forza
e sedata.



10

La persona viene ricoverata
per 7 giorni in un ospedale
pubblico nel reparto
di psichiatria
e trattata farmacologicamente
con sostanze psicotrope
(psicofarmaci).



11

Con la somministrazione
di psicofarmaci si assiste
quasi sempre
ad un terribile stato di debolezza,
confusione, spersonalizzazione
ed alienazione
da parte della persona¹.



1. Il C.C.D.U ricorda la pericolosità di una scorretta somministrazione dei psicofarmaci: una ricerca ha evidenziato che il 18% di quasi 23.000 pazienti anziani che avevano preso gli antipsicotici di vecchia generazione erano morti nei primi sei mesi di cura. (Philip S. Wang, et al, "Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs. Atypical Antipsychotic Medication", The New England Journal of Medicine, Vol 353, No. 22 Dec. 2005).
"The Journal of Toxicology" riporta che gli antipsicotici di nuova generazione "spiegano la maggior parte degli avvelenamenti da agenti psicotici che si presentano nelle strutture sanitarie statunitensi". (Michael J. Burns, "The Pharmacology and Toxicology of Atypical Antipsychotic Agents", Journal of Toxicology, 1 Jan. 2001).
La FDA richiede ai produttori di sei nuovi antipsicotici di aggiungere nel foglio illustrativo un avviso riguardo ai potenziali rischi del diabete e anomalie degli zuccheri nel sangue.
FDA: Antipsychotic Drugs, Diabetes Linked, Associated Press Online, 16 Sept. 2003.

12

Intanto entro 2 giorni successivi al ricovero il Sindaco invia l'ordinanza di TSO al Giudice Tutelare per la convalida. Il Giudice Tutelare a sua volta convalida il provvedimento entro 2 giorni.



13

Al termine dei 7 giorni, qualora non sia stata presentata una richiesta di prolungamento, il TSO termina.



14

Lo psichiatra di turno comunica il termine del TSO al Sindaco, il quale lo comunicherà al Giudice Tutelare.



15

Altrimenti, prima della scadenza dei 7 giorni, lo psichiatra deve inoltrare al Sindaco una richiesta di prolungamento, da approvarsi in 2 giorni e da notificare al Giudice in 2 giorni.



16

In caso di proroga il paziente riceve la notizia dallo psichiatra.



17

Il TSO dura 7 giorni (salvo proroga). Terminati i quali la persona può dimettersi volontariamente in ogni momento. E tale richiesta va esaudita. Oppure può decidere di rimanere in ricovero volontario.



18

Storia ed origini del TSO.

La storia delle contenzioni in Italia inizia con la legge 14-02-1904 n. 36, "Disposizioni e regolamento sui manicomi e sugli alienati" chiamata anche Legge Giolitti.

La normativa si ispirava alla legge francese del 1838 e non si poneva alcun fine terapeutico o riabilitativo, avendo piuttosto un diverso e duplice scopo: da una parte mantenere e rafforzare una visione custodialistica e segregante della malattia mentale, vista come una realtà da occultare in quanto problema al quale la nostra organizzazione sociale non vuole o non è in grado di dare risposte diverse. Dall'altra fornire strumenti di difesa e controllo sociale verso la stessa, tali da sollevare la società dal peso della presenza di soggetti che, pur non essendosi resi colpevoli di alcunché, suscitano paura e creano disturbo all'ordine costituito.

A quest'ultimo proposito tuttavia bisogna precisare che la finalità terapeutica ha, fin dalle origini, inciso ben poco sulle decisioni a carattere psichiatrico. Il mandato della psichiatria, influenzata dalle regole e convenzioni sociali più di quanto non accada ad altre discipline della medicina, per molto tempo e prima di tutto, è stato di ordine pubblico e di difesa sociale, piuttosto che terapeutico¹.

Chiarificatori sono i primi due articoli:

Art. 1

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.

Art.2

L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società.

¹ <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/devianza/sbordoni/cap2.htm>

La legge inoltre era un tentativo di unificare le varie regolamentazioni esistenti nelle diverse regioni del paese. Subordinava il ricovero in ospedale psichiatrico ad un provvedimento dell'autorità giudiziaria (pubblica sicurezza, pretore, tribunale). Era orientata verso la tutela della società nei confronti del paziente ("persone che siano o possono essere pericolose per sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo"). L'internato veniva immediatamente privato dei diritti civili (interdizione) ed il tribunale nominava un tutore.

