



**Seconda conferenza nazionale autogestita salute mentale**  
Roma Centro Congressi Frentani 6/7 dicembre 2024

I Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) nella Città di Torino: un'analisi socio-giuridica.  
Carolina Di Luciano, Michele Miravalle - Università degli Studi di Torino

Relazione di Carolina Di Luciano

*1. L'Osservatorio sui Trattamenti Sanitari Obbligatori della Città di Torino*

Nel 2015, a Torino, moriva Andrea Soldi a causa di un TSO eseguito in modo errato e violento. Andrea aveva quarantacinque anni e conviveva con la diagnosi di schizofrenia da quando ne aveva venti. Era ben conosciuto, sia ai servizi psichiatrici territoriali, sia nel quartiere, per questo la sua morte - avvenuta in piazza in pieno pomeriggio - scuoteva profondamente la Città. Negli anni è stato avviato un procedimento penale a carico degli agenti di polizia municipale che eseguirono il trattamento e dello psichiatra presente sul posto. Recentemente, la Cassazione ne ha confermato la pena, riconoscendo, tra l'altro, che la condotta colposa assunta dai professionisti fosse dovuta anche all' "assoluta mancanza di coordinamento fra il medico e i tre agenti durante l'esecuzione del trattamento".

È innegabile che quel fatto abbia lasciato una profonda cicatrice nella città. Negli anni successivi, l'amministrazione comunale proponeva, in collaborazione con le ASL e con la polizia locale, dei corsi di formazione specifica e una completa ristrutturazione della procedura, giungendo a stilare un protocollo comune tra medici e operatori di polizia sulle procedure operative in caso di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori.

Nel 2022, anche a seguito della registrazione di un aumento dei TSO effettuati nella Città di Torino, l'Amministrazione, sollecitata dalla Garante dei diritti delle persone private della libertà personale, proponeva di effettuare uno studio sui TSO, per studiarne l'andamento e le cause dell'aumento. Nel 2023, quindi, nasceva il "gruppo di lavoro e studio sui trattamenti sanitari obbligatori della Città di Torino", coordinato dall'Università di Torino e con il supporto e la collaborazione del Comune - in particolare, della Garante dei diritti delle persone private della libertà personale, dell'Assessorato al Welfare con delega ai TSO e dell'Assessorato alle Politiche per la Sicurezza e alla Polizia Locale - nonché dell'Azienda Sanitaria locale e dall' A.O.U. Città della Salute e della Scienza. Il gruppo di lavoro ha avuto come obiettivo lo studio dei fascicoli di TSO effettuati nella Città di Torino negli ultimi 10 anni, nonché lo svolgimento di interviste qualitative e quantitative al personale, a vario titolo, coinvolto

nell'esecuzione dei trattamenti.

Oggi siamo in grado di presentare i dati relativi a cinque anni di TSO effettuati nella città di Torino (2019-2023)<sup>1</sup>, nonché le informazioni raccolte attraverso 9 interviste a psichiatri, alcuni operanti nel principale SPDC della Città, altri in due differenti CSM, un'intervista al Comandante della Polizia Locale responsabile per le attività di TSO e due focus group al personale di polizia locale, sia appartenente al servizio territoriale, sia del servizio operativo speciale riservato a tale attività<sup>2</sup>.

Nella primavera del 2024 il Gruppo di lavoro ha inteso strutturarsi nell'”Osservatorio della Città di Torino sui Trattamenti Sanitari Obbligatori”, che manterrà i suoi obiettivi di ricerca, osservazione, nonché di monitoraggio delle pratiche. Tra gli altri, vi è l'intento di formalizzare le buone pratiche esistenti ed aggiornare, in base ai risultati dello studio, il precedente protocollo operativo.

