

**Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità
Gruppo Esperti Tossicomanie**

LA VOLONTÀ NEGATA

**Atti del pomeriggio di studio
sul tema del ricovero coatto
Mendrisio 3 aprile 2003**

**a cura di
Andrea Gianinazzi**

Bellinzona 2004

Indice

Introduzione Mirko Steiner	3
Quando è legittimo decretare la privazione della libertà a scopo di assistenza? Alessia Paglia	5
Le ospedalizzazioni non volontarie in ambiente psichiatrico: prima, durante e dopo Silvano Testa	12
Condizioni per il ricovero coatto e rischio d'abusi: l'esperienza della Commissione Giuridica LASP Edy Meli	16
Coazione e tossicodipendenza Lorenzo Pezzoli	22
Discussione	25
Alcune note conclusive Andrea Gianinazzi	32
Bibliografia Patrizia Mazza	36
Appendice	40

Introduzione

Mirko Steiner*

La questione del ricovero coatto è sorta ripetutamente all'interno del Gruppo esperti in materia di tossomanie in modo particolare al momento della redazione del Piano cantonale degli interventi. Con il Delegato, abbiamo ritenuto importante organizzare un momento di riflessione comune su questo controverso argomento muovendo dalle difficoltà che incontriamo nella nostra pratica professionale. Vogliamo quindi voler riflettere e discutere sulla privazione della libertà a scopo di assistenza, mettendo a confronto le opinioni e le esperienze dei vari intervenenti e facendoci aiutare da giuristi esperti nel settore.

Da parte mia devo dire che questa tematica è attuale nel Centro terapeutico Villa Argentina che dirigo ormai da alcuni anni. Negli ultimi anni ci troviamo sempre più confrontati con una casistica di tossicodipendenti che presenta anche problematiche psichiatriche e ci stiamo orientando sempre più verso la gestione dei così detti casi a doppia diagnosi. Tutto questo evidentemente pone degli interrogativi, ci obbliga ad affrontare nuovi problemi e a cercare delle nuove soluzioni anche in situazione di urgenza. Questo però è possibile unicamente con la collaborazione di enti e persone che operano fuori da Villa Argentina, in particolare con i partner classici quali gli operatori delle Antenne, dei Servizi sociali, i medici, la psichiatria pubblica e privata e con le nuove Commissioni tutorie regionali (CTR).

Evidentemente privare della libertà, anche solo momentaneamente, una persona è una soluzione estrema, da praticare con grande attenzione, e sempre ponendosi dei quesiti non solo a livello giustificazione tecnica dell'intervento (medico e giuridica) ma anche di tipo morale, deontologico.

Ho dei ricordi che risalgono a più di 20 anni fa, quando dopo i miei studi universitari a Ginevra lavoravo nell'ambito della psichiatria pubblica di quella città. In quegli anni si stava cambiando modo di gestire i pazienti ospedalizzati. Ricordo il caso di un uomo ricoverato coattivamente quindi privato della libertà e obbligato a entrare nello stabilimento psichiatrico di Belair, da cui poi non era più uscito; lo conobbi quando era già in età avanzata. Questo signore, credo (e spero) uno degli ultimi in Svizzera, fu castrato a livello chirurgico, perché si supponeva fosse pericoloso per gli altri. Rileggendo il dossier molti anni dopo potemmo concludere, con l'aiuto di persone ben più sperimentate, che verosimilmente vi erano stati degli abusi. Il caso in questione era quello di un esibizionista, con un lieve ritardo mentale, nato in una ricca famiglia di possidenti terrieri. Si poteva verosimilmente pensare che l'ospedalizzazione *ad vitam* di questa persona avesse reso servizio più alla famiglia al momento della spartizione dell'eredità che alla società e alla persona stessa.

* psicologo e psicoterapeuta, Presidente Gruppo Esperti Tossicomane e Direttore Villa Argentina, Lugano

Un altro ricordo risale a quasi trent'anni fa. Mi trovavo in Africa Centrale quando rimasi allibito di fronte a persone sofferenti di problemi psichici che venivano trattati come bestie. Ricordo in particolare una donna vestita di stracci e lasciata in totale solitudine legata con una catena alla cui estremità vi era una boccia di ferro. Le portavano del cibo e la lasciavano all'ombra di un albero nel caldo africano.

Tornando alla nostra realtà, durante la mia attività a Villa Argentina, ho visto invece numerosi casi che grazie alla privazione della libertà a scopo di assistenza poterono essere aiutati, alcuni salvati, dato che il rischio di morte per overdose era molto elevato. Altri vennero aiutati a fare dei piccoli passi verso una migliore gestione della propria esistenza. La privazione della libertà è qualcosa che tocca tutti noi a livello personale, nel senso che ci interroghiamo sulla giustezza di un simile procedimento, mettendoci le nostre credenze, le nostre ideologie. Altre discipline entrano in linea di conto, andando aldilà delle normative giuridiche. Sarebbe quindi bello poter trovare una sorta di punto d'incontro, una linea più o meno comune entro cui poter operare. Nel Cantone Ticino, a partire dagli anni '80, è in vigore la legge per l'assistenza sociopsichiatrica che tutela i diritti delle persone sofferenti in campo psichico e tende a limitare gli abusi che vi potrebbero essere, ci sono anche altre leggi di riferimento che vedremo poi con gli interventi degli oratori. Entro questo quadro legale dobbiamo poter costruire e fondare i nostri interventi.

Bisogna segnalare che da un paio d'anni le Istituzioni tutorie sono cambiate, si sono rimodellate in modo maggiormente professionale. Questo ha creato delle nuove possibilità di intervenire a sostegno di persone in grande difficoltà anche, in determinati casi, con la privazione della libertà a scopo di assistenza, o comunque con una limitazione della libertà per i casi sotto tutela o curatela.

Questo pomeriggio di studio dovrebbe quindi servire sia come un insieme d'informazioni in relazione ai cambiamenti di cui abbiamo appena detto, sia per scambiare conoscenze e opinioni, nonché dubbi in relazione agli aspetti legali, terapeutici, sociali ed etici di un simile strumento. Come già detto vorremmo poi poter arrivare ad una piccola griglia funzionale, per meglio collaborare in rete. In questo senso rammentiamo che uno dei presupposti su cui il Piano cantonale degli interventi in materia di tossicomanie è proprio quello di lavorare assieme.

Quando è legittimo decretare la privazione della libertà a scopo di assistenza?

Alessia Paglia*

I Introduzione

La libertà personale, che garantisce essenzialmente all'uomo la libertà di movimento e l'integrità corporale, è un diritto costituzionale (art. 10 CF) inalienabile e imprescrittibile. Essa è la condizione dell'esercizio di tutti gli altri diritti e costituisce un elemento fondamentale del sistema del nostro Stato di diritto. Ciò non significa che la libertà personale non soggiaccia a limitazioni di sorta. La più grande importanza è tuttavia accordata alla protezione giuridica del cittadino contro interventi inammissibili dello Stato nella sfera privata dell'individuo.

Dottrina e giurisprudenza hanno viepiù sviluppato e migliorato questa protezione giuridica. Da un punto di vista legislativo, la protezione giuridica è invece stata per lungo tempo assai lacunosa.

II Cenni storici

Prima dell'entrata in vigore, il 1° gennaio 1981, degli art. 397a - 397f CCS, le condizioni della privazione della libertà a scopo di assistenza (in seguito PLA) dipendevano in larga misura da regolamentazioni cantonali relative a leggi di internamento amministrativo.

La procedura applicabile in materia di internamento amministrativo non forniva però che poche garanzie contro le disparità di trattamento o contro l'arbitrario. Le vie di ricorso si limitavano spesso ai ricorsi amministrativi all'istanza superiore. Quanto ai motivi, si trovavano disseminati in una regolamentazione che lasciava spazio a un'interpretazione molto estensiva. È così che l'indigenza poteva condurre ad un internamento allo stesso titolo che l'alcolismo, la malattia mentale o lo stato di abbandono.

In Ticino era possibile privare della libertà delle persone in base a leggi manifestamente inadeguate come la Legge sull'internamento degli alcolizzati e dei vagabondi (LIA) dell'8 febbraio 1929 oppure la LOC.

L'art. 1 LIA prevedeva l'internamento di coloro i quali "a cagione di ubriachezza abituale o perché conducono una vita dissoluta e vagabonda o sono dediti all'ozio o all'accattonaggio compromettono la loro sostanza o quella dei loro congiunti o mettono in pericolo la loro sicurezza o quella degli altri". Appare evidente la finalità di

* avvocato, Capo dell'Ufficio di vigilanza sulle tutele

esclusione, di emarginazione di comportamenti che potevano invece essere il frutto di una scelta di vita o la conseguenza di contingenze economiche, sociali di cui il singolo non poteva essere ritenuto responsabile.

L'art. 89 cpv. 2 LOC prevedeva la facoltà per il Municipio di ordinare il ricovero di "mentecatti che pongono in pericolo sé o gli altri".

Non esisteva nessuna norma sull'internamento degli ammalati veri e propri, fatta eccezione del "Regolamento interno dell'ONC" del 4 gennaio 1944 emanato dal CdS, che a sua volta si fondava sul decreto di legge del 21 aprile 1943 sull'organizzazione dell'ONC.

Sul piano federale, il ricovero in istituto era retto soprattutto dagli art. 406 e 421 cifra 13 CCS ed era limitato ai soli interdetti. Una privazione della libertà poteva anche essere decisa nell'ambito delle misure preventive dell'art. 386 CCS, adottate in ogni modo nell'ambito di una procedura di interdizione.

Anche la legge federale sugli stupefacenti, nella versione del 20 marzo 1975, in vigore dal 1° agosto 1975, regolava all'art. 15b un altro caso di privazione della libertà a scopo di assistenza.

Va infine citata, sebbene concerneva la privazione della libertà a scopo di assistenza in senso più lato, l'art. 16 della legge federale per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo del 18.12.1970 (legge sull'epidemia).

I problemi giuridici posti dalla privazione della libertà a scopo di assistenza sono divenuti di attualità con i lavori preparatori per l'adesione della Svizzera alla CEDU, ratificata il 28 novembre 1974. Sono infatti emerse incompatibilità fra le disposizioni sull'internamento amministrativo e il ricovero di tutelati in istituto con l'art. 5 della CEDU relativo alle condizioni e alla procedura della privazione della libertà. Sono quindi iniziati i lavori al fine di fissare un ordinamento esauriente nel codice civile per la privazione della libertà in accordo con le disposizioni della CEDU sfociati nella legge federale del 6 ottobre 1978, in vigore dal 1° gennaio 1981.

III Le disposizioni attualmente in vigore

La legge del 6 ottobre 1978 regola unicamente la privazione della libertà a scopo di assistenza. Non concerne quindi la privazione della libertà ordinata in virtù del diritto penale, dal diritto di procedura penali, dal diritto amministrativo di polizia (sicurezza e ordine pubblico) o dal diritto amministrativo che regola la lotta contro le epidemie.

Le disposizioni si applicano a tutte quelle persone il cui stato è enumerato, in maniera esaustiva, dall'art. 397a cpv. 1 CCS. Malgrado il suo carattere specifico, la legge sulla privazione della libertà a scopo di assistenza fa parte integrante del diritto di tutela. Accanto a queste norme, il diritto tutorio non conosce altre disposizioni aggiuntive in merito alla PLA. In particolare non è possibile fondare un ricovero coatto sull'art. 386 CCS. Nemmeno è possibile per i cantoni prevedere altri casi di internamento. L'insieme di queste disposizioni concretizzano, nel caso di PLA, i principi previsti dall'art. 5 CEDU e dall'art. 31 CF ed assicurano un'applicazione uniforme sul territorio svizzero.

Trattandosi di un ordinamento che si limita all'essenziale, ai cantoni è lasciato il compito di adottare delle disposizioni di applicazione, in particolare sulla competenza materiale e sulla procedura. In Ticino è stato dapprima emanato un regolamento

transitorio (23 dicembre 1981) che principalmente disciplinava il controllo giudiziario nelle decisioni di internamento, allora affidato al Pretore del Distretto del luogo di domicilio dell'interessato. Sarà la legge sociopsichiatrica del 26 gennaio 1983, in vigore dal 1 gennaio 1985, a regolamentare la materia ed a conferire, infine, maggiore garanzia a tutela della libertà individuale delle persone bisognose di assistenza e anche ad abrogare le normative in precedenza citate. Legge che è stata totalmente rivista e sostituita con quella del 2 febbraio 1999, in vigore dal 1° maggio 2000.

IV Condizioni per la PLA

Una persona maggiorenne¹ o interdetta può essere collocata o trattenuta in uno stabilimento appropriato allorquando, per infermità mentale, debolezza mentale, alcolismo o altra tossicomania o grave stato di abbandono l'assistenza personale necessaria non le possa essere data altrimenti (art. 397a cpv. 1 CCS).

Come gli artt. 369, 370 e 372 CCS per le interdizioni, anche l'art. 397a CCS enumera dapprima i motivi della privazione della libertà e poi definisce la condizione sociale del bisogno di protezione. Per decretare una PLA, è inoltre necessario che vi sia uno stabilimento appropriato.

Questi tre elementi sono le condizioni necessarie e cumulative per la privazione della libertà a scopo di assistenza.

a) Motivi della privazione della libertà:

- Infermità mentale è un concetto ripreso dal diritto della tutela. È puramente giuridico e non si identifica con le omonime accezioni mediche. La diagnosi di un medico, esatta dal profilo clinico, può non realizzare ancora gli estremi giuridici di gravità tali da giustificare un intervento estremo come la PLA. Occorre che vi sia un quadro di sufficiente gravità della malattia, una durevole abnormità dello stato psichico tale da destare in un profano un sentimento di disagio mentale.

Trattasi in sostanza di disturbi psichici che hanno sul comportamento esteriore della persona delle conseguenze evidenti e gravi.

- La debolezza di mente è pure un concetto giuridico e corrisponde a quello che un profano intende con il linguaggio corrente. Si distingue rispetto alla malattia in quanto le funzioni mentali della persona interessata presenta, rispetto a quelle di una persona "normale", una differenza di ordine più quantitativo che qualitativo. Sono debolezza di mente l'idiozia, la debilità, l'idiozia, casi di psicosi ecc.

¹ Per i minori si applicano gli art. 310 e 314a CCS se sono sotto autorità parentale rispettivamente l'art. 405a CC se sono sotto tutela. Queste disposizioni non determinano le condizioni e la competenza per autorizzare un internamento: per questo si applicano le regole generali del diritto di filiazione e del diritto tutorio propriamente dette. Per quanto riguarda il controllo giudiziario e la procedura, le citate disposizioni rinviano alle norme sulla PLA (397d e 397e CCS) che si applicano per analogia.

- Anche la nozione di alcolismo si identifica con l'abuso di sostanze spiritose dell'art. 370 CCS. Sussiste un abuso allorché una persona non può rinunciare unicamente con le proprie forze al consumo eccessivo di alcol. Il Tribunale federale descrive l'abuso di bevande spiritose con i termini "tendenza a bere eccessivamente ed abitualmente, tendenza anormale a bere, debolezza nell'ambito della tendenza a bere". Si tratta quindi di una definizione più ampia rispetto a quella medica.
- Con tossicomania si intende tutte le dipendenze, siano esse da droghe, medicinali e altre sostanze. Si tratta di uno stato di dipendenza fisica e psichica nei confronti di sostanze la cui ripetuta assunzione compromette la salute.
- La nozione di stato di abbandono copre tutti quei casi nei quali la CEDU autorizza il ricovero, senza che vi sia infermità, debolezza di mente o una tossicomania. Lo stato di abbandono coincide con una depravazione incompatibile con la dignità umana e la cui intensità deve essere grave. L'internamento sarà quindi giustificato unicamente quando l'interessato potrebbe, senza tale misura, finire in uno stato di precarietà tale da essere inconciliabile con i principi della dignità umana. In ogni caso questo motivo non deve essere un mezzo per aggirare il carattere esaustivo della lista dell'art. 397a CCS.

Questo l'elenco, esaustivo, dei motivi della privazione della libertà. Privare una persona della sua libertà per altri motivi non è possibile. Ne consegue l'impossibilità di decidere il collocamento dei fannulloni, oziosi o di persone che disturbano la tranquillità quotidiana.

