

Pratiche di Polizia Locale T.S.O.

RICEVIAMO E PUBBLICHIAMO, una interessante circolare della Polizia Municipale di CARINI (PA) a firma del brillante Comandante MARCO VENUTI, Associato MARCOPOLO. Nel ringraziare il collega, si invitano altri a trasmettere note e documenti di interesse della categoria. C I T T À D I C A R I N I

P R O V I N C I A D I P A L E R M O

CORPO POLIZIA MUNICIPALE

SETTORE ATTIVITA' GESTIONALE

Carini, li 21 giugno '06

– A TUTTI I SETTORI

E, p.c

– AL SIG. SINDACO

– AL SIG. ASSESSORE ALLA POLIZIA MUNICIPALE

– AL SIG. SEGRETARIO GENERALE

– AL SIG. CAPO RIPARTIZIONE I – PERSONALE

– AL SIG. DIRIGENTE COMMISSARIATO P di S – PARTINICO

– AL SIG. COMANDANTE COMPAGNIA CC – CARINI

– AL SIG. COMANDANTE STAZIONE CC – CARINI

– AL SIG. COMANDANTE STAZIONE CC – VILLAGRAZIA DI CARINI

– AL SIG. COMANDANTE BRIGATA G di F- CARINI

– AL SIG. GIUDICE TUTELARE

- AL SIG. DIRIGENTE ASL N. 6
 - ALL'ASSESSORATO REGIONALE ALLA FAMIGLIA ED AUTONOMIE LOCALI
 - ALLA PREFETTURA
 - ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA presso il TRIBUNALE DI PALERMO
- LORO SEDE

Oggetto: esecuzione trattamento sanitario obbligatorio per soggetti con patologie mentali.

1.1 Lo scrivente Comando, con nota prot. 2341/A303 del 4 aprile 2002, al fine di razionalizzare al meglio l'azione di questo corpo di polizia municipale, ha fornito taluni indirizzi operativi in merito alla materia in oggetto.

Le argomentazioni tecnico-giuridiche addotte dallo scrivente sono state ampiamente suffragate in sede di numerosi convegni di categoria nonché dalla pubblicazione dei relativi atti in autorevoli riviste e testi specialistici (cfr. Rivista del Centro Regionale di formazione per la Polizia Municipale; Manuale "Il Vigile Urbano" Casa Editrice SIMONE Napoli; Rivista "CROCEVIA" Casa Editrice MAGGIOLI- Rimini).

Recentemente anche l'autorità giudiziaria è nuovamente intervenuta sulla vicenda confermando la correttezza dell'azione svolta da questo Comando (vedi successivo punto 1.6 e cfr. allegato stralcio articolo apparso sul quotidiano "ITALIA OGGI" del 16/06 u.s).

1.2 Pertanto si ritiene opportuno richiamare le disposizioni già impartite in riferimento alle procedure di esecuzione del provvedimento in trattazione, atteso che, com'è noto, sovente, sono state oggetto di disaccordi tra le polizie locali e le strutture sanitarie.

1.3 La problematica in questione è stata più volte affrontata dagli organismi competenti, che hanno chiarito il dubbio se

l'accompagnamento coattivo dei malati di mente ai luoghi di cura rientri tra le misure di polizia. L'Avvocatura Generale dello Stato, con apposito parere, ha risolto la questione in senso negativo, ritenendo trattarsi di un'operazione precipuamente sanitaria, rivolta alla tutela della salute e della incolumità del malato, come tale di competenza del personale sanitario.

1.4 Tale orientamento è stato sostanzialmente riconfermato dal Ministero della Sanità che, nei casi di rifiuto o di opposizione del malato a sottoporsi al trattamento obbligatorio o, ancor di più, nei casi di pericolosità sociale dello stesso, individua, ai fini dell'esecuzione forzata del provvedimento, due diverse competenze, con distinti ambiti di intervento e di responsabilità, l'una facente capo al personale sanitario (medico e paramedico), l'altra alla forza pubblica, istituzionalmente preposta a far rispettare le leggi e i provvedimenti dell'autorità.