Il paziente ricoverato in via definitiva era iscritto nel casellario giudiziario. La vigilanza dei manicomi era affidata ai Prefetti ed al Ministero dell'Interno. Un Regio Decreto n. 615 del 16 agosto 1909: "Regolamento per l'esecuzione della legge 14 febbraio 1904/n. 36" introduceva una distinzione tra procedura ordinaria e straordinaria

La procedura ordinaria prevedeva:

- il ricovero provvisorio, un certificato medico, autorizzazione del pretore, un periodo di osservazione di 15-30 gg.
- il ricovero diventava definitivo solo su richiesta del Pubblico Ministero e dopo una relazione del Direttore del Manicomio

La procedura straordinaria prevedeva:

un certificato medico, che andava comunicato entro tre giorni all'autorità politica o di pubblica sicurezza, per convertire il ricovero in definitivo.

Intorno agli anni cinquanta vengono introdotti gli psicofarmaci (destinati a rivoluzionare ogni concetto prognostico rispetto alle malattie psichiatriche). Negli anni sessanta, digerito Freud, l'Europa è attraversata da un profondo movimento antipsichiatrico (Inghilterra con Laing, Italia con Basaglia).

In particolare il mese di osservazione concesso dalla legge prima dell'internamento definitivo, cominciò ad apparire troppo breve per poter portare a termine una terapia².

² *Contemporaneamente la durata media dei ricoveri, disposti successivamente al suddetto periodo di osservazione, tende a diminuire grazie agli effetti terapeutici positivi, anche se non risolutivi, conseguiti mediante la somministrazione di farmaci. Cfr. R. Piccione, Manuale di psichiatria, Bulzoni Editore, Roma, 1995, p. 132.*

A partire dagli anni sessanta si diffondono concezioni della malattia mentale diverse da quelle puramente organicistiche.

Furono riutilizzate in chiave critica, - e insistendo soprattutto sul ruolo fondamentale dei fattori socio-ambientali nella costituzione e sviluppo della personalità - le concezioni psicoanalitiche sviluppatesi negli anni trenta con Freud.

L'intera Europa è attraversata nel corso di questo decennio da esperienze di psichiatria alternativa di grande valore scientifico, o quanto meno culturale e politico, ed espressione di un travaglio che il mondo dei giovani psichiatri di allora - insoddisfatti della pratica e della cultura psichiatrica ufficiale - attraversava.

Basti citare l'antipsichiatria, corrente nata e sviluppata in Inghilterra a partire dal 1965 ad opera di un gruppo di psichiatri capeggiati da Ronald Laing, le cui concezioni fondamentali sono: una gestione alternativa della follia che rifiuti ogni distanza fra staff e pazienti ed ogni forma di gerarchizzazione; una spiegazione della stessa in termini psicologici e non più patologici; l'idea che la follia non sia necessariamente qualcosa di negativo che va curato³.

In questo fermento culturale si formarono in Italia alcuni isolati gruppi di psichiatri guidati da Franco Basaglia che, insoddisfatti della cultura e della pratica della psichiatria ufficiale, alla fine degli anni sessanta puntarono il dito sull'istituzione manicomiale. Essa - sostenevano - a causa delle condizioni disumane che la caratterizzano, non fa altro che aggravare la sofferenza mentale. Non solo, il fatto che in manicomio siano internate prevalentemente persone appartenenti ai ceti meno abbienti, conferma la funzione di controllo sociale svolta dallo stesso, il suo essere strumento di contenimento non solo della pazzia ma anche della povertà.

3 *L'antipsichiatria ha assunto una posizione di radicale critica rispetto a quasi tutti gli aspetti della psichiatria tradizionale, arrivando addirittura, nelle sue formulazioni più estremiste, a negare l'esistenza della malattia mentale, e a dimostrare la perfetta comprensibilità del pensiero e del comportamento psicotico (vedi R. Piccione, Manuale di psichiatria, cit., pp. 113-114). Tale posizione deve essere tenuta distinta dall'atteggiamento di dura critica verso il concetto tradizionale di follia come malattia organica assunto a partire dagli anni sessanta da alcuni psichiatri italiani (in particolare Basaglia), e da sociologi americani come Lemert e Scheff. Questi ultimi infatti non sono mai arrivati né a negare l'esistenza della malattia intesa come condizione di sofferenza, né ad eludere il problema della sua terapia (vedi C. Jervis nella prefazione a T.J. Scheff, Per infermità mentale, cit., p. 13).*

Riguardo alle origini del disturbo mentale inoltre, questi psichiatri - determinando una feroce reazione da parte della psichiatria tradizionale che accusò loro di scarsa scientificità e sociologismo - rifiutavano nettamente una visione organicistica, sostenendo al contrario l'importanza dell'influenza sociale sulla genesi e sul decorso della malattia.