D'altro canto, se non è realizzato almeno uno dei motivi elencati, viene meno la premessa giuridica per procedere coattivamente.

b) La condizione della privazione della libertà

I citati stati di debolezza non giustificano, da soli, la PLA. È necessario che l'interessato abbia bisogno di un'assistenza personale. La sua situazione deve essere grave. Un malato mentale che disturba la collettività senza creare un pericolo, il tossicomane o alcolizzato che ha integrato l'episodico consumo di droga o alcol nel suo sistema di vita senza che la sua salute ne soffra particolarmente, non possono essere coattivamente collocati. Lo stato dell'interessato deve quindi essere tale da esigere che gli sia fornito un aiuto, che venga curato e che gli sia assicurata un'assistenza in senso stretto. Inoltre, la PLA può essere decisa solo se l'assistenza personale necessaria non può essere accordata in altro modo. Si viene così ad ancorare il principio della proporzionalità (intervento deve essere adeguato per raggiungere lo scopo ricercato risparmiando al massimo la libertà individuale).

È quindi necessario che il bisogno di protezione sia particolare e che l'assistenza non possa essere fornita con misure meno incisive rispetto alla PLA quali l'aiuto da parte di persone vicine, l'aiuto sociale, un trattamento ambulatoriale ecc. che appaiono di primo acchito inefficaci.

Quando si tratta di valutare il bisogno d'assistenza, va tenuto conto anche di quanto si può esigere da che è vicino alla persona interessata (coniugi, conviventi, amici, familiari). Anche l'onere che può essere imposto a questi ultimi soggiace ugualmente al principio della proporzionalità.

L'assistenza personale può sussistere anche nel caso di trattamento di una malattia fisica nella misura in cui appare necessario una PLA. Sarà il caso quando la persona interessata rifiuta il trattamento e ciò a causa di uno stato di debolezza enumerato all'art. 397a CCS. Non di meno è necessario che la persona, una volta che si trova nello stabilimento, si sottoponga volontariamente alle cure oppure che vi sia una base legale cantonale che permetta un trattamento coatto. Gli art. 397a segg. CCS regolano solo la privazione di movimento nell'ambito della privazione della libertà a scopo di assistenza, ma non gli interventi che toccano l'integrità fisica o psichica. Il diritto federale non offre una sufficiente base legale per un trattamento coercitivo a scopo terapeutico. Il modo e l'esecuzione della cura nell'ambito della PLA, in particolare la somministrazione di medicinali contro la volontà del paziente o la fissazione di piani terapeutici, presumono una base nel diritto cantonale. Trattamenti coercitivi sono illeciti se questa base legale manca.

In Ticino la base legale la troviamo nella LASP. In particolare, l'art. 36 LASP prevede che se l'utente è coattivamente ricoverato e nega il consenso benché la terapia appaia indicata per la sua salute e meno lesiva della sua libertà personale di altre misure che si renderebbero necessarie, il consiglio psicosociale cantonale, su istanza del responsabile dell'UTR, la può autorizzare. Si può prescindere da tale consenso in caso di urgenza (art. 37 LASP). Le citate disposizioni riservano comunque il ricorso alla competente autorità.

Non costituisce ad ogni modo trattamento coatto ma unicamente esecuzione della PLA, l'intervento medico finalizzato a calmare la persona interessata e ad aiutarla a riacquistare un minimo di autonomia ed indipendenza.

c) Esistenza di uno stabilimento appropriato

Uno stabilimento è appropriato se i mezzi di organizzazione ed il personale di cui dispone normalmente gli permettono di soddisfare i bisogni essenziali di chi vi è collocato per ricevere cure ed assistenza. La nozione di appropriato va quindi apprezzata in funzione dei bisogni e delle circostanze particolari legate al collocamento di una persona determinata. Altrimenti detto, si tratta di un esame in concreto.

V Conseguenze e durata della PLA

LA PLA non ha nessuna incidenza giuridica sulla capacità civile della persona. Se le condizioni sono date, possono nondimeno essere adottate, parallelamente o susseguentemente, altre misure tutorie.

La PLA non può essere pronunciata che per una durata indeterminata, se si tiene conto del fatto che l'interessato deve essere rilasciato non appena lo permetta il suo

stato (art. 397a cpv. 3). Il rispetto di questa esigenza legale implica che i cantoni prevedano nelle modalità di esecuzione un riesame periodico della giustificazione del mantenimento del collocamento.

VI Competenza

La decisione di collocamento, rispettivamente di rilascio, spetta all'autorità tutoria² del domicilio o, se vi è pericolo nel ritardo, del luogo di dimora della persona interessata (art. 397b cpv. 1 CCS) o dal suo tutore se è interdetta (406 cpv. 2 CCS).

Se vi è pericolo di ritardo e per i malati psichici, la competenza al collocamento può essere affidata dai Cantoni anche ad uffici idonei (art. 397b cpv. 2).

La nozione di malati psichici è più ampia rispetto alla malattia mentale prevista all'art. 397a CCS. Si intendono tutte le affezioni e patologie psichiche che derivano da una delle cause enumerate dall'art. 397a CCS ed il cui trattamento necessita imperativamente un internamento in una struttura psichiatrica.

Con urgente si intende una misura che non può essere procrastinata, nel senso che in caso di mancato intervento creerebbe una situazione di grave pericolo per la salute dell'utente. Si tratta quindi di una misura che deve essere decisa ed eseguita immediatamente, poiché in caso contrario, la situazione dell'utente o di terzi risulterebbe gravemente peggiorata. Il pericolo deve essere rivolto a valori importanti come la vita e la salute e non, ad esempio, la tranquillità pubblica.

Nel nostro cantone il collocamento coattivo ordinario in una unità terapeutica riabilitativa (UTR) di una persona indicata all'art. 397a CCS avviene per decisione della Commissione tutoria regionale territorialmente (CTR) competente a dipendenza del domicilio o, in caso di malattia psichica, del direttore del settore (psichiatrico) del luogo di domicilio (art. 20 cpv. 1 lett. b LASP). In caso di urgenza tale competenza spetta anche alla CTR del luogo di dimora oppure ad un medico abilitato all'esercizio in Svizzera (art. 22 cpv. 1 LASP).

Il collocamento coattivo urgente deve inoltre essere ratificato dal responsabile dell'UTR o dal suo sostituto (art. 25 LASP). Il trattenimento susseguente può tuttavia avvenire solo seguendo la procedura del collocamento ordinario (art. 22 cpv. 3 LASP).

Il rilascio è deciso dall'autorità tutoria se è lei che ha ordinato il collocamento: negli altri casi è competente lo stabilimento (art. 397b cpv. 3 CCS). Naturalmente anche "l'ufficio idoneo" ed il tutore possono revocare la misura, se il collocamento è avvenuto su loro richiesta.

L'autorità tutoria che ha ordinato la misura, ha la facoltà di delegare alla clinica il compito di mettere fine al collocamento.

² La formulazione dell'art. art. 397 cpv. 1 CCS può trarre in inganno. In effetti, competente non è l'autorità tutoria bensì l'autorità di tutela (art. 361 CCS), come rettamente indicato nel testo francese e tedesco e come previsto dal Messaggio di legge. Spetta ai cantoni decidere se affidare tale compito all'autorità tutoria o all'autorità di vigilanza. È quindi l'art. 20 lettera b LASP che attribuisce, in Ticino, la competenza all'autorità tutoria e non il diritto federale.

VII Cenni sul controllo giudiziario

La garanzia del controllo giudiziario implica che il giudice sia un organo indipendente dal potere dello Stato e che lo si possa appellare entro breve, condizione quest'ultima che può essere realizzata se lo stabilimento è sottoposto a delle regole di procedura strette, applicabili sia all'ammissione sia alla dimissione.

Entro 10 giorni dalla notificazione della decisione, la persona interessata può adire il giudice, che decide con procedura semplice e rapida, regolata, di principio dal diritto cantonale (art. 397d - 397f CCS). Il termine di 10 giorni si applica alle decisioni formalmente comunicate con l'indicazione dei mezzi di ricorso, negli altri casi la domanda può essere fatta in qualsiasi momento. Un nuovo termine inizia a decorrere dopo ogni rifiuto di liberazione.

Il giudice può essere adito non solo dalla persona internata ma anche da persone a lei prossime (es. amico lunga data, docente, pastore, medico, assistente sociale o altra persona che ha stabilito una relazione di fiducia). Non possono essere impugnate le decisioni che revocano la PLA.

In Ticino le decisioni di collocamento coattivo, ordinario o urgente, sono dapprima impugnabili alla Commissione giuridica (art. 50 cpv. 1 e 2 LASP) ed al Tribunale amministrativo in seguito (art. 50 cpv. 3 LASP).
Le decisioni di ultima istanza cantonale possono essere impugnate con ricorso in riforma al TF (art. 44 lettera f OG). A titolo sussidiario, è aperta la via del ricorso di diritto pubblico (art. 84 e segg. OG)

Le ospedalizzazioni non volontarie in ambiente psichiatrico: prima, durante e dopo

Silvano Testa*

Per quel che è del nostro modo di porci nei confronti dei ricoveri coatti in CPC, mi è sembrato utile che si abbia a riflettere su tre distinti momenti dell'intervento e della presa a carico, tre momenti che ci confrontano con problemi ben diversi fra loro e che meritano risposte diverse.

Tre momenti, che ho sistematicamente riassunto:

- nel **prima**, al momento dell'ammissione in CPC, quando altri hanno posto le indicazioni di ricovero coatto.
- nel **durante**, quando ci troviamo confrontati come operatori in prima linea nel gestire pazienti che non capiscono il senso di una loro presa a carico in CPC e che spesso anzi la rifiutano.
- e nel **dopo**, quando riteniamo di aver esaurito tutte le nostre possibilità di intervento e il paziente, magari impermeabile ai nostri reiterati tentativi, insiste per essere dimesso, con il rischio che in tempi relativamente brevi ripresenti più o meno marcati quei comportamenti all'origine del suo ricovero coatto in CPC.

E veniamo al prima, al ricovero coatto in quanto tale.

Circa 55% di tutte le ospedalizzazioni in CPC sono ospedalizzazioni coatte. Quasi tre pazienti su quattro alla loro prima ospedalizzazione in CPC sono ricoverati coattivamente....

Al di là di eventuali problemi di forma quali ad esempio l'incompletezza dei certificati medici di ammissione, quasi mai conformi ai requisiti di legge (art. 24 LASP ma di questo ci parlerà forse l'Avv. Meli), al di là degli eventuali problemi formali - dicevo - direi che sono in linea di massima tutte ospedalizzazioni che si giustificano, anche se è doveroso qualche distinguo.

Ci poniamo in particolare tre domande:

1. Ci chiediamo fino a quando dovremo essere noi della CPC a dovere per forza accogliere pazienti minorenni in difficoltà, difficoltà all'origine di disturbi del comportamento e che sono certo espressione evidente del disagio esistenziale di questi giovani, ma che è certo riduttivo - se non addirittura abusivo - ricondurre ad una malattia, a una qualsivoglia diagnosi psichiatrica.
Ricordo che nel corso del 2001 e del 2002 sono stati ricoverati in CPC 40 minorenni e che solo nel 50% dei casi ci è stato possibile evidenziare un'indicazione psichiatrica all'ammissione.
Nell'altro 50% dei casi ci siamo trovati confrontati con quelle che - già in altre occasioni - ho definito **emergenze istituzionali illegittime**.

* Medico psichiatra, Direttore Clinica Psichiatra Cantonale

In Ticino manca sicuramente un Centro di Pronto Accoglienza e Osservazione, per giovani fra i 15 e i 18 anni, analogo a quello che è oggi il PAO.

2. Ci chiediamo però anche (e vengo qui alla nostra seconda domanda, sempre in riferimento al **prima**) come gestire quelle situazioni che hanno a che vedere con quei pazienti tossicomani che ci vengono trasferiti ad esempio - ma non solo - da Villa Argentina dopo una recidiva tossicomana e/o dopo un temporaneo e ingiustificato allontanamento dalla comunità. Un breve ricovero in CPC (di fatto coatto? Direi proprio di sì) è allora presentato al paziente quale inevitabile via di passaggio in vista di una ridefinizione del contratto di presa a carico in comunità....

La CPC, agli occhi del diretto interessato, più che luogo di cura si muta di fatto in luogo (quanto legittimo?) di espiatione di pena....

E' un aspetto, questo, che non voglio drammatizzare ma che sicuramente esige un ripensamento, certo non solo delle modalità di intervento ma anche delle indicazioni stesse, un ripensamento con il coinvolgimento di tutti.

3. Per finire - sempre per quello che è del prima - accenno rapidamente, perché questa non è sicuramente la sede per affrontare questo tipo di problema - a una terza domanda che ci assilla, e che riassumerei chiedendomi e chiedendovi:

"Ma perché sempre e soltanto qui in CPC", perché dobbiamo essere solo noi a farci carico in Ticino dei ricoveri coatti.

In Ticino i posti letto in psichiatria sono 330, di cui 140 qui in CPC.

Ancora negli scorsi giorni abbiamo addirittura avuto dei trasferimenti direttamente da altre cliniche psichiatriche del Cantone di pazienti degenti considerati - in quanto agitati, aggressivi o suicidali - non più gestibili in loco e per cui si è ritenuto indispensabile procedere ad un ricovero coatto urgente in CPC.

Per quanto ci riguarda non possiamo che esprimere le nostre perplessità in merito, e augurarci una rapida e concreta ridefinizione dei mandati di prestazione in psichiatria.

Ma, come detto, mi fermo qui perché questa non è sicuramente la sede idonea per discutere di questo problema.

Detto del prima, mi sembra opportuno - anche se di fatto è un problema quasi solo tutto nostro, di chi lavora in CPC - segnalarvi le nostre difficoltà che hanno a che vedere con il **durante**, con il nostro lavoro di presa a carico, sempre in bilico - soprattutto all'inizio, ma il problema può porsi per diverse settimane se non addirittura per dei mesi - fra esigenze di controllo sociale e/o individuale e obiettivi terapeutici.

Esigenze spesso, se non addirittura sempre, contraddittorie e che non vanno confuse fra loro.

Così, ad esempio, la contenzione, sia essa farmacologica o fisica, non ha nessuna valenza terapeutica e i diritti dei pazienti non possono e non devono ridursi a un optional per il semplice fatto che ci troviamo confrontati con un ricovero coatto, sia pure più che giustificato....

E se misure attive di contenimento farmacologico o fisico possono essere giustificate dalla pericolosità del paziente per se stesso o per altri (dal suo essere suicidale o violento) - ed è spesso il caso nei ricoveri coatti urgenti - non è altrettanto il caso nella stragrande maggioranza dei ricoveri coatti ordinari, spesso

intimati a seguito di problemi comportamentali riconducibili a disturbi della sfera psicotica.

In queste condizioni il nostro margine di discrezionalità nelle misure da adottare è drasticamente ridimensionato, ed è giusto che sia così.

E' giusto, anche se il tutto non semplifica certo le cose

Il rischio che il paziente si allontani dalla clinica (per dirla più brutalmente: che scappi) è sempre presente, così come il rischio di sentirci allora rimproverare da chi ce l'ha mandato perché non siamo riusciti a convincerlo a restare.

"Ma come, ve lo abbiamo ricoverato ieri, ed è di nuovo in giro a disturbare....". E noi: "Rimandatecelo".....

E poi, siamo comunque d'accapo.

E' allora che si insinua il rischio di cercare da parte nostra delle giustificazioni a misure di contenzione che - eufemisticamente - definiamo "più incisive".

E si rischia allora di ricorrere a frasi fatte, a definizioni di comodo, una fra tutte quella per cui "il paziente psicotico o anche solo bizzarro è di per sé imprevedibile", per cui "potrebbe" (!) diventare aggressivo o suicidale o pericoloso....

Il rischio di scorciatoie di questo tipo - raramente giustificate - è sempre in agguato, e anche incontri come quello di oggi mi permettono di segnalarlo, ci permettono di riparlare.

D'altra parte, proprio queste difficoltà ad agganciare pazienti poco motivati, con scarsa o nulla coscienza di malattia, mi portano a riflettere con voi del problema del dopo, quando il paziente non presenta più rischi immediati di auto o eteroaggressività - se mai li ha presentati ma non per questo è cambiato nel suo modo di porsi.

Magari è ancora strano, bizzarro....

Sono pazienti che ci confrontano con i nostri limiti operativi.

Lo scopo che ci si era prefissati privando il paziente della sua libertà a scopo di assistenza non è stato raggiunto, e certo - e mi sembra importante sottolinearlo - non potrà essere raggiunto procrastinando a tempo più o meno indeterminato la sua degenza in clinica.

Non è infatti sicuramente una questione di tempo.