“Cade, pertanto, sottolinea la circolare ministeriale, ogni fuorviante contrapposizione fra operazione di polizia e operazione sanitaria. Si tratta, infatti, di un'operazione congiunta laddove il personale sanitario, lungi dall'essere deresponsabilizzato dalla presenza della forza pubblica, continua ad essere titolare di un ruolo tecnico mirato alla tutela della salute del paziente, al rispetto ed alla cura della sua persona, nonché di recupero di un suo consenso”.

Sul punto è intervenuto anche il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale Affari Generali – Servizio Polizia Amministrativa e Sociale – Divisione Terza – Sez. I 559/C 17053.14700(1) Roma, 22-3-96 Rif. N. 3180/15.1 Gab. Del 17/01/96, che al riguardo ha osservato:

“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, talchè 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. IL DIRETTORE CENTRALE (Mustilli)".

1.5 La tesi dinanzi esposta è stata, peraltro, ribadita anche dalla prefettizia di prot. n° 00/7033/1.24.11/Sett.1° del 3 maggio 2000, con la quale la Prefettura di Palermo, ha, ancora una volta, confermato l'orientamento espresso dallo scrivente in ordine alle modalità di esecuzione dei provvedimenti amministrativi "de quibus".

In particolare, detta interpretazione prefettizia, ribadisce che: "l'esecuzione del T.S.O viene ad essere assicurata dall'azione complementare di due tipi di operatori, con distinti ambiti d'intervento e di responsabilità" .

Lo stesso ministero, ulteriormente interessato sull'argomento, con circolare della Direzione generale dell'amministrazione civile – Direzione Centrale dei Segretari Comunali e Provinciali e del personale degli Enti Locali – n° 3/2001 del 20.07.01, ha fornito alcune precise indicazioni procedurali, così riassumibili:

il Sindaco, quale Autorità sanitaria, emette l'ordinanza di ricovero obbligatorio per soggetto con patologia mentale presso il più vicino presidio sanitario, rimanendo a carico di quest'ultimo, qualora non vi fosse disponibilità di posti, il compito di individuare un'altra struttura idonea ove indirizzare il malato;

il personale della polizia municipale accompagnerà l'infermo fino al luogo di cura, anche se fuori dal comune, poiché interviene nell'esercizio del potere di polizia amministrativa sanitaria, propria dell'autorità locale, e non di pubblica sicurezza;

in via prioritaria i malati dovranno essere trasportati a bordo di autoambulanza, pur essendo possibile, in

considerazione della peculiarità della malattia, l'uso di qualsiasi automezzo, anche privato, in caso di necessità ed ove possibile;

una volta raggiunto il luogo di trasferimento, qualora il ricovero dell'infermo non fosse possibile per mancanza di posti disponibili lo stesso veicolo che ha iniziato il viaggio di trasporto proseguirà fino a raggiungere la nuova destinazione.

Al riguardo, come è stato autorevolmente evidenziato, proprio l'elemento "peculiare della malattia", elemento di giustificazione della direttiva ministeriale per l'utilizzo di veicoli diversi, fa ritenere improponibile l'utilizzo di un qualsiasi veicolo che non sia un autoambulanza attrezzata per far fronte ad un improvviso disturbo psicotico acuto (che si manifesta improvvisamente dopo uno stress o per altra causa) o schizofreniforme o da attacco di panico con o senza agorafobia) eventualmente uniti ad una psicopatologia dell'aggressività (in tal senso, A. Careddu, Trattamento di Polizia o trattamento sanitario, PM, ottobre 2001).