Inizia così un processo di rinnovamento e di sperimentazione in alcuni ospedali psichiatrici. Gli esempi più importanti in tal senso furono Perugia, Gorizia, (il cui direttore dal '62 fu proprio Basaglia) Arezzo, Parma e Trieste. Il primo passo fu quello di non intendere più il manicomio come luogo di contenimento stabile, ma piuttosto di utilizzarlo il più possibile (e in attesa della creazione di strutture territoriali che già venivano richieste) in senso terapeutico, sviluppando un clima di solidarietà e chiarezza fra medici, infermieri e pazienti, restituendo ad essi i diritti elementari, e creando condizioni di vita finalmente umane.

A seguito di queste pressioni alla fine del decennio venivano emanate delle leggi che permettevano ricoveri volontari evitando anche il procedimento d'internamento definitivo ed un rinnovamento delle strutture ospedaliere.

Con la legge 12-02-1968 n. 132, legge Mariotti, si eliminava la regola dell'annotazione nel casellario giudiziario: il paziente non perdeva più i diritti civili, come quello di voto.

Veniva accettata la possibilità che il paziente effettuasse un ricovero volontario. Venivano istituiti dei Centri di Igiene Mentale (con il compito prevalente di seguire i pazienti dimessi).

Col D.P.R. n. 128 del 1969, intitolato "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" si cercava di codificare la gestione sanitaria delle strutture manicomiali (definizioni di standard relativi al numero massimo di degenti per struttura e alle caratteristiche dell'organico).

Fondamentale per l'attuale situazione è la legge 180 del 13 maggio 1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" (legge Basaglia, in onore allo Psichiatra che non approvò né partecipò alla sua stesura) poi inclusa nella legge 833 del 23/12/1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale". Vengono aboliti i manicomi, nascono i

servizi psichiatrici ospedalieri. Nasce il TSO così come lo conosciamo. Della legge 833/78 sono importanti l'Art.33 e l'Art. 34.

Art. 33: "Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori". Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Art. 34: "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale".

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se:

- esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
- se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e
- se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma. Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali in specifici Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e servizi extra ospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica.

Art. 64: vengono aboliti i manicomi ed istituiti servizi psichiatrici all'interno delle USL (poi ASL)

Con questa legge si voleva:

- superare il concetto di ospedale psichiatrico
- spostare l'assistenza psichiatrica sul territorio
- integrare la psichiatria con il Servizio Sanitario Nazionale
- destigmatizzare la malattia mentale
- sottolineare il rispetto della dignità della persona (ricerca del consenso)
- codificare ed accrescere le responsabilità degli operatori
- tutelare la salute mentale del cittadino

sono stati emessi chiarimenti in merito all'esecuzione del TSO

- circolare del Ministero della Sanità n. 900.3/SM-E1/896 del 21.09.1992 divulgata con circolare del Ministero dell'Interno n. 5300/M/10 (1)/Uff. 3) del 24.08.1993 ribadita con la successiva circolare del Ministero dell'Interno n. 15700/6/2021 del 20/07/2001 che recita:

... Qualora persista una situazione di rifiuto e di opposizione (o ancor più specifici rischi di pericolosità), gli operatori sanitari hanno l'obbligo di segnalare l'impossibilità di eseguire il provvedimento all'Autorità che lo ha emanato (il Sindaco), non competendo ad essi l'adozione di mezzi coercitivi.

In tal caso l'esecuzione del provvedimento può essere effettuata solo attraverso l'intervento della Forza Pubblica, istituzionalmente preposta a far rispettare le norme e le disposizioni che da esse derivano, e comunque la sola ad essere legittimata all'uso della forza.

Per quanto concerne l'individuazione della Forza Pubblica, da parte del Sindaco, è intuitivo il coinvolgimento del Corpo di Polizia Municipale, in quanto alle sue dirette dipendenze, magari utilizzando personale opportunamente preparato allo scopo.

Il ricorso alla Polizia di Stato o ai Carabinieri, mentre è d'obbligo in presenza di specifiche esigenze di tutele dell'ordine pubblico, è da prevedere in situazioni di eccezionalità, quali ad esempio insufficiente numero di personale municipale, previo accordo con le Questure e le Prefetture.

Riferimenti

Il contesto normativo del trattamento sanitario obbligatorio, Silvia Sbordoni, 1998:
<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/devianza/sbordoni/cap2.htm#n1>

V. Volterra, G. Donnini, Legislazione psichiatrica, a cura di V. Volterra, in P. Pancheri, G.B. Cassano, (coordinatori), Trattato italiano di psichiatria, vol. III, Masson, Milano, 1993, p. 2808.