Non è vero che "il tempo medica", e una lungodegenza rischia anzi di assurgere a ulteriore elemento prognostico sfavorevole.

In effetti, se al momento di un ricovero coatto ordinario ci è più facile comunque confrontare il paziente con quegli aspetti del suo comportamento/del suo funzionamento sociale che ne hanno giustificato il ricovero, questa almeno parziale consapevolezza, questa rilettura di quanto successogli secondo una logica causa/effetto, tendono ad affievolirsi con il tempo.

Più il tempo passa, e in fondo meno il paziente capisce - se mai lo ha capito - perché in clinica e perché deve restarci.

E allora è per noi inevitabile e doveroso chiedere (di fatto abitualmente alla CTR che ne ha decretato l'internamento) che il paziente possa essere dimesso.

Ma a volte (e forse sempre più spesso) ci sentiamo rispondere che non è il caso, che non è il momento, che il paziente non sta ancora abbastanza bene.

E questo ci riesce difficile accettarlo, e ci chiediamo davvero quanto a volte in un atteggiamento di questo tipo non sia magari anche inconsapevolmente presente l'intenzione - per riprendere quanto riportato dall'invito all'incontro di oggi - "di

togliere l'ingombro rappresentato da una persona semplicemente scomoda, sconveniente, marginale".

Certo, siamo consapevoli del fatto che si potranno ripresentare eventualmente (ma non automaticamente!) momenti - chiamiamoli così - di incompatibilità ambientale o sociale, nuove situazioni di crisi tali forse da giustificare il ripristino di una misura di privazione della libertà a scopo di assistenza.

Ma è proprio l'eventuale momento di crisi, e forse in certi casi solo quello, che ci può dare nuove opportunità di intervento e che soprattutto dà l'opportunità al paziente di imparare eventualmente a correggere il tiro.

Condizioni per il ricovero coatto e rischio d'abusi: l'esperienza della Commissione Giuridica LASP

Edy Meli *

1. Le basi legali

Le condizioni di merito e di forma per la privazione della libertà a scopo d'assistenza sono, sostanzialmente, contenute nel Codice Civile Svizzero (art. 397° e seguenti CCS) e, a livello cantonale, nella Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP). Trattandosi di privazione della libertà, sono pure applicabili i principi desumibili dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo e dalla Costituzione federale in materia di libertà personale (art. 5 CEDU, art. CF)

1.1.

Le cause che possono condurre ad una privazione della libertà a scopo d'assistenza, sono fissate in modo esaustivo dalla legislazione federale (art. 397a CCS); si tratta dell' "infermità mentale", della "debolezza mentale", dell' "alcoolismo o altra tossicomania" e del "grave stato d'abbandono".

La condizione per la privazione della libertà, in presenza di una delle cause indicate, è che l' "assistenza personale necessaria non possa essere fornita altrimenti".

Il CCS determina pure le competenze decisionali. Di regola la decisione spetta all'autorità tutoria del luogo di domicilio e, in casi eccezionali (urgenza), anche all'autorità tutoria del luogo in cui la persona si trova, al tutore o a uffici appropriati designati dai cantoni (art.397a CCS).

La procedura è delegata ai cantoni. Il CCS si limita a imporre alcune condizioni che le procedure cantonali devono rispettare: motivazione delle decisioni, informazione del diritto di ricorrere a un giudice, possibilità di accordare l'effetto sospensivo alla decisione di ricovero, concorso di un esperto nei casi concernenti un malato psichico, procedura giudiziaria semplice e rapida (artt. 397e, 397f).

1.2.

In Ticino la materia è regolata dalla LASP il cui scopo va oltre la semplice attuazione e messa in opera delle norme federali sulla privazione di libertà a scopo d'assistenza e comprende, per esempio, l'organizzazione della

* Giudice dell'arresto, Vicepresidente Commissione Giuridica (CG) LASP

sociopichiatria, la regolamentazione per i ricoveri volontari, le esigenze relative al piano terapeutico.

La privazione della libertà a scopo di assistenza (collocamento coattivo e trattenimento coattivo) è trattata agli artt. 19 e seguenti LASP, con riferimento sia ai casi ordinari che a quelli urgenti.

Le competenze decisionali sono precisate all'art. 20 LASP per i collocamenti ordinari (delegazione tutoria, direttore di settore per i casi di malattia psichica, giudice per i detenuti) e dall'art. 22 LASP per i casi urgenti (oltre alle autorità menzionate all'art. 20, la delegazione tutoria del luogo di residenza o un medico abilitato all'esercizio in Svizzera).

Le decisioni di collocamento devono essere motivate e indicare esplicitamente la possibilità di ricorso (art. 21 LASP); quelle di collocamento urgente devono (almeno) fornire indicazioni circa la sintomatologia, l'esposizione dei fatti che rendono necessario il collocamento coatto, l'indifferibilità dello stesso, il luogo e il momento della visita, la fonte di eventuali altre informazioni e termini, nonché autorità, di ricorso (art. 24 LASP).

Il collocamento urgente deve essere verificato (sussistenza dei requisiti) dal responsabile della struttura (o sostituto) e, se del caso, ratificato (artt. 25 e 26 LASP).

Posto che la persona collocata coattivamente deve essere rilasciata non appena lo permetta il suo stato (art. 45 LASP), le competenze in materia di rilascio sono le stesse che in caso di ricovero (artt. 397b cpv. 3 CCS e 46 LASP). Anche in caso di rifiuto di dimissione, come in caso di collocamento coattivo, la persona che subisce la misura restrittiva della libertà può far appello al giudice e tale diritto deve essergli comunicato con la decisione di rifiuto (art. 47 LASP).

2. La procedura davanti alla Commissione Giuridica

La commissione giuridica è un organo giudiziario, nominato dal CdS per un periodo di quattro anni, composto da un magistrato dell'ordine giudiziario, uno specialista FMH in psichiatria e un operatore sociale. Tra i compiti della CG vi è quello di dirimere i ricorsi attinenti alla libertà individuale degli utenti, quindi anche le decisioni di collocamento o trattenimento coattivo (artt. 14 e 15 LASP).

2.1.

La procedura formale di ricorso è regolamentata all'art. 50 e seguenti LASP, ritenuti i principi minimi fissati dal CCS.

L'utente può presentare ricorso contro ogni decisione o omissione che comporta privazione o limitazione della libertà personale (per es. trattamento ambulatoriale coattivo - art. 20 pv. 2 LASP). Tra questi sono ovviamente

comprese le decisioni di collocamento coattivo, ordinario o urgente, il rifiuto di dimissione o la mancata decisione a seguito di una richiesta di rilascio.

Il ricorso deve essere presentato in forma scritta (ma possono bastare poche parole che evidenzino la non accettazione della decisione), entro 10 giorni dalla dall'adozione della misura. Il ricorso può essere presentato dall'interessato, dal suo rappresentante legale, ma anche da una "persona prossima" (termine relativamente vago che permette di far rientrare nella categoria non solo i parenti ma anche i conviventi e persino persone legate da uno stretto rapporto di amicizia; più dubbio, ma non escludibile a priori, il fatto che tale qualità possa essere riconosciuta ad enti ed associazioni aventi quale scopo la tutela degli utenti).

Il ricorso non ha effetto sospensivo automatico; il presidente della CG può, comunque, ordinare l'effetto sospensivo, sia a richiesta dell'interessato, sia d'ufficio. Va comunque precisato che, in concreto e visti gli elementi (forzatamente incompleti) a disposizione per decidere, l'effetto sospensivo sarà più difficilmente concesso nel caso di collocamento urgente (definito dalla legge indifferibile) o di rifiuto di rilascio, che non nei casi di decisione per un collocamento ordinario.

2.2.

La procedura davanti alla CG si svolge nel modo seguente.

Ricevuto il reclamo (sia esso indirizzato contro decisione di collocamento ordinario, di collocamento urgente o rifiuto di dimissione), lo stesso viene trasmesso all'autorità che ha emanato la decisione e al responsabile della struttura di collocamento, affinché presentino le proprie osservazioni. Nel contempo, viene indetta un'udienza (definita conciliativa) nell'ambito della quale tutte le parti in causa, in particolare la persona destinataria della misura, possano essere sentite dalla CG.

L'udienza può concludersi con il ritiro del reclamo, con una sospensione dello stesso per un periodo definito (e assortito di determinate condizioni), oppure con il mantenimento del reclamo e conseguente, implicita, richiesta alla CG di pronunciarsi mediante sentenza.

In quest'ultimo caso la persona soggetta a misura restrittiva deve essere sentita (se non già avvenuto in sede d'udienza) da tutti i membri della CG, chiamati a decidere.

La decisione (debitamente motivata) dovrà esprimersi sull'esistenza di una delle cause che giustificano il ricovero coattivo, sulla necessità di assistenza personale e sul fatto che tale assistenza non possa essere fornita altrimenti (art. 397a CCS), avendo sempre presente che ogni misura, in qualche modo limitativa dei diritti costituzionali, deve anche rispettare il principio di proporzionalità.

2.3.

La CG, nell'espletamento della sua funzione giudiziaria di applicazione delle norme giuridiche ai fatti, si trova spesso confrontata con problemi concreti che possono facilitare o, al contrario, rendere più difficile il suo lavoro.

Uno di questi problemi deriva dal non sempre impeccabile rispetto delle condizioni formali delle decisioni (in particolare nei casi di collocamento coattivo urgente - art. 24 LASP). Di regola, in materia di limitazione delle libertà fondamentali, il mancato rispetto delle forme conduce all'annullamento della decisione. Tuttavia, nell'ambito specifico della privazione di libertà a scopo d'assistenza, la misura è assunta non tanto a protezione di interessi "della società", bensì a protezione della persona stessa contro cui è indirizzata. In gioco vi sono dunque due interessi (libertà personale e bisogno d'assistenza) inerenti lo stesso individuo e farne prevalere uno sull'altro per (soli) motivi formali non è necessariamente nell'interesse della persona in questione.

In gran parte dei casi, la verifica del rispetto delle condizioni poste dalla legge dipende da concetti medici (trasformati in giuridici dalla legge stessa) quali l'infermità mentale, la debolezza mentale o la dipendenza/tossicomania. E' indispensabile che le decisioni di collocamento (o trattenimento) siano motivate in modo chiaro ed esteso, con particolare riferimento alla situazione al momento del ricovero nei casi urgenti (il comportamento della persona che la CG incontra è, vuoi a causa dei farmaci vuoi a causa dei giorni di degenza già trascorsi, probabilmente diverso da come era al momento della decisione), al decorso successivo ed alle prospettive future (queste, se ben dettagliate e spiegate, permettono spesso di trovare una soluzione conciliativa).

Il rispetto di queste condizioni (anche formali), permette alla CG di decidere con maggior cognizione di causa e, conseguentemente, di limitare il rischio di "abusi" (ancorché "involontari").

3. Il rischio di abusi

Il rischio di abusi, se inteso anche (e soprattutto) come rischio di una errata valutazione della situazione concreta, rispettivamente di applicazione della normativa a situazioni che si situano poco sotto i limiti previsti dalla stessa, esiste. Negarlo significa negare la possibilità d'errore.

3.1.

La fonte di possibili abusi, nel senso sopra descritto, può essere individuata nella incapacità di gestire, dal profilo familiare, sociale (si pensi alle possibili reazioni di fronte ad una richiesta di "suicidio accompagnato" - associazione Exit) o istituzionale (difficoltà di gestire certe situazioni in case per anziani), situazioni "critiche" o "inusuali", con conseguente richiesta d'intervento alle autorità preposte, solitamente nei momenti in cui la "crisi" è acuta e si manifesta anche in modo "violento" (magari solo momentaneamente).

Il rischio si acutizza nei casi in cui è chiesto l'intervento urgente, ritenuto che la persona chiamata a decidere è confrontata con una situazione di crisi magari manifesta e deve decidere in poco tempo sulla base di informazioni spesso ricevute dalle persone stesse che richiedono l'intervento.

Altro elemento che può condurre a possibili abusi è la non conoscenza, l'inesistenza, rispettivamente la possibilità effettiva di porre in essere soluzioni alternative alla privazione della libertà, che permettano la gestione del conflitto (principio di proporzionalità).

Le norme procedurali imposte dalla LASP, hanno quale scopo principale quello di permettere la verifica approfondita della "legalità" delle decisioni di collocamento coattivo (o trattenimento), quindi evitare, o limitare ulteriormente, il rischio di abusi (senza voler dire che la CG sia esente dal rischio di errore).

3.2.

Sebbene l'abuso (inteso come detto sopra) possa verificarsi, di fatto, anche nei casi in cui la persona interessata non presenta ricorso, può essere utile far riferimento ai dati dei ricorsi presentati alla CG nel corso di un anno.

2002

pendenti al 31.12.2001	15
presentati nel 2002	95
totale	<u>110</u>

stralciati	81
sentenze	22
pendenti al 31.12.2002	7
totale	<u>110</u>

Lo stralcio del ricorso avviene non solo quando il reclamo è ritirato, ma anche quando, prima della decisione della CG, l'utente viene dimesso (rilascio). In questi casi la CG non verifica la legalità del collocamento (come da giurisprudenza del TF) e la persona collocata coattivamente, anche solo per pochi giorni, può far verificare la legalità della stessa solo nell'ambito di un'azione in responsabilità (art. 55 LASP che rinvia alla legge sulla responsabilità degli enti pubblici).

E' quindi evidente che la CG ha la possibilità di riscontrare l'abuso solo nei casi in cui deve emanare la decisione o il reclamo viene ritirato in sede di udienza. Negli altri casi (dimissioni o ritiro del reclamo prima dell'udienza) questa verifica non avviene. Ovviamente non avviene neppure nei casi in cui nessun ricorso è presentato, fatto che non esclude che il ricovero possa non fondarsi sulla corretta applicazione della legge.

Va detto, per completezza e correttezza, che la maggior parte dei casi sottoposti alla CG e conclusi con un sentenza o con il ritiro del reclamo confermano il mantenimento della misura restrittiva (ma anche la CG può essere influenzata perlomeno da alcuni fattori sopra indicati, per esempio quello dell'esistenza/conoscenza di possibilità alternative).

Di conseguenza, si può dire che non si riscontrano, tramite l'attività della CG, segnali particolari che indicano rischi d'abuso diffusi. Tuttavia occorre che le autorità preposte alle decisioni in materia di collocamento coattivo abbiano costantemente cura di analizzare in modo approfondito le situazioni con le quali si trovano confrontati e di motivare, in modo altrettanto approfondito, le loro decisioni. Nel contempo, occorre che le varie autorità e gli operatori delle strutture interessate mantengano ed approfondiscano i reciproci contatti allo scopo di mantenere alto sia il livello di conoscenza delle situazioni istituzionali idonee a risolvere determinate problematiche, sia la vigilanza sull'efficacia e l'utilità di determinati interventi "assistenziali", in senso lato, in modo da far sì che la privazione della libertà a scopo d'assistenza sia, come deve essere, l'ultima ratio.

Coazione e tossicodipendenza

Lorenzo Pezzoli *

Premessa

È importante affrontare il discorso della coazione nella presa in carico psicosociale in modo consapevole delle sue contraddizioni e dei suoi inevitabili limiti etici, giuridici e psicologici che comporta. L'intervento coatto segna il fallimento dell'intervento educativo, come pure delle capacità contenitive e moderatrici del substrato sociale, e marca inevitabilmente il confronto con la propria impotenza o, se preferite, con la propria "non" onnipotenza terapeutica. È tuttavia importante sottolineare come certe condotte come quelle tossicomane, non possono rivendicare il concetto di "libero arbitrio". Forse quello c'è stato nel momento di esordio in quanto di libero, in un comportamento coatto, c'è poco. Semmai si può parlare di arbitrio nella sua accezione semantica di "facoltà" che oramai non è più libera ma soggiogata al meccanismo della dipendenza.

