



Si conferma, ancora una volta, peraltro, la consapevolezza che tutta la materia che interessa il regime speciale sia composta di questioni la cui complessità non consente risposte semplificate o di facile impatto mediatico: sono questioni che richiedono soluzioni gradualistiche e condivise tra tutte le Istituzioni interessate, nella direzione della doverosa ricerca della linea di compatibilità tra le esigenze preventive di interesse generale e i principi inderogabili della Carta costituzionale.

### 36. Trattamento sanitario obbligatorio

Sin dall'inizio della sua attività di visita delle strutture per la tutela della salute in ambito non penale, il Garante nazionale ha evidenziato la centralità dell'esercizio del proprio mandato nell'esame del trattamento sanitario obbligatorio (Tso). Una centralità che assume subito la connotazione di criticità: per la scarsità e la non sistematicità dei dati disponibili, per la disabitudine dei Dipartimenti ove esso si attua all'osservazione di occhi esterni e indipendenti, per il rischio della consuetudine di tale trattamento nel contesto di un percorso terapeutico, per le informazioni ricorrenti di pratiche che, pur non essendo formalmente così definite, possono configurarsi come impropri trattamenti sanitari attuati contro la volontà della persona, a volte anche in luoghi anomali. Il dibattito sul trattamento sanitario obbligatorio rimane a tutt'oggi un dibattito aperto che presenta, quindi, diverse criticità che dovrebbero essere affrontate il prima possibile a garanzia della tutela della salute della persona con disagio psichico e in molti casi della sua dignità.

Prima tra tutte rimane da risolvere la questione dell'aggiornamento, della completezza e dell'eshaustività dei dati statistici messi a disposizione dalle fonti nazionali (Istat, Ministero della salute) accanto a quella dell'attendibilità dei dati del Sistema informativo ospedaliero nazionale (Sio) relativi all'applicazione del trattamento sanitario obbligatorio.

Prima tra tutte rimane da risolvere la questione dell'aggiornamento, della completezza e dell'eshaustività dei dati statistici messi a disposizione dalle fonti nazionali (Istat, Ministero della salute) accanto a quella dell'attendibilità dei dati del Sistema informativo ospedaliero nazionale (Sio) relativi all'applicazione del trattamento sanitario obbligatorio. Nell'ultimo anno, il Garante nazionale, infatti, oltre ad avviare le visite e il monitoraggio dei Servizi psichiatrici per diagnosi e cura (gli Spdc), ha attivato, in collaborazione con alcuni Dipartimenti di epidemiologia regionali, tra i quali anche quello del Lazio, studi epidemiologici *ad hoc*, che hanno fatto emergere una certa disattenzione nella compilazione delle schede di ricovero e di dimissione ospedaliera (Sdo<sup>8</sup>). I *focus* regionali palesano l'evidente distorsione del dato: questa, pur con le dovute cautele, appare legata proprio a una scarsa precisione nella compilazione della scheda Sdo. In alcuni casi si tratta di una sovra-rappresentazione del Tso come modalità prevalente di ricovero negli Spdc, al di sopra della media nazionale; in altri casi di una sotto-rappresentazione non giustificata dall'incrocio con altri dati.

8. Lo Sdo è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.



È evidente che il ricovero per patologie psichiche, più che per altre patologie, possa incidere sulla limitazione di alcune libertà personali, sia per l'oggettiva difficoltà del trattamento volontario della persona affetta da esse, sia per la presenza ancora rilevante di persone con tale disagio o patologia non prese in carico dai Servizi territoriali e che improvvisamente appaiono sulla scena dell'emergenza, sia infine per una tradizione di scarso assegnamento di autodeterminazione verso una persona con tali difficoltà e di frequente priorità data a interventi 'coercitivi'. Ma, anche escludendo l'incidenza di quest'ultimo aspetto che richiede tuttora evoluzione culturale oltre che non arretramento rispetto a riflessioni che nel nostro Paese hanno ormai almeno quarant'anni, resta il fatto che la limitazione della libertà si prospetta in ricoveri di questo tipo con non trascurabile incidenza. È pertanto doveroso, soprattutto quando si tratta di un ricovero *obbligatorio* e la limitazione si trasforma in *privazione*, che tutte le professionalità coinvolte, sia mediche che eventualmente di sicurezza, pongano particolare cura alla stretta aderenza alle procedure da adottare, alla dettagliata registrazione e alla codifica di ogni degenza, sia in fase di accettazione che in fase di dimissione del paziente, a ogni momento dello svolgersi del trattamento. Al pari delle informazioni relative ad altre patologie, generalmente inserite con attenzione per consentire la ricerca in campo medico e sperimentale, i dati riguardanti le patologie mentali e i Tso inseriti nel Sistema informatico ospedaliero (Sio) delle varie Regioni, dovrebbero essere esaustivi, dettagliati, oltre che ovviamente attendibili: un traguardo che il Garante nazionale ritiene, sulla base dell'esperienza fin qui condotta, non ancora raggiunto in tutto il territorio nazionale.