P. Cendon, Il prezzo della follia, il Mulino, Bologna, 1984.

B. Poletti Di Teodoro, M. Zania, La tutela della salute nella legislazione speciale italiana, in F. D. Busnelli, U. Breccia (a cura di), Tutela della salute e diritto privato, Giuffrè, Milano, 1978, p. 25.

T. Pitch, La devianza, cit., pp. 1-4.

I problemi attuali alla sua esecuzione

Cosa avviene comunemente durante il ricovero in TSO: comuni violazioni della procedura

Raramente il TSO viene condotto in maniera discreta: il cittadino che viene portato via con ambulanza, infermieri, vigili e quant'altro, subisce un inevitabile perdita di dignità e fiducia da parte degli abitanti del suo condominio/quartiere. Il marchio del TSO seguirà d'ora in poi la persona ovunque, anche in ambito lavorativo, ignorando del tutto la normativa sulla privacy.

Durante il ricovero l'unica possibilità che ha la persona di sottrarsi al Trattamento Sanitario Obbligatorio è quella di accettare la terapia. Capita però frequentemente che il provvedimento di ricovero forzato venga mantenuto, nonostante il paziente accetti la terapia.

Anche se la legge impone il ricovero forzato solo in casi eccezionali, la realtà però è diversa. Emergono con ricorrenza le seguenti problematiche:

- a. Con buona frequenza i ricoveri coatti (forzati) vengono fatti senza rispettare pienamente le normative. Sia approfittando del fatto che quasi nessuno è a conoscenza delle leggi e dei diritti della persona ricoverata, sia negando la concessione di tali diritti, forti di una farraginosa e spesso inesistente tutela giuridica. Per esempio sovente il paziente viene lasciato all'oscuro del fatto che, se ricoverato in TSV (Trattamento Sanitario Volontario), allo scadere dei 7 giorni, può lasciare il reparto e così inconsapevolmente viene trattenuto in regime di TSV (Trattamento Sanitario Volontario). Oppure viene respinta la possibilità di accedere alle cartelle cliniche, anche dopo la richiesta di un avvocato o del proprio medico di fiducia.
- b. Durante la settimana di TSO si assiste ad un terribile stato di debolezza, confusione, spersonalizzazione ed alienazione da parte del paziente che, oltre a subire un grande trauma, viene

sottoposto a pesanti terapie psico-farmacologiche, che non fanno altro che annientarlo come individuo, renderlo “innocuo e docile” agli occhi degli operatori.

- c. Per il paziente che venga ritenuto “ribelle” si ricorre sia alla contenzione fisica che all’isolamento.
- d. La legge attuale stabilisce che chiunque possa fare ricorso contro il TSO, ma il ricorso avviene DOPO che il TSO è già stato effettuato, che la persona è stata presa contro la sua volontà, rinchiusa nel reparto di psichiatria e sottoposta a terapia psico-farmacologica.
- e. L'uso della forza fisica e dei metodi di contenzione sono spesso spropositati, anche nei confronti di chi non oppone alcuna resistenza portando in alcuni casi al decesso della persona che si voleva "aiutare".
- f. Vi sono denunce sull’uso del TSO come controllo sociale verso i migranti⁴.

– 4

Si possono trovare molti casi, uno per tutti. “Il 18 Gennaio 2016, in un centro SPRAR a Roscigno, in provincia di Salerno, A.D., un ventottenne originario della Sierra Leone “ha creato scompiglio dopo aver saputo che la sua richiesta di rifugiato era stata bocciata”. Come al solito dopo gli operatori e il Sindaco del paese intervengono i carabinieri che lo portano all’ospedale “Luigi Curto” di Polla – Sant’Arsenio. Il 28enne prova a resistere e fuggire dall’ospedale ma viene di nuovo bloccato dai carabinieri e sottoposto ad un TSO”.

Si registrano inoltre casi estremi di TSO ed il TSV, spesso mortali, con violazioni così grottesche ed incredibili da superare il concetto di malasanità. Poiché alcuni contestano che questi episodi avvengano, o affermano che si tratti di rarissimi episodi, in internet potete trovare molte storie che illustrano queste violazioni⁵.

Occorre infine ricordare che la attuale procedura prevista per il TSO, con la sua relativa complessità, diviene di difficile applicazione nei casi ove vi sia una effettiva urgenza di intervento.