Intervento coatto nella tossicodipendenza

Il senso più pregnante del termine *coazione* è quello di *costrizione ad agire o a pensare contro la propria volontà*. Intervenire coattivamente sulle tossicodipendenze significa agire su un modo di essere-nel-mondo dove la coazione stessa è un nodo centrale. Sappiamo bene infatti quanto una tossicodipendenza contenga una componente di costrizione claustrofobica nel senso etimologico del termine – *claustrum*: chiuso, dove le prospettive e gli orizzonti sono chiusi nella circolarità coatta appunto della dipendenza. Non è un testo che mi entusiasma ma, almeno per capirci, la dipendenza è tale solo quando, oltre alla tolleranza, all'astinenza, alla progressione del consumo e alla compromissione delle attività sociali e lavorative c'è, ed è il punto 4 dei criteri per la dipendenza da sostanze del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), *il desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre e controllare l'uso della sostanza*: questa è la coazione, la costrizione ad agire contro la propria volontà della tossicodipendenza su cui si vorrebbe agire coattivamente da un punto di vista terapeutico. Ma ci sono anche i casi dove non vi è neppure la residua ambivalenza del consumo e il mal celato desiderio di finirla con la droga: siamo nel campo, e seguo sempre la linea sgradevole del DSM IV, dell'abuso di sostanze nei cui criteri scompare il desiderio di cessare il consumo che invece resiste nelle dipendenze. La risposta dell'intervento coatto, in questi casi, è dunque assolutamente simmetrica all'agire coatto dell'utente: si cerca di rompere, con la coazione e quindi con qualcosa di forzato e imposto, la coazione dell'uso-abuso di sostanze. Tale via, a volte, può essere l'evento egodistonico e esterno alla messa in crisi di un sistema chiuso e circolare quale è quello della dipendenza: ma certo, solo a determinate condizioni.

* psicologo, Direttore Antenna Alice

La base volontaria dell'accesso e della presa a carico delle Antenne con il loro coinvolgimento nella rete terapeutica, porta inevitabilmente gli operatori a vivere una contraddizione, o una tensione, tra quella che possiamo chiamare in senso allargato *alleanza terapeutica* e quello che possiamo definire *intervento in situazioni di crisi*. E le antenne, proprio per preservare il punto uno, l'alleanza terapeutica, allo scopo di rimanere, almeno loro, un naturale rifugio e punto di contatto non viziato da altri elementi, hanno sempre avuto una chiara disposizione a non entrare nel merito dei ricoveri coatti: non ci si vorrebbe assumere la responsabilità di un ricovero coatto e questo nel conflitto interiore tra assistere (ad) uno stato di crisi e tutelare l'alleanza terapeutica, o partecipare ad un intervento integrato nello stato di grave degrado e di disagio dove si entra in merito alla coazione pur non essendone i prescrittori abilitati. La difficoltà di assumersi tale conflitto, tra entrarne in merito o rifiutarne ogni implicazione, è alleviata dal fatto che alla fine c'è qualcun altro che tale contraddizione se la assume (come i tutori, i medici ecc.) e ciò può funzionare in una normale e chiara distribuzione delle responsabilità e delle competenze in cui si cercano di tutelare, questa volta sì, le varie funzioni e le rispettive specificità degli attori della rete. Ma in questo contesto ci sono anche degli obblighi di segnalazione e di entrata in materia dettate dal codice deontologico dei professionisti dell'azione sociale, codice condiviso a livello federale, che ogni attore della rete sicuramente conosce. L'articolo 5, al capoverso 4 parla chiaro:

“L'impegno dei professionisti dell'azione sociale mette l'accento, in particolare, sull'aiuto all'autodeterminazione e al libero arbitrio. Di conseguenza essi rispettano la libertà d'opinione e di decisione degli utenti.”

In questo senso siamo concordi nel mantenere questa peculiarità lavorando con impegno sull'autodeterminazione così che il progetto terapeutico, ed educativo, sia per lo meno accolto come possibilità concreta da parte dell'utente. Ma l'articolo prosegue anche dicendo:

“Il loro lavoro persegue l'obiettivo di incoraggiare gli utenti a organizzare e sviluppare le proprie attività tenendo conto delle risorse di cui dispongono. Se questo obiettivo non può essere realizzato i professionisti dell'azione sociale decideranno le misure da prendere o gli aiuti supplementari da fornire, nell'interesse degli utenti. In tal caso saranno da considerare anche i legittimi interessi di terzi.”

In altre parole le risorse dell'individuo, il suo stato come pure, sull'altro piatto della bilancia le risorse del servizio, degli operatori e dell'ambiente sono determinanti per valutare se sono da considerare altre misure da prendere compresi gli aiuti complementari. All'articolo 11 si fa esplicito riferimento all'obbligo di denuncia:

“I professionisti dell'azione sociale non denunciano i propri utenti. Sono ammesse eccezioni a tale regola se una verifica minuziosa dimostra che gli interessi degli utenti o di terzi sono gravemente minacciati e che sono possibili altre forme di inchiesta.”

Oltre a queste considerazioni inerenti il codice deontologico si è anche consapevoli, con due psicologi italiani (Barra e Lelli 1990) che non si può curare una persona che è morta, e dico curare, e non guarire appositamente, consapevole della differente portata semantica dei termini. Quindi, *la prima cosa da fare è aiutarla a sopravvivere*. Questo obiettivo primario lo si può ottenere in vario modo: mettendo mano a tutte le risorse possibili, appellandosi alle parti sane dell'individuo e al suo ambiente, fino a quando per limiti vari non si esauriscono le risorse proprie e dell'equipe (o della rete) e si giunge al confronto con la propria impotenza dinnanzi a situazioni gravi di degrado, abbandono e disturbo. In questi casi, per l'Antenna Alice la prima istanza di

intervento rimane comunque quella dell'utente, nel tentativo estremo di aiutarlo a comprendere la necessità di farsi proteggere; alle volte è l'utente stesso che viene a chiedere aiuto in questo senso. La cosa importante è lavorare in un senso non collusivo e contraddittorio dove gli operatori sono i bravi e chi vuole il ricovero o chi applica la legge sono i cattivi. In questo senso abbiamo cercato di costruire un'alleanza con le "parti sane" dell'lo, in cui si chiede il consenso di collaborare con gli altri attori della rete, al fine di tutelare i suoi interessi e di cooperare per un percorso di crescita. Questo è preferibile sicuramente ad una apparente riservatezza composta poi da voci di corridoio o da confidenze fra servizi che, anche se non rivelate, veicolano messaggi di poca chiarezza. E poi non dimentichiamo che la coazione legata al ricovero ha confini chiari, anche se sgradevoli, per l'utente ma sono limpidi nella loro coercizione. Ci sono azioni coatte sottili e illegali, queste sì dove la coazione, o la costrizione, è legata al "ricatto" sui soldi che vengono gestiti o facendo leva sul potere e sulla minaccia che l'operatore può vantare ed esercitare: da questo tipo di coazione dobbiamo guardarci e monitorarci costantemente.

Conclusione

Su 78 ricoveri in CPC nel corso del 2002, 15 sono avvenuti con coazione e di questi 8 hanno visto il coinvolgimento dell'Antenna Alice nel ricovero stesso. Di questi 8, per alcuni poi, la coattazione sembra sia stata il grimaldello consigliato da certi colleghi per accedere in tempi brevi al ricovero e quindi una coattazione ottenuta col consenso, se non addirittura con il plauso, dell'utente stesso. In altri casi, gli operatori della rete, compreso quello dell'Antenna si sono attivati per un intervento di protezione dove poi, qui sì, nel rispetto delle competenze degli attori in gioco, ciascuno si è assunto una parte dell'intervento e dove, all'operatore dell'Antenna è toccato il compito di accompagnare, assistere e sostenere l'utente che ha vissuto questo momento particolare, elaborando con lui l'evento e cercando di comprenderlo. Non temo nel dirvi, e gli operatori vi confermeranno, che non abbiamo avuto problemi con i ricoveri coatti al mantenimento della relazione con l'utente, e questo grazie anche agli altri interlocutori che hanno contribuito alla comprensione della misura, a partire da quelli delle comunità o dei centri coinvolti. In alcuni casi, e i volti mi sono ancora presenti, c'è stato anche un moto di gratitudine verso l'operatore di riferimento che ha saputo attivare una rete protettiva quando le cose andavano precipitando. Gli operatori hanno saputo assumersi sì, al momento, l'aggressività e il malumore contingenti ma, con un lavoro supplementare e impegnativo, capaci anche di operare in un'azione di ritessitura: un mestiere di antica memoria, anzi di omerica memoria, dove il continuare tessere e disfare ha permesso il ritorno di Ulisse ad Itaca.

Discussione

Proponiamo qui di seguito la sintesi della discussione avvenuta dopo l'intervento degli oratori. In molti casi la qualità della registrazione non ci ha permesso di trascrivere tutti gli argomenti portati in sala come pure non sempre è stato possibile identificare la persona che interveniva dal pubblico. La trascrizione risente del carattere discorsivo dell'intervento che, in alcuni casi, ha dovuto essere abbreviato.

Ce ne scusiamo con le persone interessate.

Intervento dal pubblico (dott. Salvadé)

A me interessa quello che succede dopo un ricovero coatto. Un medico decide di ricoverare una persona contro la sua volontà. Che cosa succede dopo? In che modo il medico che ha prescritto la misura è ancora informato della situazione, del decorso del proprio paziente (magari non lo è nemmeno), se viene dimesso, ecc. Esiste una continuità nel dopo?

Testa (Direttore CPC)

Non sempre è un medico curante che decide il ricovero involontario; spesso sono il medico di picchetto, il pronto soccorso. Spesso non si conosce nemmeno il medico curante. In qualche caso non c'è nemmeno. Come gestire l'informazione in questi casi? Non è facile perché in molti casi poi la persona ricoverata non vuole avvertire il proprio medico curante. Occorre sempre tenere presente che il ricovero coatto è giustificato in casi di urgenza, quando c'è pericolo per la persona e per gli altri. Fatta eccezione per gli aspetti di rilevanza penale, dovranno essere le CTR a dire qual è il livello di sopportabilità sociale di certi comportamenti e quindi quando certe misure sono indicate.

A volte la figura di riferimento di chi ha accolto la persona non è il medico curante; spesso non è nemmeno un medico. Vale quindi la pena di ripensare e valutare a come e a chi restituire le informazioni in relazione a un paziente ricoverato involontariamente. Perché non pensare per esempio ad attivare strutture di supporto (Ingrado, Spitex, Antenne, ecc.) a cui oggi non si fa sufficientemente riferimento? Il problema però esiste e dovrebbe essere affrontato.

Intervento dal pubblico (presidente CTR)

Il discorso mi è piaciuto ma noi siamo confrontati con situazioni per le quali non esistono strutture valide in grado di accogliere determinati casi. Diteci dove possiamo posteggiare o far curare queste persone se ne hanno bisogno nell'immediato. Faccio l'esempio di una ragazzina di 12 anni che si prostituisce, è tossicomane. Vengo interpellato di urgenza. Il PAO non la prende, i vostri esperti dicono che non ci sono gli estremi per le vostre strutture e io chiedo dove la portiamo? Facciamo un decreto e voi ricorrete e li lasciate andare...

Steiner (Direttore Villa Argentina)

Cerco di capire. Vi sono più intervenenti in queste situazioni e spesso si propone la questione del chi fa cosa. Evidentemente vi sono differenza tra caso e caso. Anche noi a Villa Argentina alcune volte siamo in difficoltà e non sappiamo cosa fare. In questi casi vi è il rischio di inviare alla CPC persone per le quali non sappiamo più che cosa fare perché si sono raggiunti dei limiti nella gestione della persona.

Testa

Credo che non abbiamo mai detto di no a dei ricoveri coatti, ma certamente non abbiamo incoraggiato ricoveri coatti che ritenevamo impropri: Faccio un esempio concreto: in questi ultimi mesi ci siamo trovati confrontati con il ricovero in clinica di diversi minorenni (12, 13 anni). Ci siamo chiesti che cosa fare con questi minorenni che arrivano allo stesso momento in clinica. E abbiamo messo in piedi attività specifiche per adolescenti. Una volta che fuori si è saputo che si erano organizzate queste attività, nello spazio di poche settimane abbiamo ricevuto la domanda per sette ricoveri assolutamente ingiustificati. Credo che ci sia un altro problema sul quale varrebbe la pena di chinarsi: la difficoltà in Ticino di creare strutture specifiche con un profilo preciso perché manca la massa critica. Mi chiedo se non si possano avviare progetti comuni con l'Insubria. Certo, c'è un problema di leggi diverse, ma credo che sia possibile tentare questa strada. Esistono anche altri Cantoni. Nessuno ha mai detto che la questione del ricovero coatto debba forzatamente essere risolta in sede cantonale e non sovra-cantonale. Se però rispondiamo sempre a ogni problema che ci si presenta, non succederà mai niente perché l'ambiente non si rende conto che più a valle esiste una situazione di crisi.

Steiner

Sarei positivo e proporrei di realizzare finalmente qualcosa in questo senso. Va detto che esiste da sempre nel nostro Cantone un problema di concertazione.

Dal pubblico

In base alla legge, ogni intervento deve essere fatto dopo aver sentito l'interessato. Lo prevede l'articolo 374 del Codice civile svizzero. Conosco situazioni in cui la persona non è stata sentita, la si è portata via e basta senza chiederle nulla. Ha deciso il medico. Mi chiedo se questa situazione non sia illegale tenuto conto appunto che la legge chiede che la persona sia sempre sentita in merito al provvedimento che si sta decidendo.

Meli (Giudice, Vicepresidente CG Lasp)

In caso di urgenza non sempre è possibile sentire la persona interessata. Se è dimostrata l'urgenza è il medico a decidere sul ricovero. In quel momento è prioritaria l'assistenza rispetto al diritto della persona di essere sentita. Ricordo che si tratta di situazioni in cui in generale è difficile se non impossibile comunicare sul piano razionale con una persona alterata, pericolosa per sé o per gli altri e quant'altro ancora. Poi la persona sarà sentita. Vi sono delle garanzie istituzionali. Ma in

situazioni di urgenza è impossibile fare tutto assieme. Si tratta di stabilire che cosa è prioritario e cominciare a fare ciò che è prioritario.

Paglia (Avvocato, Ufficio vigilanza sulle tutele)

Solo un'osservazione. Le norme citate dalla persona che ha preso la parola nel pubblico, non riguardano il ricovero coatto, ma si riferiscono all'interdizione. Si tratta di situazioni oggettivamente diverse in cui non c'è un carattere di urgenza.

Dal pubblico (Patronato)

Quello che appare dal nostro punto di vista è che spesso vi sono richieste di aiuto, sollecitazioni per un ricovero volontario che vengono ignorate. Vi sono persone che chiedono un ricovero volontario alle quali non si dà una risposta adeguata. Mancano strutture, manca personale, ma spesso si tratta di pretesti per evitare il ricovero. Mi chiedo se, favorendo i ricoveri volontari, non si possano in qualche modo evitare che più tardi sia necessario in ricovero coatto.

Testa

Che cos'è la richiesta? Che cosa sta dietro un ricovero volontario? A volte vi è sì una situazione di urgenza, a volte però c'è il problema di arrivare a lunedì perché si sono finiti i soldi. Il tasso di occupazione non consente di rispondere sempre affermativamente. L'anno scorso (2002) abbiamo avuto un tasso di occupazione medio del 102%. Se teniamo conto che quasi tutti i ricoveri coatti giungono in CPC, è chiaro che siamo poco disponibili ad accogliere anche ricoveri volontari che finirebbero inoltre per trovarsi a contatto con persone che farebbero di tutto per demotivarli (per esempio alcolisti ricoverati con un'intossicazione acuta o tossicodipendenti con un'agitazione psico-motoria il cui unico motivo (sono un po' duro, ma spesso è questa la situazione) è quello di destabilizzare chi invece vorrebbe smettere. La nostra struttura non è indicata per persone che volontariamente vorrebbero sganciarsi dalla propria dipendenza. Credo che nel cantone vi siano altri letti e altre realtà forse più e disponibili ad accogliere. Certo, sappiamo che spesso si fa ricorso al ricovero coatto perché non c'è possibilità di farsi ricoverare volontariamente.

Dal pubblico (Giorgio Simona, Villa Argentina)

Si accenna alla mancanza di stabilimenti appropriati. Va detto che bisogna avere assicurate determinate condizioni per poter accogliere questi pazienti. In che misure le strutture private sono disposte ad accoglierli e quali?

Testa

Per quanto riguarda la psichiatria oggi, siamo gli unici a farlo. C'è anche una disponibilità anche da parte della clinica di Viarnetto. Ma nelle strutture private è più difficile organizzare un ricovero d'urgenza la notte, nel fine settimana. Nella CPC è sempre presente un medico e un infermiere che possono organizzare la cosa in qualsiasi orario. Nel privato c'è la pratica del medico di picchetto, ma non è in clinica. Ciò rende improponibile il ricovero coatto in queste istituzioni che non lavorano in

funzione delle situazioni di urgenza. Per accogliere di più, c'è bisogno di potenziare, ma qui arriviamo al solito discorso: con quali mezzi?