1.6 Le tesi dinanzi esposte hanno, di recente, come si è avuto modo di osservare dinanzi, trovato conforto in una decisione del Tar Catania che, con Sentenza n. 799/2005 del 6 maggio 2005, in parte accogliendo ed in parte rigettando il ricorso dell'AUSL n. 7 contro il Comune di Vittoria, ha così argomentato:

se il malato di mente per il quale si rilevi necessario, a giudizio dei sanitari, un T.S.O con ospedalizzazione, per le specifiche condizioni psicofisiche possa essere prelevato al domicilio e trasportato all'ospedale di destinazione dal solo personale sanitario (si pensi ad un malato non aggressivo ma incapace di intendere, di volere, di esprimere un qualsivoglia consenso o dissenso, e tuttavia bisognoso di terapie praticabili soltanto in ambiente ospedaliero), non appare necessario anche l'intervento della polizia municipale, ed

allora non può che farsi applicazione della regola generale secondo cui gli interventi sanitari competono, di norma, alle strutture sanitarie;

nelle ipotesi nelle quali invece si sia in presenza non già della semplice impossibilità-incapacità di esprimere consenso o dissenso, bensì di un atteggiamento di rifiuto del trattamento sanitario, che renda necessaria la coazione anche fisica, essendo prevedibile un atteggiamento di resistenza e di agitazione da parte del malato, il quale non consente all'esecuzione del trattamento sanitario ritenuto necessario dalle autorità sanitarie e disposto dal Sindaco dietro iniziative delle stesse, il malato stesso andrà prelevato dalla polizia municipale e da questa accompagnato al presidio ospedaliero di destinazione insieme con il personale medico e paramedico necessario alla somministrazione di terapie durante il viaggio, e comunque alla continua supervisione degli aspetti medico-assistenziali.

1.6 Nella suddetta sentenza, i giudici amministrativi hanno, tra l'altro, evidenziato che una soluzione come quella sopra descritta, non uniforme e soprattutto non predeterminabile, ma da modulare di volta in volta sulle esigenze specifiche del caso concreto, richiede un atteggiamento di totale collaborazione fra autorità sanitaria e quella comunale, dovendo essere i medici proponenti ad indicare motivatamente le ragioni sanitarie per le quali di volta in volta si ritiene ovvero non si ritiene necessaria anche la presenza della polizia municipale. Inoltre, il TAR Catania ha ritenuto infondata la censura addotta dalla AUSL ricorrente nella parte in cui "si vorrebbe giungere all'affermazione del principio (del tutto in contrasto con le competenze in materia attribuite, di norma, alle strutture sanitarie) che sempre e comunque deve essere la polizia municipale ad occuparsi di prelevare il malato e ad accompagnarlo al presidio di destinazione", ed altresì nella parte in cui "l'ausilio della polizia municipale, pure previsto nell'impugnata ordinanza non

viene ritenuto sufficiente, dovendo, secondo l'Azienda, il prelevamento ed il trasporto gravare in simili ipotesi esclusivamente sulla polizia municipale".

1.7 Comunque, ad avviso dello scrivente, elementari principi di buon senso, prima ancora che tecnico-giuridici, fanno emergere con chiarezza che un ammalato (qual è il soggetto sottoposto a T.S.O), in un momento così drammatico del cammino di guarigione necessita dell'assistenza del personale sanitario, che è il solo in grado di porre in essere gli accorgimenti necessari a far sì che la privazione della libertà personale avvenga in modo non traumatico, ed in guisa tale da non arrecare ulteriore nocumento all'equilibrio psicofisico dell'infermo. In tale fase, la pur dovuta e necessaria presenza del personale della polizia municipale potrà soltanto consentire l'uso della forza. Duole dover constatare che tale teorica non sia sostenuta dai tanti, troppi, sanitari che sostengono che si possa prescindere dalla loro presenza nell'esecuzione del provvedimento che ci occupa.

Inoltre, in presenza di stati confusionali o di stati di coscienza gravemente alterati (incapacità di esprimere consenso o dissenso nei confronti di proposta di intervento sanitario), il paziente è praticamente incapace di recepire proposte e valutarle, come di esprimere non solo un consenso, ma anche una qualsiasi forma di reale dissenso. In queste situazioni il sanitario è tenuto a mettere in atto tutti gli interventi necessari, compreso un eventuale ricovero ospedaliero, senza dover ricorrere a provvedimenti obbligatori.

Ma c'è di più. Non si intuisce perché l'infermo di mente in degenza negli ospedali è trattato e accompagnato da personale medico e paramedico specialistico, mentre al di fuori della struttura ospedaliera per l'accompagnamento dovrebbe essere sufficiente l'intervento di operatori di polizia, peraltro privi delle più elementari conoscenze in materia sanitaria.