—5 *Ecco alcuni esempi di decessi di TSO ampiamente documentati dai media. Altrettanto facile trovare su internet denunce di violazioni. La morte di Giuseppe Casu inizia il 15 giugno del 2006, quando viene ricoverato contro la sua volontà nel reparto di psichiatria dell'ospedale Santissima Trinità di Cagliari: un Tso attivato d'ufficio di fronte alla sua agitazione contro le forze dell'ordine a causa dell'ennesima multa per abusivismo. E' morto dopo essere rimasto per sette giorni legato a un letto d'ospedale. Il "maestro anarchico" **Francesco Mastrogiovanni**, è morto a 58 anni durante un Tso il 15 novembre 2009, con le caviglie e i polsi legati al letto. Dopo 87 ore di inferno. La sera prima del ricovero Percorre in macchina l'isola pedonale e i vigili lo segnalano al sindaco, che ordina il Tso. La mattina dopo Mastrogiovanni è di nuovo in auto, viene seguito da vigili e carabinieri fino al campeggio dove sta trascorrendo le vacanze, a San Mauro Cilento. Qui rifiuta di consegnarsi e cantando versi anarchici si butta senza vestiti in mare, dove rimane per due ore accerchiato dagli agenti. Da riva, i medici dell'Asl confermano la necessità del Tso. Anche se il maestro è calmo e lucido. Prima di salire sull'ambulanza con le sue gambe, va a farsi una doccia e beve un bicchiere d'acqua al bar. E così, calmo e collaborativo, appare nei video dei primi momenti del ricovero. Dà la mano agli infermieri che entrano nella sua stanza e mangia (per l'ultima volta) da solo. Poi comincia l'inferno. Franco conosce bene i reparti di psichiatria del territorio. Quando gli agenti lo trascinano via dal mare, lui dice: «Se mi portano a Vallo della Lucania, mi ammazzano».*

Mauro Guerra a Padova, 30 anni. Rifiuta il TSO, aggredisce un carabiniere e scappa scalzo e in mutande; freddato dal collega (2015).

Andrea Soldi, 45enne torinese, al lettino dell'ospedale non ci è arrivato neanche. Il 5 agosto del 2015 viene fermato mentre è seduto su una panchina. Ammanettato e a pancia in giù, muore soffocato durante il tragitto verso il Tso. Mauro Guerra, morto in provincia di Padova dopo essere stato colpito dal proiettile di un carabiniere per essersi rifiutato di sottoporsi al Tso (2015). Il suo atteggiamento era facilmente fraintendibile. A tratti molesto. In genere mandava messaggi via Facebook ma qualche giorno fa si è spinto oltre. Ha inviato un mazzo di fiori a casa di una ragazza del posto, una ventenne che evidentemente gli piaceva. Lei che lo conosceva è corsa dai carabinieri a raccontare tutto e in quel momento si è attivato tutto l'apparato previsto per legge quando si annusano casi di possibile stalking commessi da persone potenzialmente border line.

Massimiliano Malzone, è morto mentre si trovava in Tso accasciandosi improvvisamente sembra seguito di un'overdose di farmaci sul pavimento dell'ospedale di Polla, nella Salerno (2015).

Fabio Boaretto, 60 anni, ricoverato nel reparto di Psichiatria dell'ospedale Madre Teresa di Calcutta nel comune di Este, Padova, muore a meno di 24 ore dal ricovero TSO (2016).

Diritti della persona durante il TSO: come farli valere

Quando la persona viene ricoverata in Trattamento Sanitario Obbligatorio presso il servizio psichiatrico, i suoi diritti (primo tra tutti quello alla libertà di movimento e di scelta) vengono limitati ed è obbligata a subire passivamente i trattamenti a lei somministrati.

E' bene sottolineare che ogni persona sottoposta a TSO mantiene in ogni caso i seguenti diritti inalienabili:

- chiunque può rivolgere al Sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Art.33 L.833/78 contro il TSO. Anche gli amici, i familiari o chiunque abbia a cuore la persona ha questa possibilità;
- chiunque può anche far intervenire un avvocato. Il Sindaco ha l'obbligo di rispondere entro 10 giorni (art. 33 legge 833/78) se viene presentato il ricorso. Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al Tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal Giudice Tutelare. Art.35 L.833/78;

E' bene tenere presente anche le seguenti linee guida:

- a. entro le 48 ore successive al ricovero, conviene farne pervenire una copia al Giudice Tutelare. Se la risposta è negativa, il paziente può presentare la richiesta di revoca direttamente al Tribunale (art. 35 legge 833/78), chiedendo contemporaneamente la sospensione immediata del TSO e delegando, per rappresentarlo in giudizio davanti al Tribunale, una sua persona di fiducia.
- b. Benché la persona non possa rifiutare le cure, questa ha il diritto di essere informata sulle terapie a cui viene sottoposta e di scegliere anche tra una serie di proposte alternative. Comunque, nel caso le terapie somministrate siano particolarmente invasive, sarebbe opportuno presentare al responsabile del reparto una dichiarazione di diffida ai sanitari nei confronti delle terapie che dalla persona vengono considerate lesive. Può chiedere ed ottenere di inserire tale comunicazione all'interno della cartella clinica.
- c. Il TSO non giustifica necessariamente la contenzione; mai comunque la violenza fisica. Qualora venga usata la contenzione fisica, questa dovrebbe essere applicata solo in via eccezionale e per un periodo di tempo non superiore alla somministrazione della terapia. L'art 1 della legge 833 del 23 Dic 78 afferma che "la tutela fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e libertà della persona". L'utilizzo punitivo della contenzione, eventuali violenze verbali e fisiche degli operatori, fatti questi non ammissibili legalmente, sono reati perseguibili penalmente. In tal caso si può presentare una denuncia alla magistratura.
- d. Durante il TSO il paziente ha il sacrosanto diritto di comunicare con chi vuole, anche attraverso telefonate e non è ammissibile, da parte degli infermieri, selezionare le persone che loro ritengono autorizzate ad entrare nel reparto (art.33 legge 833/78)
- e. Terminato il periodo di TSO, non sono necessari né una firma per uscire dal reparto, né la presenza di qualcuno che venga a prendere il paziente, assumendosene la responsabilità, in quanto la persona che viene ricoverata in un reparto psichia-

trico non è né incapace né interdetta e conserva tutti i diritti e doveri di chiunque altro. Quindi può chiedere di essere dimessa in qualsiasi momento (legge 180, legge Basaglia del 1978) e questa richiesta deve essere immediatamente esaudita, altrimenti ci si trova di fronte al reato di sequestro di persona. Il TSO decade anche nel caso in cui i medici o il Sindaco o il Giudice Tutelare non abbiano specificato nel provvedimento le motivazioni che hanno reso attuabile il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

- f. Il paziente ha il diritto di comunicare nella sua cartella clinica tutte le informazioni concernenti il suo stato di salute e i trattamenti a cui viene sottoposto.
- g. Il paziente ha inoltre il diritto di sapere i nominativi e le qualifiche di chi opera nel reparto. Ogni infermiere deve avere sul camice un cartellino di riconoscimento.
- h. Il paziente, se ha preventivamente organizzato di essere seguito da un proprio medico di fiducia, può essere da questo visitato e può attenersi alle cure che questo prescriverà.

Perché il CCDU si oppone al trattamento sanitario obbligatorio (TSO)?

Le leggi sul ricovero obbligatorio (in Italia trattamento sanitario obbligatorio o TSO) sono state utilizzate per giustificare vari tipi di soprusi: finanziario, sessuale, politico, per profitto commerciale, eredità, questioni sociali e addirittura per la sicurezza del governo.

Esse sono una privazione dei diritti umani e costituzionali. Una volta che la persona viene ricoverata e dichiarata incapace, anche se temporaneamente, essa di fatto perde i suoi diritti sociali e politici⁶. Come per esempio di guidare un'auto, di arruolarsi nell'esercito, di controllare le proprie attività commerciali e finanziarie e, addirittura, di esercitare la sua professione. La vittima è anche soggetta a trattamenti fisici dannosi dai quali potrebbe non riprendersi mai.

Immaginiamo l'alternativa: luoghi dove le persone non vengano aggredite con psicofarmaci, shock, contenzione fisica, reclusione. Potrebbero ricevere un aiuto medico adeguato e sarebbero più disponibili a ricevere aiuto.

Il sistema attuale, che costringe una persona a recarsi in una struttura psichiatrica, è un arresto mascherato come "protezione". Tutte le pratiche coercitive nel campo della salute mentale dovrebbero essere dichiarate illegali. Com'è avvenuto in precedenza con la schiavitù, anche il ricovero obbligatorio dovrebbe essere abolito.

Eventuali soggetti che abbiano messo in atto crimini violenti, dovrebbero essere condannati e soggetti a scontare le pene relative; non rilasciati sulla base di "non responsabilità, in quanto affetti da malattia mentale".

Non si può incarcerare un individuo come misura preventiva, cioè supponendo che potrebbe commettere un reato; un'ulteriore riflessione andrebbe poi fatta sull'adeguatezza del carcere al recupero della maggior parte dei cittadini che abbiano commesso reati. Questo, però, apre un capitolo di cui il CCDU non si occupa, se non collateralmente.

— 6 — *Il diritto di voto è stato concesso ai malati di mente solo con la legge 180/1978 (art. 11) che abroga le norme che prevedevano l'esclusione dall'elettorato attivo degli interdetti e degli inabilitati per infermità di mente.*

Cosa si dovrebbe fare se una persona 'mentalmente malata' è violenta?