Steiner

Difficile ottenere una risposta. Non ci sono politici presenti che lo possono fare. A Villa Argentina al riguardo abbiamo ricoveri a più lungo respiro; riceviamo pazienti per un periodo che va oltre un anno. Si cerca di lavorare oltre il ricovero che viene fatto in condizioni di urgenza. Facendo riferimento a quanto diceva Testa, i tossicomani i ricoverati coattivamente andrebbero comunque separati dagli altri in quanto più difficili da gestire.

Meli

Vorrei riprendere la questione dello stabilimento appropriato: a volte il ricovero coatto viene ordinato per motivi non strettamente psichiatrici e anche qui vi sono possibilità di abuso. I ricoveri non si riferiscono solo al paziente alcolista o tossicomane, ma anche a persone in grave stato di abbandono. La clinica psichiatrica non è sempre il ricovero più adatto. Ma non c'è nessun obbligo che il ricovero avvenga in CPC. Certo se non c'è di meglio si va lì. Non esiste una lista degli stabilimenti appropriati, ma non mi sembra nemmeno che la legge impedisca il ricovero in stabilimenti appropriati situati in altri Cantoni.

Dal pubblico (Marco Galli, Servizio sociale Chiasso)

Propongo che si faccia un monitoraggio della situazione. Per esperienza so che non c'è disponibilità di mezzi e manca una cultura della prevenzione che consenta di evitare che si giunga al ricovero coatto. Spesso al ricovero coatto si arriva perché alle spalle vi è un ricovero volontario fallito. Credo che sia importante riunire attorno a un tavolo diverse figure professionali interessate direttamente come la polizia, i servizi sociali, le CTR, le antenne, ecc. Concordo sulla mancanza di un centro di prima accoglienza per adolescenti. Magari è necessaria una petizione per fare in modo che ci si chini finalmente su questo aspetto.

Testa

Concordo pienamente. Penso che l'idea di sentire i diretti interessati sia valida. Voglio solo segnalare l'iniziativa del Club dei pazienti di organizzare una tavola rotonda con la Polizia anche su questi aspetti.

Dal pubblico (Fabrizio Bortolanza, Vicedirettore di Villa Argentina)

Prima del ricovero coatto c'è quasi sempre una storia: ricoveri volontari, tentati suicidi, ricoveri al pronto soccorso per overdose, ecc. Dal 1999 abbiamo gestito nel nostro centro 9 di questi pazienti. Noi chiediamo alla rete che ci aiuti maggiormente in questo tipo di lavoro soprattutto quando il paziente è ingestibile. In un centro non medicalizzato è per esempio impossibile intervenire prontamente con una terapia farmacologia o cambiare quella in uso.

Pezzoli (Direttore Antenna Alice)

Certo, il ricovero coatto è uno strappo; è un evento che mette in discussione non soltanto il vissuto della persona toccata dal provvedimento, ma mette in discussione anche le competenze delle persone che hanno seguito la persona momento e che in qualche modo hanno collaborato a questo strappo. Qui falliscono le risorse della persona, ma anche gli interventi educativi messi in atto fino a quel momento, l'ambiente che non riesce più a contenere. In questi casi bisogna restringere le maglie della rete ed eventualmente coinvolgere gli operatori in seconda battuta.

Dal pubblico (CAD)

Tutti osserviamo una grossa lacuna da parte dei servizi territoriali. Sarebbe interessante capire i meccanismi che portano a una misura tanto radicale. Si tratta di avere una visione sociologica che consenta di capire che sull'operatore vi sono forti pressioni di tipo sociale, politico per cui il meccanismo del ricovero può scattare anche indipendentemente dalla casistica. C'è sempre questa ambivalenza nel nostro ruolo: o controllori sociali o persone che curano.

Certo, esiste il problema della massa critica per poter trovare soluzioni adeguate e praticabili, ma mi chiedo quanto deve essere grande questa massa critica.

Dal pubblico (Barbara Stämpfli, Capo equipe Antenna Icaro)

Mi hanno impressionato le cifre del ricovero coatto. Mi chiedo in che misura come servizio ambulatoriale possiamo fare altro. E' molto difficile per un tossicomane trovare in caso di bisogno un servizio disponibile e facilmente accessibile. Questa difficoltà porta spesso al peggioramento della situazione e quindi alla necessità di misure d'urgenza. Si tratta di chiedersi che cosa è successo prima del ricovero, che cosa non ha funzionato. Anche nelle nostre Antenne ci sono persone in difficoltà, anche in grande difficoltà. In quasi vent'anni di attività non abbiamo mai attuato misure urgenti come quelle di cui si discute in questo pomeriggio. Con questo non dico che il problema non esista, ma vorrei sapere in che misura i servizi ambulatoriali esistenti sul territorio (SPS, SMP, ecc,) sono disposti a concedere del tempo a queste persone quando si presentano certi problemi. E' difficile avere qualcuno dai servizi territoriali quando serve. Ci vogliono settimane per avere un appuntamento, è difficile che una persona possa essere vista settimanalmente. Forse se con queste persone si riuscisse a lavorare in modo diverso potremmo arrivare ad avere meno ricoveri involontari. Occorre trovarsi tra operatori e non solo tra operatori delle antenne.

Steiner

Osservo che nelle Antenne del Sopraceneri si fa poco ricorso al ricovero coatto, mentre così non è in quella del sottoceneri. Mi chiedo se esiste una casistica diversa tra sopra e sottoceneri e altrimenti a cosa sono dovute queste differenze. Occorrerebbe verificarle attraverso degli incontri tra operatori.

Dal pubblico (operatore CPC)

Vanno segnalate non poche situazioni in cui, dopo un ricovero coatto in CPC, una volta che non sussiste più l'esigenza terapeutica che aveva suggerito la misura coattiva, non si trova alcuna struttura privata disponibile ad accogliere e a seguire la persona nella fase successiva. La CPC è considerata solo come rifugium peccatorum? Forse qui mi servirebbe il parere di un giurista.

Meli

Credo che vi siano due aspetti che vanno tenuti presenti:

- 1) quando termina la necessità del ricovero coatto e la ricerca per l'accompagnamento fuori cosa succede?
- 2) Se non si trovano soluzioni adeguate che cosa si può fare?
Credo che non esistano alternative: la misura, come tale, deve cessare in ogni caso. Diverso è il caso di una persona ricoverata contro la sua volontà in una struttura non adatta alla situazione. In questo caso si può far capo a un'altra struttura e ricoverarci, sempre in modo coatto, la persona.

Testa

Anche in una struttura privata?

Meli

Se è una struttura pianificata, quindi che ha accettato di svolgere un certo ruolo in questo Cantone, anche in una struttura privata. Se è pianificata può essere usata in applicazione alla legge.

Dal pubblico (infermiere SPS)

Vorrei solo dire che lo stato d'animo degli infermieri che accompagnano una persona coattata non è migliore di chi subisce la misura. Sarei d'accordo che i servizi territoriali coprissero la situazione 24 ore su 24. So che in altri Cantoni esistono centri di crisi che magari, se opportunamente predisposti, potrebbero prevenire i ricoveri coatti o parte di essi.

Testa

Tutte le proposte, soprattutto quelle che vengono da persone implicate nel problema, hanno un senso, ma hanno anche un costo. Oggi questo due aspetti non possono purtroppo più essere disgiunti.

Intervento dal pubblico (Patrizio Broggi, Direttore Servizio tossicodipendenze di Comunità familiare)

Questo organizzato dal Gruppo esperti in materia di tossicomanie è stato un pomeriggio di grande interesse. Probabilmente c'è una necessità oggettiva, ma dalle domande mi sembra di capire che solo una parte dei ricoveri coatti riguardano

persone tossicodipendenti. Ci si può legittimamente chiedere perché il GE ha ritenuto importante occuparsi di un problema i cui numeri sono relativamente bassi. Forse che in futuro si voglia aumentare il ricorso a questa misura?

Mi sembra che queste misure rischiano di essere adottate quando il tessuto sociale non è più capace di contenere le persone. Quindi c'è il rischio che vi siano pressioni sui servizi affinché aumentino questo tipo di intervento per motivi di ordine pubblico più che di ordine terapeutico e clinico. Occorre chiedersi sempre perché si fa un 'intervento simile? Per fare il bene del paziente , si diceva. Però questo "bene" va definito. L'importante è avere dei progetti rispetto alla dipendenza anche restando in una logica di coazione. L'urgenza non è una delle situazioni in cui ci troviamo normalmente: le persone che vengono da noi da tempo lanciano segnali e sta a noi riconoscerli e anticipare le risposte. Si tratta di avere tempo. Si parlava di tessere la tela: ecco si tratta di avere tempo di costruire dei progetti, accettare che ci siano dei tempi lunghi. Il ricovero coatto è un intervento fatto spesso nella fretta, in cui non ci si è dati il tempo per tessere la tela. Forse ancora una cosa: tra fine degli anni 80 e l'inizio dei 90, a Neuchâtel era stata fatta una ricerca retrospettiva sui casi di overdose. Oltre il 70% dei casi di overdose si era prodotto all'indomani dell'uscita da un centro in cui la persona era stata messa contro la sua volontà (carcere e altre strutture). Esistono probabilmente altre strade che però non si vogliono percorrere. Per esempio la prescrizione di eroina potrebbe essere il "bene" di persone che potrebbero essere stabilizzate e riprendere così a vivere.

Dal pubblico (dr.ssa Zambrotto)

Ancora sulle disintossicazioni: noi accogliamo solo disintossicazioni volontarie. Capita però che una persona se ne voglia andare e sappiamo che potrebbe avere una ricaduta. Ci sono strumenti legali per dire di no?

Testa

Lo mandate da noi. Lo teniamo in clinica 10 giorni poi esce e fa l'overdose all'undicesimo giorno. Il problema è spesso solo rinviato in questi casi. Si ripropone la questione del seguito che bisogna dare a un collocamento: che cosa succede dopo, ma anche cosa succede durante e che cosa è successo prima.

Alcune note conclusive

Andrea Gianinazzi *

*... or veggio e sento che,
per aver salute, ebbi tormento...*

Petrarca

Vi sono due principi dell'etica costantemente in conflitto tra loro: quello del rispetto dell'autonomia dell'individuo e quello del bene o della beneficiabilità. Sono in conflitto, ma non pesano allo stesso modo. L'autonomia appartiene alla persona umana, la costituisce; se la si nega, si nega in qualche modo anche la persona. La beneficiabilità è un principio esortativo e regolativo: appartiene alla persona che cura, alla sua professione³.

Secondo la bioetica corrente, in questo conflitto l'autonomia dovrebbe avere (quasi sempre) la meglio. Qui sorgono però almeno due questioni: come rispettare l'autonomia di un soggetto e, nel contempo, agire per il suo bene; se l'autonomia prevale quasi sempre sulla beneficiabilità, in quali casi residui vale la reciproca e a quali condizioni?

Il primo problema ha a che fare con i seguenti interrogativi: perché è possibile prendersi cura di una persona? Che cosa rende possibile un rapporto terapeutico? Perché ciò sia possibile occorre che il conflitto diventi uno spazio temporaneo di contrasto, negoziazione e contrattazione in cui due bisogni - il bisogno di farsi curare e il bisogno di curare - possano incontrarsi.

Se non fosse possibile stabilire una gerarchia inversa tra il principio dell'autonomia e quello della beneficiabilità almeno per un tempo dato, l'unico atto terapeutico possibile sarebbe quello che uno compie su se stesso.

E' indispensabile una mediazione: una forma di contratto in cui le parti convengono il trasferimento consensuale e temporaneo di una certa quota di autonomia da un soggetto bisognoso di cura a un'altro in grado di soddisfare questo bisogno. E' la premessa di un'alleanza terapeutica ed è quello che succede sempre quando si va dal medico, si entra in ospedale, si inizia una psicoterapia, ecc.: l'ingresso in un sistema di cura comporta sempre la rinuncia a una parte più o meno importante della propria autonomia.

Se per un verso la delega fa parte dell'esercizio dell'autonomia, dall'altro essa mette però capo a un rapporto asimmetrico (asimmetria delle conoscenze, delle competenze, delle prestazioni) riducibile solo attraverso l'informazione e

* Delegato cantonale tossicomanie

³ H. TR. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, New York, OUP, 1986 (trad. Italiana: *Manuale di bioetica*, Milano, Il Saggiatore, 1991).

l'espressione del consenso informato: "sono/non sono d'accordo che tu agisca per mio conto nel mio interesse".

Senza informazione e consenso l'asimmetria finisce per sostenere, "l'autoritarismo del bene": una sorta di paternalismo che considera il bene dell'individuo come qualcosa di assolutamente indipendente dal suo punto di vista, dal suo ordinamento di valori e dalle sue preferenze in quel momento dato. L'autoritarismo del bene tende a non riconoscere come capace chi non ha la conoscenza del problema e delle possibili risposte; a considerare queste conoscenze come non trasferibili e comunicabili e, anche quando lo fossero, a mettere in dubbio l'utilità di questo trasferimento (l'informazione è una perdita di tempo).

In questo stesso snodo si trova il secondo punto relativo a quei casi in cui si ritiene giustificata la prevalenza del principio del bene su quello dell'autonomia. E' stato il tema di questo pomeriggio di studio: la questione della privazione della libertà a scopo di assistenza (ricovero coatto). In gioco ci sono un soggetto che ha bisogno di cure, ma non è capace di riconoscere ed esprimere questo bisogno, e un professionista che ha gli strumenti per poterlo aiutare ma non lo può fare perché l'altro glielo impedisce. Non c'è uno spazio temporaneo in cui costruire il consenso. In questi casi c'è spesso opposizione, resistenza, violenza, contenzione, ecc. L'asimmetria non è data unicamente da conoscenze e competenze diverse, ma anche dall'uso della forza (quella del diritto, delle forze dell'ordine, quella muscolare) con la giustificazione che l'altro non è più in grado di stabilire qual è il suo bene: la sua autonomia è malata e può essere pericoloso per se stesso e per gli altri; è un soggetto debole di potere, perciò soggetto ad altri poteri.

E per questo è necessario un potere che si assuma temporaneamente l'autonomia del soggetto debole e continui a garantire i suoi diritti tutelandolo dagli eccessi del bene degli altri. Ecco il perché delle garanzie (che non sono "garantismo", come qualcuno lo definisce non senza un certo fastidio): il bene deve prevalere, non prevaricare.

La privazione della libertà a scopo di assistenza non è una scorciatoia, anche alla presenza di disturbi psichiatrici, malattie debilitanti, situazioni di dipendenza o grave stato d'abbandono: è uno strumento che può essere utilizzato solo a determinate - poche - condizioni. Lo hanno ribadito sia l'avv. Paglia, sia il giudice Meli. Ma l'intervento del dott. Testa e il dibattito con il pubblico non consente sonni tranquilli: le zone grigie e quelle in ombra sono ancora molte. Emblematico l'intervento di un addetto ai lavori sul rischio che un "operatore di cura" diventi, per le pressioni a cui è costantemente sottoposto, un "controllore sociale". Le pressioni esistono e i discorsi che si fanno ne danno conto. Il linguaggio comune, come quello settoriale, registra regolarmente queste difficoltà e ambivalenze. Si pensi ai termini che si sono utilizzati, magari solo per stigmatizzarli, in questo pomeriggio: 'allontanare', 'rinchiudere', 'contenere', 'mantenere', 'stabilizzare', 'mettere', 'collocare'. Nel dibattito è uscito anche 'parcheggiare'. Non è stato usato esplicitamente 'dimenticare', emerso come preoccupazione incombente su ogni ricovero, volontario e involontario che sia: la persona è dimenticata, più nessuno si occupa di lei, la rete l'ha persa, la sua autonomia non c'è più, la sua volontà è negata. Cessa di esistere.