Prima di addentrarci nella relazione è bene ricordare che ai sensi degli articoli 33-35 L. legge 23 dicembre 1978, n. 833 il TSO deve essere richiesto da un medico e convalidato da un secondo medico (appartenente al dipartimento di salute mentale). Per divenire esecutiva, la richiesta di TSO deve essere convalidata dall'autorità amministrativa (il sindaco o un suo delegato) ed in seguito dall'autorità giudiziaria (giudice tutelare). Come visto, il TSO implica la presenza di diversi operatori istituzionali: sanitario, amministrativo, giudiziario e di pubblica sicurezza. La coazione, insita nel trattamento sanitario obbligatorio, giustifica la presenza di un organo amministrativo deputato al mantenimento dell'ordine pubblico, individuato, per via della competenza del sindaco in materia sanitaria, nella Polizia locale. I requisiti che la legge richiede affinché possa essere eseguito un TSO sono:

- la persona rifiuta le cure mediche;
- si è in presenza di alterazioni psichiche e comportamentali tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il TSO assolve nella prassi alla duplice esigenza di “curare” l'individuo e di “contenere” il corpo malato non collaborante (Cardano M. et al., 2020), rivelando la sua doppia natura di strumento di controllo, oltre che di cura (Conrad P., 1992). L'ambiguità ontologica dei trattamenti sanitari involontari, nonché la complessità delle pratiche attraverso cui vengono disposti, sottolineano l'importanza di uno studio empirico socio-giuridico, capace di legare il piano microfisico dell'esecuzione del Tso in un preciso contesto (la città di Torino), con l'evoluzione del paradigma di re-istituzionalizzazione della salute mentale avvenuta negli ultimi decenni.

## *2. il dato quantitativo: i risultati dell'analisi dei dati su 5 anni (2019-2023)*

Prima di entrare nel merito, vorrei esporre alcuni dati quantitativi utili ad orientarsi nella materia e comprendere le successive osservazioni.

Nel quinquennio 2019-2023 sono stati analizzati 1.059 fascicoli di prima richiesta di TSO. La media è di circa 200 TSO l'anno. Nei cinque anni analizzati la quasi totalità delle richieste di TSO sono state convalidate da parte dell'autorità amministrativa e giudiziaria, solamente in 16 casi non è stato eseguito per questioni sopravvenute (richiesta revocata dal medico, allontanamento volontario del paziente), mai per questioni di merito (sulla legittimità o meno del trattamento). Tale dato evidenzia

l'estrema burocratizzazione della procedura, che viene convalidata d'ufficio dalle autorità che sarebbero poste a tutela della procedura e dei diritti del singolo. Quest'ultimo, è, poi, assolutamente escluso dalla procedura che lo riguarda: non vi è traccia di ricorso a mezzi di impugnazione difensivi, attivabili dal singolo o da chiunque ne abbia interesse.

Il 70% dei TSO dura 7 giorni o meno. In caso di successive proroghe è marginale il prolungamento oltre i 14 giorni (meno del 10%).

Tuttavia, è rilevante il numero dei TSO ripetuti su una medesima persona nell'arco degli anni (nei cinque anni analizzati 152 persone sono state sottoposte a più di un TSO). La ripetizione può essere spiegata da diversi fattori: insorgenza della malattia e difficile aderenza alle cure, la diagnosi, le condizioni soggettive del paziente, le condizioni oggettive relative al limite delle risorse disponibili, come vedremo più nel dettaglio nel prosieguo della relazione.

Se il dato della ripetizione del TSO viene sommato a quello sulle proroghe, si ottiene una fotografia della durata complessiva dei ricoveri di ciascun paziente, che, ad esempio in uno dei fascicoli analizzati, è pari a 65 giorni di ricovero coattivo in un anno.

Un ultimo dato rilevante riguarda l'esito della fine dei TSO, che nella maggior parte dei casi si trasforma in un ricovero volontario. Sono, poi, frequenti i casi in cui il TSO è richiesto mentre la persona è già ricoverata o segue una dimissione appena avvenuta.

### *3. Il dato qualitativo: il TSO nella città di Torino "Post – Andrea Soldi"*

Un dato fondamentale che, nel nostro caso, è servito da lente di ingrandimento attraverso cui leggere l'intera procedura di TSO nella Città di Torino, riguarda il TSO c.d. "programmato". Nel 73% dei casi, infatti, il fascicolo riguardava una persona "già nota",

“conosciuta”, “precedentemente seguita”. Il dato significa che il trattamento coattivo interessa principalmente persone in carico ai servizi o comunque note agli stessi.