È evidente che il ricovero per patologie psichiche, più che per altre patologie, possa incidere sulla limitazione di alcune libertà personali, sia per l'oggettiva difficoltà del trattamento volontario della persona affetta da esse, sia per la presenza ancora rilevante di persone con tale disagio o patologia non prese in carico dai Servizi territoriali e che improvvisamente appaiono sulla scena dell'emergenza, sia infine per una tradizione di scarso assegnamento di autodeterminazione verso una persona con tali difficoltà e di frequente priorità data a interventi 'coercitivi'.

Da questa osservazione, discende la richiesta che il Garante nazionale ha avanzato sin dall'inizio della sua istituzione: la predisposizione di un *Registro nazionale dei trattamenti sanitari obbligatori* nel quale annotare ogni informazione circa il ricovero in Spdc, la modalità in cui si sviluppa, gli eventuali passaggi da situazione volontaria a obbligatoria, la durata del ricovero stesso con suo inizio e fine e tutte le altre informazioni già ampiamente elencate nelle precedenti Relazioni al Parlamento<sup>9</sup>. Spetterebbe a un'Autorità centrale la competenza per le procedure di controllo in collaborazione con il Garante nazionale.

L'ulteriore traguardo che il Garante nazionale auspica venga raggiunto – e per il quale chiede l'impegno, a diversi livelli di chi ha responsabilità amministrativa e operativa – riguarda l'iter procedurale che dà luogo

9. Si vedano:

a) Garante nazionale, *Relazione al Parlamento 2017*, paragrafo 84, p. 136, "Il trattamento sanitario obbligatorio" e paragrafo 86, p. 139, "Standard per il trattamento involontario",

b) Garante nazionale, *Relazione al Parlamento 2018*, paragrafo 25, p. 167, "Il registro dei Tso e la notifica al Garante".

Le *Relazioni al Parlamento* sono consultabili sul sito del Garante nazionale all'indirizzo web:

<http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/grf69ffca2d0dre224co8c65a-dff62343.pdf>



all'emissione del provvedimento del ricovero e, più in generale, del trattamento non volontario. Riguarda la parte relativa alla convalida della proposta di Tso fatta da un primo medico, nei casi in cui il secondo parere è espresso da un altro medico appartenente alla stessa struttura operativa: è opinione del Garante nazionale, che ha riscontrato, con seria perplessità, tale prassi in più strutture visitate, che questo modo di procedere mini il significato di 'pareri indipendenti' che la norma richiede.

Questa diminuita indipendenza dei pareri espone – come osservato dal Garante nazionale in alcune situazioni – al rischio elevato di un utilizzo del trattamento non volontario come modalità prevalente e a volte routinaria nell'affrontare situazioni di difficoltà, facendo cadere quella connotazione di eccezionalità che tale trattamento deve avere. In tal senso infatti fa riflettere la tendenza rilevata in alcuni Spdc al rinnovo consuetudinario dell'obbligatorietà allo scadere dei primi sette giorni previsti dalla legge e il suo ripetersi anche plurimo, con intervalli brevi di volontarietà: una sequenza oscillante che si è prolungata per molto in alcuni dei casi riscontrati. A parere del Garante – senza per questo voler interferire sulla decisione medica – ci si dovrebbe interrogare sulla valenza riabilitativa di un trattamento sanitario volontario eseguito nelle stesse complessive condizioni in cui è stato eseguito il precedente trattamento obbligatorio.

A questa riflessione si affianca quella sulla caratteristica impropria e normativamente 'fluida' di alcuni trattamenti attuati contro la volontà della persona spesso in luoghi al di fuori dell'ambito sanitario, perfino in carcere, che si realizzano con il temporaneo contenimento della persona al fine della somministrazione di farmaci: una applicazione di misure contenitive temporanee come strumento primario di gestione della crisi del paziente prima di essere contenuto farmacologicamente. Si tratta di una 'frontiera mobile' sul confine della quale fluttuano e si insinuano i rischi di un trattamento sanitario obbligatorio 'nascosto' e attuato impropriamente. Difficile una indicazione complessiva che prescindendo dalla dinamica del singolo caso: resta però la necessità di vigilare perché tali pratiche mettono in gioco la libertà della persona e la legittimità e la trasparenza dell'operare di chi, seppur provvisoriamente, la nega.

## 37. Trattenimenti

Secondo un orientamento consolidato, la detenzione amministrativa di persone straniere è internazionalmente lecita solo entro margini assai ristretti, come misura di ultima istanza.

- Secondo un orientamento consolidato, la detenzione amministrativa di persone straniere è internazionalmente lecita solo entro margini assai ristretti, come misura di ultima istanza. Quest'impostazione trova fondamento nella circostanza che la detenzione costituisce, in generale, un'eccezione, e, come tale, da interpretare in modo restrittivo, rispetto alla norma internazionale che riconosce il diritto fondamentale alla libertà personale. Nell'ipotesi specifica della detenzione amministrativa di persone migranti tali margini sono ulteriormente rafforzati dall'assenza della giustificazione, universalmente accolta, costituita dall'esigenza di punire o di accertare la commissione di un reato.

L'eccezionalità della detenzione amministrativa di persone migranti comporta, in primo luogo la sua giustificazione – per tutta la sua durata – in termini di necessità e di proporzionalità e, nell'assenza di