Dietro le parole, inutile nascondere, ci sono sempre teorie diverse più o meno ingenuamente, più o meno in buona fede. Tutte pretendono di dare per proprio conto spiegazioni coerenti della società, della malattia, del bene, dell'autonomia. Le teorie difficilmente comunicano. Forse bisogna partire dalle parole e dalle pratiche che le contengono e togliere così molta dell'equivocità e la vaghezza che le caratterizzano. Forse non è possibile, forse ci vuole troppo tempo, ma è il tempo necessario per costruire un spazio intermedio nel quale sia possibile l'incontro e l'agire comunicativo (come lo chiama Habermas). La fretta complica le cose, produce vaghezza e quindi arbitrio, come nel paradosso del mucchio (acervus): "un granello è un mucchio?" due granelli sono un mucchio? e tre granelli?... Quando l'aggiunta di un solo granello determina la formazione di un mucchio? quando cioè n granelli non sono un mucchio, ma lo sono $n+1$ granelli? 'Situazione di urgenza', 'istituzione appropriata', 'persona incapace', ecc. sono concetti simili a 'mucchio'. La legge, cercando di definirli, tenta di ridurre l'equivocità, ma la vaghezza rimane. Quando un solo caso in più o in meno determina l'esistenza o no di una massa critica? Quando una persona cessa di essere autonoma? Si chiedono liste di strutture appropriate, qui, negli altri Cantoni, nell'Insubria perché non si può fare tutto qui, ma si continua ad operare impropriamente: quando un agire improprio diventa proprio? Ma, soprattutto, quando un agire improprio diventa ingiusto?

Desto qualche preoccupazione il fatto segnalato dal dott. Testa che la maggior parte dei certificati che accompagnano una misura di privazione della libertà non sia quasi mai conforme ai requisiti di legge. Questo, dice Testa, è un segno che dello strumento della coazione si fa un uso improprio nell'ambito di quelle che definisce "emergenze istituzionali illegittime": "lo mando lì perché altrimenti non so dove mandarlo". Queste pratiche, secondo il Direttore della CPC, finiscono per snaturare la missione terapeutica di un'istituzione trasformandola da luogo di cura in luogo di espiazione.

Se pensiamo alle persone tossicodipendenti ci rendiamo conto che il confine tra cura ed espiazione è vago, soprattutto nelle rappresentazioni che ne hanno le persone non coinvolte direttamente nella rete terapeutica.

L'esplicitazione dei criteri che hanno portato a una decisione dura, forte, radicale come quella del ricovero coatto, consente per lo meno di moderare la componente paternalistica e di renderla accettabile da un punto di vista umano. In questi casi il consenso va ricercato a posteriori nel tentativo di trovare con la persona stessa le giustificazioni e i significati del provvedimento e di ricostruire un'alleanza terapeutica che vada al di là dell'evento che ha determinato la crisi.

Certo, la discussione sui concetti e sui principi non aiuta le equipe a trovare soluzioni praticabili; anzi questo tipo di riflessione potrebbe aumentare ulteriormente il senso di frustrazione e portare a constatare come le pratiche in molti casi si siano progressivamente discostate dalle rappresentazioni che si hanno della propria attività professionale. Ma forse non è tanto al momento della decisione che occorre avviare

il confronto tra principi e pratiche alla ricerca di soluzioni giustificabili, quanto piuttosto prima o dopo: discutere prima di un evento ipotetico, decidere e discutere dopo l'evento reale e verificare se non c'erano alternative praticabili, al di là delle "notti e dei fine settimana e dei soldi che non ci sono più il venerdì".

Ogni misura coattiva è una misura aggressiva, in qualche caso anche brutale: produce sofferenza in chi la subisce e, come diceva un intervento dal pubblico, in chi la attua. Da questo bisogna partire, non però per buttarla a mare, ma per valorizzarla come misura di ultima scelta o come uno "stop tecnico" rivolto a un soggetto che si trova in un processo che lo sta portando alla distruzione. Si è parlato nel dibattito, dell'overdose il giorno dopo la conclusione di un ricovero coatto. Un'indagine catamnestica condotta dall'Unité d'alcologie del CHUV di Losanna su 17 ricoveri coatti effettuati tra il 1992 e il 1996, ha mostrato che la privazione della libertà a fine di assistenza di pazienti alcolisti con gravi problemi medici, psichici e sociali non è solo stata una misura di mantenimento della vita, ma una misura atta a ripristinare uno stato di salute. Gli stessi pazienti a posteriori hanno considerato la misura come giustificata e utile (Bourquin-Tièche et. al., Etude catamnestique d'une série consécutive de 17 patients alcooliques ayant fait l'objet d'une privation de liberté à fins d'assistance, in Gasser et Yersin Prescrire la contrainte). Tutto dipende da che cosa c'è stato prima e da che cosa ci sarà dopo. Quando si decide un ricovero coatto il tempo (forse) non c'è. C'era forse prima, ma non lo sappiamo e non possiamo più farci niente. Ci sarà sicuramente dopo. Ed è lì che bisogna lavorare, purché non ci sia dimenticanza, parcheggio, abbandono, rinuncia.

L'approccio a rete pone un problema ulteriore rispetto a quello costruito su sequenze (catena terapeutica): la simultaneità. Le informazioni devono essere disponibili in ogni punto della rete nella quale si trova il soggetto. I problemi legati alla riservatezza e al segreto professionale si pongono in modo più sensibile rispetto all'approccio sequenziale in cui la trasmissione dell'informazione avviene da anello ad anello della catena. Qui c'è materia per un'ulteriore discussione.

Documenti reperibili in Ticino (Sistema bibliotecario ticinese)

Alberti, Arnaldo

Con la legge, privazione di quale libertà ? - In: La legislazione sociopsichiatrica / curatore: Marco Borghi. - Friburgo Svizzera: Istituto di federalismo; Weinfelden Suisse: Fondation suisse Pro Mente Sana, cop. 1992. - P. 127-129 (BCB 5.4.3.3 LEGI)

Biaggini, Luisa

I principali risultati della ricerca sull'applicazione della legislazione sociopsichiatrica in Svizzera ed in Ticino. - In: La legislazione sociopsichiatrica / curatore: Marco Borghi. - Friburgo Svizzera: Istituto di federalismo; Weinfelden Suisse : Fondation suisse Pro Mente Sana, cop. 1992. - P. 81-97 (BCB 5.4.3.3 LEGI)

Borghi, Marco; Gross, Jost

Das Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und die kantonale Rechtsetzungene Zwischenbilanz. - In: Zeitschrift für Vormundschafswesen. - Zürich. - Jg. 42(1987), Nr. 3, S. 103-110 (Centro legislazione e documentazione CLD CA/CH 66.3 f ZEVO)

Borghi, Marco

Commento alla legge sociopsichiatrica ticinese e alla LF sulla privazione della libertà a scopo d'assistenza. - Lugano, Agno: Bernasconi, 1985 - XII, 138 p, 21 cm (BCB 5.4.3.3 BORG)

a cura di Marco Borghi e Giorgio Rezzonico

Evaluation de l'efficacité de la législation sur la privation de liberté à des fins d'assistance: texte rédigé dans le cadre de la recherche interdisciplinaire et régionale sur l'application, l'efficacité et l'effectivité de la Loi fédérale sur la privation de liberté à des fins d'assistance. - en collab. avec Luisa Biaggini et, pour la méthodologie, avec Alfio Marazzi - [Zurich][Lausanne]: Pro Mente Sana, 1991 - 139 p., ill, 23 cm (BCB vpve 34.2.401 BORG)

a cura di Marco Borghi

<<La>> législation sociopsychiatrique un bilan: Actes du Congrès qui s'est tenu à Mendrisio les 7 et 8 novembre 1991 sur le thème: "L'efficacité des droits des patients dans le domaine de l'hospitalisation psychiatrique non volontaire", organisé par: Fondation suisse Pro Mente Sana, Organizzazione sociopsichiatrica del dipartimento opere sociali, Ticino, Fondazione Pro Malati Casvegno. - Fribourg Suisse: Institut du fédéralisme; Weinfelden Suisse: Fondation suisse Pro Mente Sana, cop. 1992 - XI, 277 p., tabl, 23 cm (BCB 5.4.3.3 LEGI)

* Bibliotecaria, Centro di Documentazione Sociale, c/o Biblioteca cantonale, Bellinzona

Caviezel-Jost, Barbara

Die materiellen Voraussetzungen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (Art. 397a Abs. 1 und 2 ZGB). - (Diss. Recht Freiburg Schweiz, 1987) - [S.l.]: [s.n.], 1988; Stans: Engelberger Offsetdruck - LXII, 383 p., 21 cm (Centro legislazione e documentazione CLD CA/CH 66.3 h CAVI 1988)

Fürsorgerische Freiheitsentziehung: Hilfe wider Willen: die Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik ist ein schwerer Eingriff in die persönliche Freiheit. - Zürich: Pro Mente Sana

Mattmann, Stefan

Die Verantwortlichkeit bei der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (Art. 429a ZGB). - Freiburg Schweiz: Universitätsverl., 1988 - XL, 254 p., 23 cm (Centro legislazione e documentazione CLD CA/CH 66.3 h MATT 1988)

Meier, Christine

Il Centro diurno non medicalizzato. - In: La legislazione sociopsichiatrica / curatore: Marco Borghi. - Friburgo Svizzera: Istituto di federalismo; Weinfelden Suisse: Fondation suisse Pro Mente Sana, cop. 1992. - P. 217-224 (BCB 5.4.3.3 LEGI)

Schnyder, Bernhard

Formelles Bundeszivilrecht - am Beispiel der fürsorgerischen Freiheitsentziehung. - In: Mélanges Paul Piotet / publ. par Fritz Sturm ; Université de Lausanne, Faculté de droit. - Berne : Staempfli, 1990. - S. 119-134 (Centro legislazione e documentazione CLD CA/CH 15.1 g PIOT 1990)

Spirig, Eugen

Die fürsorgerische Freiheitsentziehung: Art. 397a - 397f. - Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag, 1995- XXV, 233 p., 25 cm (BCB 34.3.201 KOMM 2/3a)

Suhr Brunner, Christiana

Fürsorgerische Freiheitsentziehung und Suchterkrankungen, insbesondere Drogensucht. - Zürich: Schulthess Polygraphischer Verl., cop. 1994 - XXXV, 199 p., 23 cm (CDS DS DR II(1) /43)

TSO e trattamenti coatti: in caso di abuso e/o intossicazione da sostanze psicoattive. - a cura di Angelo Cimillo e Luca Veronesi - in "Personalità e dipendenze" , vol. 9 fasc. III/dicembre 2003 - pp. 387393 (CDS Per 122)

Documenti reperibili in Svizzera romanda (Rero)

Baierlé, Jean-Luc

Réflexions d'un médecin cantonal quant à la place de la privation de liberté à des fins d'assistance dans la politique de santé. - - in "Prescrire la contrainte?" - Genève: Médecine & Hygiène, 2000 - p. 133-150

Bersier, Roland

L'hospitalisation non volontaire de patients psychiques. - in "Psychiatrie et justice" - Lausanne: Fondation suisse Pro Mente Sana, 1987 - p. 77-83

Bino, Antonella

Les droits procéduraux du malade mental hospitalisé de force: morceaux choisis. - in "L'eupéanisation du droit privé" - Fribourg Suisse: Ed. universitaires, 1998 - p. 129-141

Borghi, Marco

Entourage familial et exclusion (pour une application "systémique" de l'art. 397a al. 2 CCS). - In "Famille et droit: mélanges offerts par la Faculté de droit de l'Université de Fribourg à Bernhard Schnyder à l'occasion de son 65e anniversaire." - Fribourg: Ed. universitaires, 1995 - p. 31-46

Bourquin-Tièche, Dominique ... [et al.]

Etudes catamnestique d'une série consécutives de 17 patients alcooliques ayant fait l'objet d'une privation de liberté à fins d'assistance. - in "Prescrire la contrainte?" - Genève: Médecine & Hygiène, 2000 - p. 89-99

Bourquin-Tièche, Dominique

Involuntary treatment of alcohol-dependent patients: a study of 17 consecutive cases of civil commitment. - in "European Addiction Research. - Basel Vol. 7, no 2(2001), p. 48-55

Demont, Alfred

Considérations quant à l'application de la privation de liberté à des fins d'assistance. - in "Prescrire la contrainte?" - Genève: Médecine & Hygiène, 2000 - p. 47-54

Dumoulin, Jean-François

Privation de la liberté à des fins d'assistance, mesures de contention et traitement forcé. - in "Prescrire la contrainte?" - Genève: Médecine & Hygiène, 2000 - p. 35-45

Foppa, Carlo

Privation de la liberté à des fins d'assistance et liberté individuelle dans le traitement des patients alcoolo-dépendants. - in "Prescrire la contrainte?" - Genève: Médecine & Hygiène, 2000 - p. 151-163

Geiser, Philippe ; Berther, Michel

La privation de liberté à des fins d'assistance. - Lausanne: Ecole d'études sociales et pédagogiques, 1991 - p. 101, 31, ill., 30 cm

Gross, Jost

Fürsorgerische Freiheitsentziehung: die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung beurteilt sich nach kantonalem Recht. - in "AJP: Aktuelle juristische Praxis" - 2000, 4, p. 483-484

Imhof, Alexander

Der formelle Rechtsschutz, insbesondere die gerichtliche Beurteilung, bei der fürsorglichen Freiheitsentziehung. - [S.l.]: [s.n.], 1999 - XLVIII, 238 p., 23 cm

Joset, Alain

Zwanzigsmedikation in Rahmen fürsorglichen Freiheitsentziehung. - in "AJP: Aktuelle juristische Praxis" - 2000, 11, p. 1424-1436

Klein, Georges

Evolution des modalités d'admission non volontaire en hôpital psychiatrique: l'exemple de Cery 1873-1949. - Lausanne: [s.n.], 1996 - 214 f., ill, 30 cm

Niveau, Gérard ; Betrand, Dominique

Les hospitalisation psychiatriques: l'admission non volontaire. - in "Médecin et droit médical" - Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène, 1999 - p. 185-192

Niveau, Gérard ; Betrand, Dominique

Privation de liberté à des fins d'assistance. - in "Médecin et droit médical" - Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène, 1999 - p. 193-201

Pauchard, Jean-Pierre

Die fürsorgliche Freiheitsentziehung in der Praxis aus der Sicht des Psychiaters. - In "Zeitschrift für Vormundschagtswesen" - Zürich, Jg. 50 (1995), nr. 4, p. 130-138

Pauchard, Jean-Pierre

Privation de liberté à des fins d'assistance. - in "Psychiatrie et justice" - Lausanne: Fondation suisse Pro Mente Sana, 1987 - p. 85-91

Vaud, Service de la santé publique

Rapport de la commission chargée d'étudier la privation de liberté de certaines toxicomanes chroniques à des fins d'assistance et les modifications souhaitables des structures de prise en charge: compte rendu du rapport de la commission d'étude. - Lausanne: [s.n.], 1993 - 42 p., 30 cm

Appendice

Riteniamo di fare cosa gradita ai lettori proponendo i principali riferimenti giuridici legati alla privazione della libertà a scopo di assistenza. Il riferimento generale è costituito a livello federale dal Codice Civile e a livello cantonale dalla Legge sull'assistenza sociopsichiatrica. Proponiamo anche l'articolo specifico della Legge federale sugli stupefacenti e il corrispettivo della Legge cantonale di applicazione.

Codice civile svizzero

del 10 dicembre 1907 (Stato 4 maggio 2004)

Art. 397a

A. Condizioni

¹ Una persona maggiorenne o interdetta può essere collocata o trattenuta in uno stabilimento appropriato allorché, per infermità mentale, debolezza mentale, alcoolismo o altra tossicomania o grave stato d'abbandono, l'assistenza personale necessaria non le possa essere data altrimenti.

² Ciò facendo va tenuto conto anche dell'aggravio che tale persona causa a chi le è vicino.

³ La persona interessata deve essere rilasciata non appena lo permetta il suo stato.

Art. 397b

B. Competenza

¹ La decisione è presa dall'autorità tutoria del domicilio o, se vi è pericolo nel ritardo, del luogo di dimora della persona interessata.

² In caso di pericolo nel ritardo o di malati psichici, i Cantoni possono inoltre attribuire tale competenza ad altri uffici idonei.

³ Se il collocamento o il trattenimento nello stabilimento è stato ordinato da un'autorità tutoria, questa è pure competente a decidere del rilascio; negli altri casi la decisione sul rilascio spetta allo stabilimento.

Art. 397c

C. Obbligo d'informare

L'autorità tutoria del luogo di dimora e gli altri uffici designati dal diritto cantonale informano l'autorità tutoria del domicilio quando collocano o trattengono in uno stabilimento una persona interdetta oppure quando ritengono che altre misure tutorie siano necessarie nei confronti di una persona maggiorenne.

Art. 397d

D. Decisione giudiziaria

¹ La persona interessata oppure una persona a lei prossima può adire per scritto il giudice, entro dieci giorni dalla notificazione della decisione.

² Questo diritto è dato anche in caso di rigetto della domanda di rilascio.