Se una persona commette dei gravi crimini, esistono già leggi penali che s'indirizzano a ciò. Il prof. Thomas Szasz⁷, emerito di psichiatria, affermò:

"Tutti i comportamenti criminali dovrebbero essere regolati dalla legge penale, dalla cui amministrazione dovrebbero essere esclusi gli psichiatri".

Gli studi dimostrano che le previsioni psichiatriche sulla pericolosità di un individuo, non sono più accurate del lancio di una moneta⁸. Dai dati disponibili ad oggi, non risulta che la psichiatria possa "curare" la condotta criminale o asociale.

I fondamenti della giustizia si basano sull'idea che ogni uomo è responsabile di ciò che fa e che egli risponde delle sue azioni. Ogni anno, migliaia di criminali vengono ritenuti non responsabili dei crimini più efferati da loro commessi, sulla base di perizie psichiatriche in uso nei tribunali. Questo scardina uno strumento fondamentale che la società usa per proteggere sé stessa dal crimine violento. Se qualcuno è violento o infrange la legge, dovrebbe essere trattato nel modo in cui lo sono tutte le altre persone che commettono azioni simili. Infine, svariati studi effettuati in quest'ambito, hanno dimostrato, oltre ogni ragionevole dubbio, che le persone ritenute "mentalmente malate", commettono crimini violenti, con una percentuale minore, rispetto alle persone ritenute "mentalmente sane". Tuttavia sembra che i media diano grande risalto a ogni crimine violento messo in atto da una persona ritenuta "mentalmente malata", rispetto ai crimini violenti effettuati da persone "mentalmente sane".

— 7 — *Thomas Szasz (1920-2012). Fu professore emerito di psichiatria presso lo Health Science Center, della State University di New York, sede di Syracuse, famoso per essere uno dei principali critici dei fondamenti morali e scientifici della psichiatria, vicino alle convinzioni dell'antipsichiatria. Sostenne la liberalizzazione delle droghe, dei farmaci e la lotta all'istituto del manicomio e dell'ospedalizzazione forzata attuata nel sistema sanitario degli Stati Uniti, affermando che esistono malattie neurologiche, disordini comportamentali e problemi filosofico-esistenziali, ma non malattie "mentali" in senso stretto, che lui considerava un'invenzione della psichiatria, alla cui pratica non era però contrario se consensuale.*

— 8 — *In uno studio di Spitzer e Fleiss del 1974, l'inter-rater reliability (kappa) per le diagnosi cliniche di Disturbi della Personalità risultava pari a 0.32 (dove 0.80 è il minimo di scala accettabile). Si cerchino a riguardo anche gli studi di O'Boyle. Per un primo approccio rimandiamo a <http://www.psychiatryonline.it/node/3688>*

Alternative al TSO

Esistono metodi umani e non invasivi per aiutare le persone affette da disturbi, sopraffatte da problemi o sconvolte emotivamente. Studi medici approfonditi dimostrano che le malattie fisiche possono manifestarsi come sintomi "psichiatrici" e che il corretto approccio dovrebbe iniziare con un trattamento medico. Inoltre, una buona nutrizione, un ambiente sano e un lavoro gratificante, faranno molto per tali persone.

Esse reagiscono positivamente al riposo, a un ambiente sicuro e a una dieta sana. Ciò di cui non hanno bisogno, è tortura o violazione dei loro diritti umani, come descritti nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e nella Dichiarazione dei Diritti Umani della Salute Mentale del CCDU.

Il dottor Thomas Szasz affermò:

"Gli ospizi per anziani, i seminari, le case d'accoglienza per indigenti i cui legami familiari si sono disintegrati, queste e molte altre strutture saranno necessarie per assicurare i compiti che ora vengono affidati agli ospedali psichiatrici".

Nel corso degli anni il CCDU ha individuato delle strutture in Italia, create da psichiatri che lavorano nel settore pubblico, in cui si fornisce assistenza efficace e rispettosa dei diritti umani. In alcuni casi i "pazienti", sono stati chiamati a esprimere il loro parere e ad aderire alle iniziative intraprese.

Laboratori artigianali, alberghi, ristoranti, attività agricole e molto altro, sono stati creati come cooperative sociali, dove gli "ex pazienti psichiatrici", lavorano e vivono. A loro è stata lasciata la scelta sul tipo di attività lavorativa, sugli orari, sul luogo di residenza.

Gli stipendi sono veri stipendi, basati sull'orario effettivamente svolto e non imputabili a "sfruttamento del lavoro", come avviene invece in molti casi, ove a fronte di una produzione le persone ricevono somme ridicole.

In questi casi, anche persone provenienti dagli ospizi per anziani, giovani disoccupati dell'area geografica e altri, sono coinvolti e partecipi nelle cooperative sociali. In questo modo si è attuata una vera integrazione.