Come emerge dalle interviste effettuate, la Torino post- Soldi ha sviluppato un proprio modello organizzativo di gestione dell’urgenza psichiatrica, arrivando ad un piano di intervento comune tra polizia locale e CSM, più o meno condiviso da tutte le realtà territoriali.

Gli psichiatri del CSM, quando percepiscono le avvisaglie di un possibile scompenso del paziente (cui sintomi di allarme possono essere la mancata comparizione ad un appuntamento per la somministrazione della terapia a lento rilascio, o la segnalazione ricevute dai familiari o dalle persone vicine allo stesso), si organizzano per un tentativo di aggancio in una scala di graduale ascesa verso la coercitività delle cure. Solitamente, infatti, si tenta di procedere con un approccio relazionale ed invitando il paziente ad aderire al trattamento, anche tramite visite domiciliari. Se il paziente è reticente, si prosegue con un accertamento sanitario obbligatorio e, qualora lo stesso ne evidenziasse la necessità, un successivo trattamento coattivo. Tale attività implica una serie di azioni preparatorie: la disponibilità del medico a recarsi sul posto, dell’eventuale secondo medico per convalidare il trattamento, la disponibilità degli operatori di polizia, il posto letto presso l’SPDC in caso di ricovero. Una raccolta di informazioni meticolosa che viene fatta sia dagli operatori del CSM, sia dagli operatori di polizia che, quando possibile, stilano una scheda del “profilo di pericolosità” del paziente basata su dati riferiti dal CSM o reperiti dagli stessi. Tale analisi del rischio è funzionale ad individuare quali agenti assegnare all’operazione: se agenti specializzati, appartenenti ad un nucleo operativo dedicato (creato, appunto, dopo l’episodio di Andrea Soldi) o se agenti in servizio presso il reparto territoriale.

Sebbene secondo gli operatori il TSO nella maggior parte dei casi “si sa come inizia, ma non come finisce”, l’organizzazione dell’operazione li renderebbe più sicuri di un buon esito, ovvero di un esito senza uso spropositato della forza o senza un’importante dispersione di tempo e risorse.

L’ossimoro del “TSO programmato” è, quindi, attività tipica dei CSM cittadini, che mirano a prevenire l’insorgenza di un punto di non ritorno, ossia, quella acuzie che la legge descriverebbe come condizione per eseguire un trattamento coattivo. In questo modo, il TSO diviene una pratica terapeutica preventiva, talvolta persino una modalità di somministrazione della terapia quando la persona non è aderente alle cure. Questo anche perché, come unanimemente condiviso dagli psichiatri intervistati, quando si tratta di emergenza e di pericolo per sé e per gli altri non si ricorrerebbe nemmeno alla procedura del TSO – percepita come lenta, burocratica, d’intralcio – ma all’agire in stato di emergenza, tramite la causa di giustificazione dello stato di necessità ex art. 54 c.p.

Il quadro brevemente riassunto, quindi, permette di individuare il TSO come una pratica maggiormente riservata ad un tipo di paziente (più delle volte italiano, già in cura per una diagnosi specifica, con una rete di sostegno sociale) ed una zona grigia, ove talvolta sono eseguiti trattamenti coattivi tramite la procedura suddetta, altre volte si agisce senza particolare copertura. A questa seconda categoria di trattamento appartengono

più spesso pazienti che non possiedono una diagnosi c.d. “maggiore”, ma presentano disturbi della personalità o con tratti di antisocialità e tendono a ritrovarsi in situazioni di pericolo, per loro stessi o per altri. A quel punto l’intervento è d’obbligo e, probabilmente, rappresenta un aggancio tardivo: emerge chiaramente come il TSO nei confronti di questa tipologia di pazienti supplisce ad una carenza di presa in carico precedente di tipo relazionale.

Il TSO, quindi, è uno strumento metamorfico, che risponde nella maggior parte dell’ipotesi ad un’esigenza di cura di pazienti noti, che devono essere socialmente controllati. Il resto delle volte il confine è labile e dipende in concreto dagli atteggiamenti messi in atto dal singolo. Non infrequenti sono i casi in cui una persona ha comportamenti non socialmente conformi, che tuttavia non rappresentano un pericolo attuale né un’ipotesi di reato, per cui le forze dell’ordine si rivolgono all’autorità sanitaria per una soluzione nell’immediato. In questi casi, però, non essendoci un’emergenza sanitaria in corso, il TSO non dovrebbe essere valutata come opzione. Tanto è rimesso al singolo operatore e agli equilibri tra esigenze di cura e di controllo, dove non da ultimo - e soprattutto nel contesto torinese approfonditamente descritto - interviene il fattore della medicina difensiva, che predilige un TSO oggi, per evitare di dover rispondere di negligenza domani.