Art. 397e

E. Procedura nei Cantoni.

I. In generale

La procedura è regolata dal diritto cantonale, con le seguenti riserve:

1. in occasione di ogni decisione, la persona interessata deve essere informata dei motivi della misura ordinata nei suoi confronti e resa attenta per scritto sul diritto di adire il giudice;
2. ogni persona che entra in uno stabilimento deve subito essere informata per scritto del diritto di adire il giudice contro il suo trattenimento o contro il rigetto di una domanda di rilascio;
3. la domanda di decisione giudiziaria deve essere immediatamente trasmessa al giudice competente; 4. l'autorità che ha ordinato il collocamento o il giudice può accordare l'effetto sospensivo alla domanda di decisione giudiziaria;
5. una decisione relativa a malati psichici può essere presa soltanto con la collaborazione di periti; se tale collaborazione è già stata prestata in una precedente procedura giudiziaria, i tribunali superiori possono rinunciarvi.

Art. 397f

II. Davanti al giudice

¹ Il giudice decide con procedura semplice e rapida.

² Se necessario, il giudice accorda un patrocinatore alla persona interessata.

³ La persona interessata deve essere interrogata oralmente dal giudice di prima istanza.

Art. 406

2. Interdetto

¹ Se il tutelato è maggiorenne, l'ufficio del tutore consiste nel proteggerlo ed assisterlo in tutti i suoi interessi personali.

² Se vi è pericolo nel ritardo, il tutore può farlo collocare o trattenere in uno stabilimento secondo le disposizioni sulla privazione della libertà a scopo d'assistenza.

Art. 429a

C. Privazione della libertà a scopo d'assistenza

¹ Ogni persona lesa da una privazione illegale della libertà ha diritto al risarcimento del danno e, se giustificata dalla gravità del pregiudizio, a un'indennità di riparazione morale.

² Il Cantone è responsabile, con riserva del regresso contro le persone che hanno cagionato il danno intenzionalmente o per negligenza grave.

Legge
sull' assistenza sociopsichiatrica (LASP)
 (del 2 febbraio 1999)

Capitolo I
Generalità

Scopo

Art. 1 ¹La presente legge ha lo scopo:

- a) di tutelare i diritti delle persone bisognose di assistenza (dette in seguito utenti) (art. 2) e, in modo particolare, di creare le premesse per garantire loro un' assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica pubblica adeguata nel rispetto delle libertà individuali;
- b) di istituire e organizzare le Unità Terapeutiche Riabilitative (UTR) nel territorio e di vigilare sul loro funzionamento;
- c) di favorire la prevenzione dei fattori che determinano i fenomeni patogeni a livello individuale e sociale.

²Le disposizioni concernenti la tutela della libertà individuale, i diritti dell' utente e l' assistenza all' utente si applicano anche agli enti e alle persone di diritto privato che adempiono compiti o perseguono finalità attinenti al campo di applicazione della presente legge.

Campo di applicazione

Art. 2 Sono bisognose di assistenza le persone:

- a) indicate nell' art. 397a CCS;
- b) che compromettono gravemente o con imminente probabilità la propria vita e salute o quella altrui;
- c) oggetto di una misura sancita dal diritto penale federale;
- d) che necessitano di altri interventi terapeutici e riabilitativi nel campo sociopsichiatrico.

Collaborazione

Art. 3 ¹Lo Stato favorisce la collaborazione con le persone fisiche e giuridiche di diritto privato che operano nel campo dell' assistenza psichiatrica e sociale.

²Il Consiglio di Stato può riconoscere ad esse la qualifica di UTR. La relativa convenzione indica in modo particolare le funzioni pubbliche e il grado di autonomia attribuita.

³Lo Stato può concedere sussidi ad una UTR in funzione dell' interesse generale rappresentato dalla sua attività nel quadro della pianificazione (art. 13).

In tal caso il Consiglio di Stato disciplina le condizioni e i limiti del sussidio.

Diritti degli utenti

a) Libertà personale

Art. 4 ¹Ogni limitazione della libertà personale è ammessa solo se necessaria per una terapia efficace, adeguata e indispensabile.

²La limitazione della libertà personale, causata dal collocamento o dalla degenza in una UTR, o dall' applicazione contro la volontà dell' utente o senza il suo consenso di una terapia e segnatamente se particolarmente intensa o rischiosa è subordinata al fondamento medico e giuridico precisato nella presente legge.

³Sono riservati l' art. 23 e il diritto federale.

b) Assistenza adeguata

Art. 5 L' utente ha diritto a un' assistenza adeguata e in modo particolare:

- a) ad essere mantenuto, se non controindicato, nel suo ambiente sociale e familiare;
- b) al collocamento nell' UTR maggiormente corrispondente alle sue esigenze;
- c) a un intervento ininterrotto, fornito da personale qualificato di cui deve essere specialmente promossa e garantita la formazione professionale permanente;
- d) all' applicazione di terapie proporzionali all' esigenza di cura, definite, se possibile, con la sua partecipazione.

Ricerca epidemiologica e di qualità delle cure

Art. 6 ¹E' promossa la ricerca epidemiologica e sulla qualità delle cure legate alla tutela dei diritti dei pazienti.

²Essa è coordinata con gli altri settori della salute pubblica e dell' assistenza sociale.

³Le UTR riconosciute sono tenute a trasmettere al Servizio documentazione e ricerca Organizzazione sociopsichiatrica cantonale secondo le modalità da stabilire, tutti i dati necessari alla ricerca e all' elaborazione della pianificazione sociopsichiatrica.

In particolare esse sono tenute a mettere a disposizione del Centro di documentazione e ricerca OSC tutti i dati catamnestici da esso richiesti per tutti gli interventi coatti, a scadenze regolari.

⁴Sono riservati gli artt. 34 e 39.

Capitolo II Organizzazione

Settori

Art. 7 ¹Ai fini dell' applicazione della presente legge il Cantone è suddiviso in settori psichiatrici, il cui numero e dimensione geografica sono decisi nell' ambito della pianificazione sociopsichiatrica cantonale.

²Ogni settore è dotato di UTR, settoriali o intersettoriali, commisurate alle esigenze della sua popolazione; è favorita la collaborazione con gli enti e le persone di diritto privato (art. 1) e con le altre strutture sanitarie, scolastiche e sociali istituzionali e territoriali.

³Il Direttore di settore garantisce l' unitarietà di intervento delle singole UTR nel rispetto della continuità delle cure.

Unità terapeutiche riabilitative (UTR)

Art. 8 ¹Sono considerate unità terapeutiche riabilitative (UTR) le strutture pubbliche o private riconosciute nell' organizzazione settoriale.

²Il Regolamento d' applicazione ne specifica le caratteristiche ed i compiti.

³Le persone che operano all' interno dell' UTR collaborano fra loro formando un' équipe interdisciplinare.

Organizzazione sociopsichiatrica (OSC)

Art. 9 ¹L' Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) comprende le UTR pubbliche e i servizi psichiatrici settoriali, intersettoriali e generali cantonali.

Ha un Direttore ed un Consiglio di Direzione.

²Il Presidente del Consiglio psicosociale cantonale (art. 12 cpv. 2) assume la funzione di Responsabile medico dell' OSC.

³Le competenze sono determinate dal Regolamento d' applicazione.

Direzione del Settore e della Clinica psichiatrica cantonale (CPC)

Art. 10 ¹Le UTR pubbliche del settore sono affidate alla responsabilità del Direttore di settore, medico specialista FMH in psichiatria e psicoterapia o, in difetto, a persona con titoli di studio equivalenti.

²Le competenze dei direttori sono determinate dal Regolamento d' applicazione e dalla descrizione della funzione.

³I Direttori di settore delegano la responsabilità medica della Clinica psichiatrica cantonale (CPC) a un medico specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, o, in difetto, a persona con titoli di studio equivalenti, la cui sede di lavoro è in clinica.

⁴I direttori di settore possono parimenti delegare, anche solo parzialmente, la competenza terapeutica di altre UTR ai propri subordinati.

⁵Il Regolamento d' applicazione stabilisce le condizioni generali dell' atto di delega, eventualmente attribuendo direttamente competenze specifiche ai singoli responsabili delle diverse UTR.

Consiglio psicosociale cantonale (CPSC)

a) Competenze

Art. 11 È costituito un Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) con le seguenti competenze:

- a) elabora e propone al Consiglio di Stato la pianificazione sociopsichiatrica fissando l'ordine delle priorità;
- b) applica la presente legge nei casi in cui essa gli attribuisce speciale competenza e ne verifica l'attuazione generale;
- c) definisce e autorizza, nell'ambito di un catalogo costantemente aggiornato, le terapie intense e rischiose avvalendosi del consulto dell'ordine dei medici e conformemente all'art. 33.

b) Composizione

Art. 12 ¹Il CPSC è composto da:

- i direttori di settore e della CPC
- un membro nominato dal Consiglio di Stato
- un responsabile di un' UTR per minorenni
- due rappresentanti degli operatori sociali, di cui uno del personale dell' OSC e l' altro da designare tra gli operatori della psichiatria privata sentiti gli enti e le associazioni professionali interessate
- un rappresentante dell' Ente menzionato all' art. 43 cpv. 2
- uno psichiatra e psicoterapeuta FMH privato, designato dall' Ordine dei medici
- il Direttore OSC.

²Il Consiglio è presieduto da uno dei direttori di settore nominato dal Consiglio di Stato, secondo un turno di durata quadriennale.

Pianificazione

Art. 13 Il Consiglio di Stato, competente per approvarla, sottopone al Gran Consiglio per discussione ogni 4 anni, la pianificazione sociopsichiatrica coordinata con la pianificazione cantonale e con la pianificazione sanitaria e ospedaliera prevista dalla legislazione cantonale e federale.

Commissione giuridica (CG)

a) Competenze

Art. 14 ¹La Commissione giuridica (CG) è un organo giudiziario competente per:

- dirimere i ricorsi presentati sulla base della presente legge ed in modo particolare quelli attinenti al rispetto della libertà individuale degli utenti;
- espletare l'attività di vigilanza di cui ai cpv. 2, 3 e 4.

²La CG segnala d'ufficio all'Autorità competente le situazioni di cui viene a conoscenza, anche su segnalazione di terzi, e che sono suscettibili di ledere le libertà individuali degli utenti, rispettivamente di violarle. Tale istanza informa entro breve termine la CG sull'esito della segnalazione.

³Annualmente invia al Consiglio di Stato un rapporto sulla sua attività e propone interventi strutturali che a suo giudizio permetterebbero una migliore assistenza degli utenti.

Il Consiglio di Stato è tenuto a prendere in considerazione le suddette proposte nella pianificazione sociopsichiatrica cantonale.

⁴Alla CG è data facoltà di richiedere l'edizione dei dati catamnestici per i pazienti di sua competenza, anche dopo la conclusione della procedura ricorsuale.

b) Composizione

Art. 15 La CG è nominata dal Consiglio di Stato ogni 4 anni e si compone di un Presidente scelto nell'ambito dell'ordine giudiziario ordinario, uno specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, un operatore sociale e i rispettivi supplenti. Ha sede presso l'ufficio del Presidente.

Capitolo III

Ammissione e collocamento nelle UTR

Ammissione volontaria

a) Principio

Art. 16 Ogni persona bisognosa d'assistenza ha il diritto di essere ammessa, su sua richiesta, in una UTR adeguata alla sua situazione.

b) Procedura

Art. 17 ¹La richiesta formulata dall' utente è presentata al responsabile dell' UTR.

²Questi valuta approfonditamente le ragioni della richiesta dell' utente e, se necessario, adotta provvedimenti alternativi al ricovero.

³Nel caso di ricovero coattivo, secondo gli artt. 19 segg., quando ne sia cessata la causa, l' utente può chiedere al responsabile dell' UTR presso cui è collocato, di rimanere nell' ente a titolo di ricovero volontario.

c) Ricorso

Art. 18 Contro la decisione di rifiuto di un ricovero volontario è dato ricorso nel termine di 10 giorni alla Commissione giuridica che decide inappellabilmente.

Collocamento coattivo

I. Principio

Art. 19 È coattivo ogni ricovero in una UTR oggetto della presente legge che avviene senza o contro la volontà dell' utente.

II. Collocamento coattivo non urgente (ordinario)

1. Competenza

Art. 20 ¹Il collocamento o il trattenimento in una UTR avviene per decisione:

- a) dell' autorità competente secondo la legislazione federale e cantonale per i detenuti e i prevenuti;
- b) della delegazione tutoria del Comune di domicilio per le persone previste all' art. 397a CCS o dal direttore del settore del luogo di domicilio in caso di malattia psichica;
- c) dell' autorità prevista dal diritto federale per i minorenni (artt. 310, 315, 315a, 405a cpv. 1 CCS).

2. Trattamento ambulatoriale coattivo

²Il Direttore del settore o lo psichiatra curante, possono decidere un trattamento ambulatoriale coattivo se la situazione dell' utente, pur non giustificando un collocamento, richiede comunque un intervento restrittivo della libertà personale.

3. Decisione

Art. 21 Se la decisione non viene emanata da un giudice penale, essa deve essere motivata e corredata dal piano terapeutico e deve fare esplicito riferimento alla possibilità di ricorso (art. 50 segg.) indicando termine e autorità.

III. Collocamento coattivo urgente

1. Competenza

Art. 22 ¹In caso di urgenza la decisione di collocamento coattivo giusta gli artt. 20 lett. b) e c) e 23 è di competenza, oltre che delle Autorità ivi designate, anche della delegazione tutoria del luogo di residenza della persona oppure di un medico abilitato all' esercizio in Svizzera.

²Per le persone tutelate (artt. 405 e 406 CCS) è inoltre competente il tutore.

³Per il trattenimento susseguente fa stato l' art. 20.

2. Collocamento coattivo per motivi di polizia

Art. 23 Una persona può essere collocata in una UTR coattivamente per motivi di polizia solo se costituisce con grande probabilità un pericolo grave e imminente per la propria o altrui vita e salute, evitabile solo con la privazione della libertà e se il collocamento è suscettibile di favorire l' adozione di interventi terapeutici o riabilitativi.

3. Decisione, forma

Art. 24 La decisione deve contenere:

- a) la sintomatologia, con l' esposizione dettagliata dei fatti che rendono necessario il collocamento coatto;
- b) la giustificazione della indifferibilità e della insostituibilità della misura;
- c) il luogo ed il tempo della visita personale dell' utente;
- d) la fonte di altre informazioni, almeno in modo generico;
- e) ogni altro elemento su cui il medico o l' Autorità ha fondato la propria decisione;
- f) l' indicazione se il ricovero è coatto o volontario;

g) l' indicazione dell' Autorità e del termine di ricorso (art. 50).

4. Ratifica

Art. 25 ¹Il responsabile dell' UTR presso cui l' utente è collocato, o il suo sostituto, verifica immediatamente la sussistenza dei requisiti che fondano la validità del collocamento d' urgenza. Sente la persona collocata, la informa dei suoi diritti e la rende attenta della facoltà di ricorso.

²In quanto possibile viene informato il rappresentante legale o, in sua mancanza, una persona prossima.

5. Non accettazione

Art. 26 Se il responsabile dell' UTR ritiene non sussistere i requisiti di cui all' art. 24 non ratifica la decisione, prende provvisoriamente i provvedimenti opportuni e ne informa l' Autorità competente a norma dell' art. 20.

6. Informazione

Art. 27 La delegazione tutoria del luogo di dimora, le Autorità previste all' art. 22, o, se da queste Autorità appositamente delegato, il responsabile dell' UTR presso cui l' utente è collocato o trattenuto, informano la delegazione tutoria del luogo di domicilio quando collocano o trattengono in una UTR una persona interdetta oppure quando ritengono che altre misure siano necessarie nei confronti di altri utenti.

7. Esecuzione

Art. 28 L' Autorità può avvalersi dell' ausilio della forza pubblica in caso di urgenza o di dimostrata necessità.

Capitolo IV Assistenza e diritti degli utenti

Piano terapeutico e cartella clinica

Art. 29 ¹Il piano terapeutico è elaborato dall' équipe che assiste l' utente.

²Se non lo giustificano motivi d' urgenza la privazione o la restrizione grave della libertà personale può essere attuata solo dopo l' elaborazione del piano o la sua iscrizione in esso.

³Il medico curante elabora la cartella clinica.

⁴Tali atti sono allestiti il più presto possibile e sono costantemente aggiornati.