1.8 Per completezza d'informazione è a dire che una volta coadiuvato il personale sanitario nella materiale "cattura" del paziente e conseguente trasporto sull'ambulanza, è unicamente quello di scortare la stessa fino al luogo del ricovero, adempiendo in tal modo ad una duplice finalità: scorta di sicurezza per la circolazione stradale e accertamento dell'esecuzione dell'ordinanza con la notifica al responsabile del servizio psichiatrico ospedaliero.

1.9 Da ultimo, è a dire che, talvolta, si verificano situazioni caratterizzate da urgenza e drammaticità, in cui è possibile intervenire senza l'attivazione delle procedure previste dai provvedimenti obbligatori di cui s'è detto dinanzi.

In tali casi, il sanitario, in presenza di situazioni nelle quali si riconosca un grave pericolo per l'incolumità del paziente o di altri (stato di necessità), può (rectius deve) intervenire direttamente anche a costo di limitare la libertà del paziente: In questa situazione, naturalmente, potrà avvalersi della collaborazione delle forze dell'ordine.

L'art. 54 del Codice penale, infatti, prevede che non è punibile chiunque compie azioni che altrimenti costituirebbero reato, nella necessità di salvare se od altri da un pericolo attuale di danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Il pericolo deve consistere, pertanto, nella minaccia di un danno alla persona, cioè ad un diritto non patrimoniale, bensì personale, che come tale comprende anche la libertà fisica e morale, la libertà sessuale, il pudore e l'onore, e non soltanto la vita e l'integrità fisica (in tal senso cfr. F. Mantovani – Diritto Penale – Cedam Editore). Oltre che per salvare il diritto proprio, la scriminante in discorso è ammessa anche per salvare un diritto altrui (c.d soccorso di necessità). Inoltre, il pericolo deve essere attuale e grave,

tale cioè da giustificare l'intervento in soccorso.

Posta questa, ancorché sommaria, ricostruzione dello stato di necessità, è a dire che, purtroppo, molto spesso si avviano procedure di TSO facendo un uso improprio del concetto di stato di necessità così come previsto dal codice penale. Infatti, nell'ipotesi in cui esista realmente uno stato di necessità e che, conseguentemente, ci si trovi di fronte ad un incombente pericolo attuale, l'avvio del procedimento per l'emanazione di un provvedimento che disponga il trattamento sanitario obbligatorio crea un inutile, anzi dannoso, rallentamento di un intervento che, al contrario, data la situazione, dovrebbe essere quanto mai tempestivo.

Inoltre, continuare a confondere sistematicamente lo stato di necessità con il trattamento sanitario obbligatorio contribuisce a determinare una situazione di ritardo culturale che alimenta l'equivalenza tra follia e pericolosità che non necessariamente è presente quando ci si trova di fronte ad una situazione urgente.

Di fatto, peraltro, il legislatore ha stabilito che il trattamento in discorso venga effettuato indipendentemente dall'esistenza o meno di uno stato di necessità, cui gli artt. 34 e 35 della legge 833 non fanno riferimento alcuno, essendo gli interventi obbligatori volti esclusivamente alla cura di una patologia. E' indispensabile, pertanto, con l'ausilio del personale sanitario, riuscire a capire quando si è in presenza di un pericolo "potenziale" rispetto ad uno "attuale". Ciò è fondamentale perché il concetto di urgenza stesso conservi una sua validità e possa indirizzare una prassi operativa conseguente. Laddove il pericolo si ritenuto "attuale" non esiste solo un'urgenza psichiatrica, ma uno stato di necessità che rende inutili e dannosi i passaggi burocratici imposto dal trattamento sanitario obbligatorio, dovendosi agire immediatamente per scongiurare un pericolo.

1.10 La presente è trasmessa ai dipendenti settori per

l'osservanza di quanto nella stessa rappresentato.

Di ogni notizia di rilievo dovrà essere informato lo scrivente.

IL COMANDANTE

Dott. Marco VENUTI