#### *4. Conclusioni:*

La legge 180 del 1978, da cui ha origine la disciplina del trattamento sanitario obbligatorio, ha inteso chiudere i manicomi e contestualmente aprire la città alla cura e al trattamento delle persone con disturbi psichiatrici. La novità, infatti, era rappresentata dalla psichiatria territoriale, aperta a tutti e facilmente accessibile. In quel contesto ha assunto un ruolo fondamentale la relazione medico-paziente, la costruzione di percorsi personalizzati, la presa in carico non solo dei sintomi ma anche delle cause “ambientali”, ossia sociali, relazionali del paziente. Oggi, visitando i CSM e sentendo le voci degli operatori, si ha la sensazione che quello sia un’ideale ormai lontano dalla pratica quotidiana. La pressione sui centri territoriali è aumentata, per vari fattori, tra cui l’ampliamento delle patologie diagnosticabili, ma anche la caduta dello stigma nei confronti del malessere psichico. Tuttavia, non è seguito un potenziamento dei servizi, che sono al collasso<sup>3</sup> e non riescono a garantire una presa in carico puntuale ed olistica del paziente, ricorrendo con più frequenza al trattamento farmacologico.

In questo contesto, un ultimo cenno deve essere fatto al d.d.l 1179 presentato dall’onorevole Zaffini e attualmente in discussione al Senato, con riguardo all’art. 5 rubricato “situazioni di emergenza e interventi sanitari”. La dichiarazione programmatica del testo sembra ben riassunta al comma 3 dell’articolo 5: “Le procedure di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e trattamento sanitario obbligatorio (TSO) di cui agli articoli 33 e successivi della legge 23 dicembre 1978, n.833, sono attivate quando la necessità di garanzia della tutela della salute sia ritenuta prevalente rispetto al diritto alla libertà individuale”. A mio avviso tale è un’affermazione vuota di significato, posto che il trattamento sanitario obbligatorio è una forma di restrizione della libertà personale e come tale deve rispettare le garanzie sia dell’art. 32 Cost. sia dell’art. 13 Cost., senza alcuna necessità di valutazione né di bilanciamento tra due diritti che, al contrario, devono essere rispettati contestualmente ed in pieno, soprattutto durante l’esecuzione di un trattamento coattivo (Corte Cost. sentenza 22/2022).

Il punto è che il testo della legge non fa che sacrificare la tutela del diritto alla libertà individuale in favore delle necessità di cura. La proposta di legge, infatti, norma molte delle pratiche osservate e appena descritte. Anzitutto, fornisce nuova centralità agli Accertamenti Sanitari Obbligatori e ai Trattamenti Sanitari Obbligatori extraospedalieri, che prevedono in entrambi i casi una procedura semplificata: è sufficiente la proposta di un medico e l'ordinanza del sindaco, non essendo richiesta né la convalida di un secondo medico né il controllo del giudice tutelare<sup>4</sup>. Il tentativo è di diminuire la pressione sugli ospedali, cercando di favorire le cure domiciliari, logica che sarebbe anche condivisibile in un'ottica di de-istituzionalizzazione. Ma la tendenza è diametralmente contraria: il comma 4 dell'articolo 5 dispone la creazione di non meglio specificate "strutture idonee per l'effettuazione di osservazioni cliniche", ove la persona può permanere fin tanto che sia necessario a terminare l'osservazione, introducendo quindi una nuova forma di accertamento che va oltre la singola visita (come attualmente nella prassi). In tali strutture dovrebbe altresì svolgersi il ricovero dei pazienti nelle more della convalida del trattamento sanitario obbligatorio. Al comma 10, infatti, è prevista la possibilità di procedere al trattamento anche nell'attesa della convalida del sindaco, aggirando così definitivamente quel "feticcio" di garanzia rimasto in piedi dalla L. 180. Il ritorno alla necessità di contenimento della paziente psichiatrico è confermato ulteriormente dall'aumento della durata del TSO (assolutamente non necessario, come dimostrato dai dati presentati precedentemente), prolungabile senza un limite di tempo. Ed infine, l'aggiunta di una nuova condizione per ricorrere al trattamento coattivo, ossia "d) elevato rischio di aggravamento del quadro clinico in caso di assenza di trattamento" (art. 5, c. 9). Con ciò si suggella la pratica ampiamente descritte di anticipazione del trattamento coattivo per prevenire l'insorgenza dell'acuzie.