Contenuto del piano terapeutico

Art. 30 Il piano terapeutico contiene in termini essenziali:

- a) la descrizione della natura dei problemi socio-psicopatologici dell' utente;
- b) la descrizione e la giustificazione delle misure privative o restrittive della libertà personale, della loro necessità e proporzionalità;
- c) gli obiettivi terapeutici e riabilitativi a media e lunga scadenza e la prognosi, con valutazione delle risorse socio-familiari e personali dell' utente;
- d) osservazioni importanti concernenti l' utente.

Informazione all' utente

Art. 31 ¹Il piano terapeutico deve essere discusso con l' utente.

²Se questi è capace di discernimento devono essergli dettagliatamente spiegati le finalità e gli effetti della terapia, la necessità delle restrizioni cui deve adeguarsi.

³Se l' incapacità di discernimento è transitoria o periodica occorre attendere un momento di sufficiente lucidità del degente.

⁴In caso di accertata duratura incapacità di discernimento o di urgenza il piano terapeutico deve essere discusso con il rappresentante legale o, in mancanza, con una persona prossima.

Consenso dell' utente

Art. 32 ¹Il consenso dell' utente è necessario per qualsiasi terapia.

²Il consenso deve essere formulato per iscritto nel caso di terapie intense e rischiose.

³All' utente deve essere data la possibilità di consultare una persona di sua fiducia, in particolare la persona designata ai sensi dell' art. 43 cpv. 2, e la CG.

Consenso per utenti incapaci di discernimento

Art. 33 ¹Il consenso dell' utente incapace di discernimento per le terapie intense e rischiose è dato dal suo rappresentante legale e confermato dai medici componenti il CPSC che valuta la richiesta dal profilo medico e dopo aver accertato l' inadeguatezza di altre terapie meno intense e rischiose.

²In caso di contrasto fra il rappresentante legale e i medici componenti il CPSC prevale la decisione di questi ultimi, riservato il ricorso all' Autorità competente.

³Per le terapie non intense o non rischiose il consenso dell' utente incapace di discernimento è dato dal suo rappresentante legale e, se negato, dal CPSC su istanza del responsabile dell' UTR.

Consenso per la ricerca scientifica

Art. 34 ¹Per la ricerca scientifica su persone scelte in funzione di una loro patologia psichiatrica è applicabile la legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (legge sanitaria), ritenuto che, in tali casi, la ricerca deve essere autorizzata dal Comitato etico istituito dalla legge sanitaria, che decide dopo avere raccolto il parere motivato del CPSC.

²È vietata la ricerca scientifica su persone incapaci di discernimento oggetto di una misura privativa della libertà.

Accettazione o opposizione preventiva

Art. 35 ¹L' utente capace di discernimento può formalmente notificare al CPSC, preventivamente ad un suo eventuale collocamento futuro, la sua accettazione o la sua opposizione preventiva all' uso nei suoi confronti di determinate terapie; ciò vale anche per la ricerca scientifica.

²Contro il rifiuto del CPSC di accettare tale notifica è dato ricorso alla CG che può sentire il medico curante.

³In caso di inderogabili necessità terapeutiche, il responsabile dell' UTR può prescindere da tale opposizione, notificandone immediatamente i motivi al CPSC e alla CG.

Consenso per utenti collocati coattivamente

Art. 36 ¹Se l' utente è coattivamente ricoverato e nega il consenso benché la terapia appaia indicata per la sua salute e meno lesiva della sua libertà personale di altre misure che si renderebbero necessarie, il CPSC, su istanza del responsabile dell' UTR, la può autorizzare.

²È riservato il diritto di ricorso alla competente autorità.

Consenso: casi speciali

Art. 37 ¹All' intervento del CPSC è possibile rinunciare solo in caso di grave urgenza.

²All' utente è dato ricorso alla CG che verifica la legalità dell' intervento anche se esso è già stato attuato.

Libertà personale

Art. 38 ¹Il collocamento in un' UTR non priva, come tale, l' utente di alcun diritto civile e costituzionale.

²Se non controindicato, l' utente ha il diritto di intrattenere liberamente i contatti sia all' esterno sia all' interno dell' UTR, a usufruire di uno spazio personale comodo e sicuro ed alla salvaguardia della propria sfera privata.

³Nel caso di prevenuti e detenuti, ogni ulteriore restrizione della libertà personale può essere ordinata solo dalla competente Autorità.

Protezione dei dati

Art. 39 ¹Salvo irrinunciabili necessità terapeutiche, le UTR e le autorità previste dalla presente legge garantiscono, nell' ambito della loro attività sia terapeutica che amministrativa, la totale segretezza circa l' identità degli utenti e tutto quanto attiene alla loro relazione con gli stessi.

²Il responsabile dell' UTR assicura la conservazione dei dati e l' inaccessibilità dell' archivio medico salvo precise esigenze terapeutiche o scientifiche. In quest' ultimo caso essi devono

essere anonimizzati; eccezioni possono essere autorizzate in applicazione del pertinente diritto federale e cantonale.

³Sono in particolare applicabili gli artt. 35 e 36 della legge sulla protezione dei dati personali.

⁴In casi particolari, il CPSC può autorizzare la distruzione di dati concernenti un singolo utente su motivata richiesta di quest' ultimo.

Costrizione

Art. 40 ¹L' isolamento in luogo chiuso è vietato, riservate imperative esigenze terapeutiche.

²La costrizione fisica può essere attuata solo in caso di grave necessità e deve cessare immediatamente quando non risulti più indispensabile.

³Salvo casi di urgenza la decisione è di competenza medica.

Attività lavorativa

Art. 41 ¹All' utente non può essere imposta alcuna attività lavorativa, di carattere non terapeutico.

²Compatibilmente con le possibilità dell' UTR e con le esigenze poste dalla terapia seguita, l' utente deve poter svolgere l' attività lavorativa meglio rispondente alle sue capacità, attitudini e interessi.

³All' utente che svolge all' interno o all' esterno dell' UTR un' attività lavorativa deve essere corrisposto un equo salario senza trattenute dirette dei costi delle prestazioni fornite dall' UTR.

⁴L' OSC e gli enti di diritto privato riconoscono all' utente la proprietà intellettuale delle opere realizzate nell' ambito di attività socioterapiche o lavorative svolte in seno ad una UTR.

Integrazione professionale

Art. 42 ¹Nell' ambito dell' applicazione della legge, ogni UTR promuove iniziative specifiche atte a favorire la qualificazione professionale degli utenti.

²Sono applicabili per analogia gli artt. 9 e 10 della legge cantonale sull' integrazione sociale e professionale degli invalidi.

Assistenza agli utenti

Art. 43 ¹L' utente ha diritto in ogni tempo di farsi assistere e rappresentare da una persona di sua fiducia nella cura dei suoi interessi personali e patrimoniali, riservate le norme federali sul diritto di tutela.

²Il Consiglio di Stato affida ad un ente privato d' importanza nazionale senza scopo di lucro e dedito da almeno 10 anni alla tutela dei malati psichici, l' organizzazione e la gestione di un servizio indipendente di assistenza e consulenza agli utenti; esso assicura in particolare agli stessi la propria mediazione nei confronti delle Autorità.

L' ente sussidiato preleva un contributo dall' utente, tenuto conto della sua situazione finanziaria, in base ad un tariffario approvato dal Consiglio di Stato.

³Questo Ente trasmette al Consiglio di Stato un rapporto annuale sulla sua attività e in particolare su eventuali carenze riscontrate nella tutela dei diritti dei pazienti.

Dimissioni

Art. 44 ¹L' utente ammesso volontariamente può lasciare l' UTR in ogni momento.

²Se al rilascio ostano motivi giustificanti il collocamento coattivo devono essere applicati gli artt. 19 segg.

Dimissioni degli utenti coatti

a) Principio

Art. 45 Gli utenti collocati coattivamente devono essere rilasciati non appena lo per metta il loro stato.

b) Competenze per il rilascio

Art. 46 ¹Competente per il rilascio di utenti coattivamente collocati dalle autorità e persone previste dagli artt. 20 lett. b) e c), 22 e 23 è il direttore del settore o persone da lui designate, responsabili di UTR e aventi un titolo medico.

E' riservato il diritto federale (art. 397b cpv. 3 CCS); nella decisione di collocamento dell' autorità tutoria può essere prevista la delega di competenza per il rilascio al direttore di settore.

²Prima del rilascio viene data tempestiva informazione all' autorità competente per il collocamento coattivo ordinario.

³Il responsabile dell' UTR è pure competente per congedi temporanei dall' UTR.

c) Domanda di rilascio

Art. 47 ¹L' utente, o il suo rappresentante legale o la persona prossima, può in ogni tempo inoltrare all' Autorità prevista dall' art. 46 una domanda di rilascio.

²La decisione deve essere intimata entro 10 giorni.

³Contro il rigetto della domanda è dato ricorso alla CG entro 10 giorni dalla notificazione.

Informazione per gli utenti

Art. 48 ¹All' utente volontariamente o coattivamente ammesso in una UTR ed al suo rappresentante legale e eventualmente alla persona prossima, deve essere consegnato, unitamente alla decisione di accettazione o di collocamento, un esemplare della presente legge e del regolamento.

²L' utente deve essere informato sul diritto di ricorso.

Rette e onorari

Art. 49 ¹L' OSC preleva rette e onorari corrispondenti alla qualità e all' entità delle prestazioni fornite.

²Se le rette e gli onorari sono richiesti direttamente all' utente, essi sono commisurati alle sue condizioni di reddito e di sostanza.

³Il Regolamento d' applicazione ne stabilisce i limiti e le modalità.

Capitolo V

Ricorso e risarcimento

Ricorso

Art. 50 ¹Alla CG vanno proposti tutti i ricorsi previsti dalla presente legge per i quali non è espressamente indicata una istanza differente.

²E' segnatamente dato ricorso contro ogni decisione od omissione comportante la privazione o una limitazione della libertà dell' utente.

³Contro la decisione della CG è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo in applicazione della Legge di procedura per le cause amministrative.

⁴La procedura è, di regola, gratuita.

Forma

Art. 51 Il ricorso deve essere presentato nella forma scritta nel termine di 10 giorni dall' adozione della misura coattiva.

Legittimazione

Art. 52 Sono legittimati a ricorrere:

- a) l' interessato, anche indipendentemente dal proprio rappresentante legale;
- b) il suo rappresentante legale;
- c) ogni persona prossima.

Provvedimenti cautelari e sospensivi

Art. 53 ¹Il ricorso non ha effetto sospensivo.

²Il Presidente della CG può, d' ufficio, su istanza dell' utente, del responsabile dell' UTR, del rappresentante legale o di altro interessato, emanare provvedimenti cautelari e sospensivi.

Procedura di ricorso

Art. 54 ¹Ricevuto il ricorso, il Presidente lo intima al responsabile dell' UTR e/o all' autorità che ha ordinato la misura, che sono tenuti a fornire le proprie osservazioni entro tre giorni.

²Di regola la CG effettua entro breve un' udienza conciliativa. Sente personalmente l' utente, i medici curanti nonché altri membri dell' équipe terapeutica appartenenti all' UTR

competente. L'udienza conciliativa è, in linea di principio, effettuata da una delegazione della CG.

³In caso di mancata conciliazione l'ulteriore audizione dell'utente e la decisione della CG in materia di privazione e di restrizione grave della libertà, devono avvenire in tempi brevi, a composizione piena del collegio giudicante.

⁴La decisione della CG fa espresso riferimento alla facoltà di ricorrere al Tribunale cantonale amministrativo.

Responsabilità

Art. 55 ¹La privazione e la restrizione della libertà personale, avvenuta in violazione delle norme della presente legge, conferisce il diritto ad un risarcimento del danno e, se giustificata dalla gravità del pregiudizio, a un'indennità di riparazione morale (art. 429a CCS).

²L'azione spetta all'utente e alle persone prossime per il danno o torto morale da esse effettivamente subiti.

³Per il resto è applicabile la legge sulla responsabilità degli enti pubblici e degli agenti pubblici (Lresp).

Regolamento
d' applicazione della legge sull' assistenza sociopsichiatrica
(LASP) del 2 febbraio 1999
(dell' 11 aprile 2000)

Capitolo V
Diritti degli utenti e collocamenti

Trattamenti ambulatoriali coattivi

Art. 27 ¹I trattamenti ambulatoriali coattivi possono essere decisi dalle persone e dai responsabili delle UTR competenti per la conferma e la proroga dei collocamenti coattivi (art. 20 cpv 2 LASP). Non è ammessa la procedura d' urgenza.

²Il paziente deve essere informato per iscritto delle motivazioni indicate nel piano terapeutico e del suo diritto d' interporre ricorso alla Commissione giuridica.

³In caso di inosservanza dell' obbligo di trattamento ambulatoriale, il paziente può essere collocato coattivamente fatta salva la possibilità di ricorso (artt. 19 e segg. LASP). Rimangono riservati gli artt. 32 e 35 LASP; è applicabile per analogia l' art. 36 LASP.

Formulario per collocamenti coattivi

Art. 28 Il Direttore dell' OSC, in collaborazione con i Direttori dei Settori e con l' Ordine dei medici del Cantone Ticino, predispone, e mette a disposizione dei medici abilitati a decidere i collocamenti coattivi urgenti secondo l' art. 22 LASP, un apposito formulario conforme alle esigenze legali, che deve essere obbligatoriamente compilato in tutte le sue rubriche.

Detenuti e contenzione fisica

Art. 29 ¹In caso di collocamento secondo l' articolo 20 cpv. 1, lettera a) LASP, il magistrato che lo ha ordinato è competente per decidere eventuali misure di sicurezza e di contenzione fisica.

²E' riservato il diritto di ricorso contro tali misure a norma della legislazione penale.

³La sorveglianza per motivi di sicurezza è assicurata dalla Polizia cantonale.

Cartella clinica

Art. 30 ¹Il Direttore OSC, d' intesa con i Direttori dei Settori, predispone un modello di cartella clinica OSC unitaria e standardizzata, con rubriche fisse, idonea ad essere utilizzata in tutte le UTR. Possono essere utilizzati sistemi elettronici di conservazione e di gestione di dati.

²Il medico responsabile della UTR deve menzionare nella cartella clinica eventuali restrizioni delle libertà individuali a cui è stato soggetto il paziente ed indicarne i motivi e la durata.

³L' allestimento, la gestione e la conservazione degli archivi della documentazione clinica sono rigorosamente sottoposte ai requisiti di sicurezza e di protezione dei dati, previsti dall' articolo 39 LASP e dalle norme della pertinente legislazione.

⁴L' utente di una UTR deve essere informato, dopo le dimissioni o la conclusione di una terapia, del suo diritto di chiedere al CPSC la distruzione della documentazione clinica e dei dati che lo riguardano in conformità dell' articolo 39 cpv. 4. Di regola vengono distrutti i dati che permettono il riconoscimento della persona.

**Legge federale
sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope**

(Legge sugli stupefacenti, LStup)

del 3 ottobre 1951 (Stato 27 novembre 2001)

Art. 15b

¹ I tossicomani possono essere collocati o trattenuti in uno stabilimento appropriato in virtù delle disposizioni del Codice civile svizzero² sulla privazione della libertà a scopo d'assistenza.

² I Cantoni possono ordinare il trattamento ambulatorio successivo o controlli successivi.

**Legge
d' applicazione della legge federale sugli stupefacenti
del 3 ottobre 1951
(del 19 giugno 1978)**

**Capitolo I
Norme generali / Autorità competenti**

**II. Collocamento coattivo
LST art. 15 b**

Art. 11 ¹Al collocamento coattivo di tossicomani in virtù delle disposizioni del Codice civile svizzero sulla privazione della libertà a scopo d' assistenza, si applicano le modalità e la procedura prevista dalla legge sull' assistenza sociopsichiatrica.

²Il collocamento coattivo di tossicomani deve avvenire, per quanto possibile, in reparti specifici, distinti da quelli per la presa a carico sociopsichiatrica.

³Il collocamento può essere effettuato anche presso i servizi e centri residenziali di cui all' art. 8 cpv. 2 lett. b)*). In questo caso il responsabile del servizio o centro svolge, per analogia, i compiti affidati, nell' ambito della procedura di collocamento coattivo, dalla legge sull' assistenza sociopsichiatrica al responsabile dell' UTR.

*) Servizi e centri, ambulatoriali o residenziali, coattivi o non, di cura medico-psicologica, educativi, d'assistenza, di reintegrazione sociale, di formazione, di riqualificazione professionale e di altri interventi atti a favorire l' occupazione di persone con problemi legati all' uso di stupefacenti.