Questi centri, non sono stati realizzati, né ispirati dal CCDU. Alcuni psichiatri italiani li hanno creati e li dirigono (o li hanno diretti). Interpellati dal CCDU in proposito, i dirigenti di queste cooperative sociali e gli psichiatri responsabili, hanno risposto che:

- L'utilizzo di psicofarmaci si è ridotto del 90% circa. Non perché siamo contrari a usarli, ma perché non erano più necessari.
- I trattamenti sanitari obbligatori sono quasi completamente spariti (riduzione di circa il 99%).
- Queste strutture, non solo forniscono sicurezza, riabilitazione e tutela dei diritti umani, ma i costi per le Regioni e lo Stato sono ridotti enormemente, rispetto a quelli delle normali strutture o comunità, dove i "pazienti" vengono parcheggiati, coinvolti in attività saltuarie, non pagati e sedati in risposta a qualsiasi obiezione o protesta.

Il CCDU non può che condividere queste iniziative e fare quanto possibile per farle conoscere ai politici e al pubblico in generale. Ha dato la possibilità, ai centri e professionisti che lo desiderano, di essere segnalati nella pagina del sito CCDU.org " Centri e professionisti salute mentale ".

TSO: un po' di dati

Il TSO, come previsto dalla legge, dovrebbe essere l'extrema ratio: l'ultima estrema risorsa da sfruttare quando qualsiasi altro tentativo abbia fallito.

Riuscire ad avere dei dati reali è piuttosto difficile perché molti TSO coatti vengono segnalati nelle cartelle cliniche come TSV (Trattamenti Sanitari Volontari).

Tralasciando periodi antecedenti, secondo i dati ufficiali Istat⁹, nel 2006 abbiamo avuto circa 9.000 casi di TSO. Nel 2010¹⁰ i ricoveri per TSO erano in totale 10.675.

Dall'inizio del secolo TSO sono annualmente oscillati tra gli 8.000 e gli 11.000 casi. Nel 2016 i TSO dichiarati in Italia sono stati circa 8.000.

Questo vuol dire che ogni giorno dell'anno in Italia vi sono mediamente 22 casi di cittadini il cui unico modo per gestire i loro problemi sia attraverso degradanti costrizioni fisiche e farmacologiche.

Questo vuol dire che ad oggi, nel 2018, il numero di cittadini ricoverati in TSO dal 2010 ha superato di molto il numero dei detenuti reclusi nelle prigioni italiane (45.000).

– 9

www.istat.it

– 10

Fonte Ministero della Salute, banca dati SDO

TSO: un cambiamento necessario

Il continuo ricorso al TSO viene visto da certa psichiatria come il fallimento nel formare una generazione di psichiatri in grado di aiutare piuttosto che sopprimere¹¹.

La legge Basaglia non viene quindi vista come manchevole, quanto l'unico appiglio che certa psichiatria – mal preparata – utilizza per gestire i problemi del cittadino.

Il CCDU oltre alle attività di sensibilizzazione di questa problematica, ha contribuito a portare avanti una proposta di legge che mira a tutelare il cittadino dagli abusi evidenziati da una scorretta gestione del TSO.

A nostro avviso si evidenziano i seguenti gravi limiti delle attuali procedure e pratiche relative al TSO, con conseguenze inaccettabili e inconciliabili con la salvaguardia dei diritti umani:

- a. L'eventuale difesa del cittadino sottoposto a TSO può avvenire solo dopo che questo è già stato fatto e ogni danno possibile è già avvenuto. Ciò viola irrimediabilmente il principio del diritto alla difesa.
- b. In caso di effettiva urgenza d'intervento la procedura attuale risulta impraticabile o eccessivamente lenta.
- c. Restano zone d'ombra relative ad aspetti specifici quali il diritto di comunicare e la chiusura a chiave dei reparti; maggiori cautele dovrebbero essere adottate in merito alla contenzione fisica e non vi sono sanzioni specifiche per chi commetta eventuali abusi.

– 11

Piero Cipriano: La fabbrica della cura mentale. Ed. Elèuthera.

Peter C. Götzsche: Psichiatria letale e negazione organizzata. Fioriti Editore.

Italia · Dettaglio sul territorio dei ricoveri TSO - Istat 2016

Totale Italia 7.995

Nord 3.029

Nord-ovest 1.545

Nord-est 1.484

Centro 1.340

Mezzogiorno 3.626

Sud 2.087

Isole 1.539





Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani (CCDU) Onlus
Via Vincenzo Monti 47, 20123 Milano
www.ccd�.org

I edizione 2018
II edizione 2019