In conclusione, la proposta di legge sembra seguire il trend della neo-istituzionalizzazione e il ritorno della visione del paziente psichiatrico come pericoloso, da contenere. La tendenza è, però, nettamente contraria a quella degli operatori che quotidianamente si occupano di salute mentale, che non solo chiedono più risorse per garantire una cura adeguata e modulare per i pazienti, ma anche una risposta istituzionale alla questione sociale che li alleggerisca dal carico e che permetta di tornare a lavorare sulla cura, non in condizioni di emergenza.

---

<sup>1</sup> la scheda di rilevazione utilizzata per analizzare i fascicoli permette di registrare le seguenti informazioni: sesso, età, residenza, nazionalità, tipo di TSO (ospedaliero/extraospedaliero), stato di detenzione, orario di esecuzione del TSO, servizio di appartenenza del medico proponente/convalidante, specialistica del

medico proponente/convalidante, anamnesi, esame psichiatrico, autorità che dispone il trattamento (sindaco/delegato), numero di eventuali proroghe, durata totale del trattamento, esito, intervento delle forze dell'ordine, specifiche relative ai minori. Quando reperibili, vengono registrate le informazioni relative alla condizione socio-economica del soggetto, della sua storia clinica e altre informazioni sulle modalità di esecuzione del TSO.

<sup>2</sup> Il personale a cui sono state rivolte le interviste è stato individuato secondo le seguenti direttive. Per quanto riguarda il personale sanitario, sono stati individuati due CSM di facile accesso al campo per via dell'inclusione del direttore del DSM di riferimento all'interno del gruppo di lavoro. In ogni caso i centri appartenevano ad una zona della città dalla quale, secondo i dati quantitativi raccolti, emergeva un alto ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori. Inoltre, pur appartenendo alla medesima ROT territoriale, sono

situati in due zone della città differenti, una più centrale e abbiente, l'altra più periferica e popolare. L'SPDC individuato è situato all'interno dell'ospedale universitario della città ed è il riferimento anche per i ricoveri fuori provincia e regione. Nello scegliere il personale da intervistare è stata posta attenzione agli anni di esperienza professionale, nonché alla variabile di genere. Quanto al personale di polizia sono stati intervistati membri del ROS (servizio operativo speciale), formati per effettuare i TSO, e membri del servizio territoriale, con diversi anni di esperienza professionale. Anche in questo caso nella scelta è stato tenuto conto di differenti qualifiche (ufficiali, agenti) e del genere degli intervistati.

<sup>3</sup> “c'è anche l'aspetto organizzativo, nel senso lato, che abbiamo meno risorse, quindi quando tu non ce la fai, noi siamo in tre, abbiamo un bacino di 50-60 mila abitanti, è in carico più o meno 2.000-2.500 pazienti, ora lei capisce che di questi 2.500, non dico che facciamo esclusivamente ma principalmente le patologie più gravi, essendo in tre medici lei capisce che seguire questi pazienti può essere una costanza a volte è difficile, è chiaro che meno risorse ci sono, i pazienti vengono visti con meno frequenza, sia meno un monitoraggio quindi è anche più facile che nel momento in cui vedi il paziente si stia o si sia scompensato, quindi sicuramente con un sistema territoriale più potenziato probabilmente si riuscirà anche a prevenire” (Psichiatra del CSM).

<sup>4</sup> in palese violazione della riserva di giurisdizione di cui all'art. 13 Cost. e, per quanto riguarda i trattamenti extraospedalieri, anche in violazione della riserva di legge, essendo normati esclusivamente dalle Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale formulate nel 2009 in seno alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.