

# Aspetti medico-legali e giuridico-deontologici del trattamento sanitario obbligatorio

■ Davide Matta <sup>1</sup>, Silvia Katuscia Carta <sup>1</sup>, Alfonso Spagnesi <sup>2</sup>, Stefania Medda <sup>2</sup>, Massimo Graziano <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Specialista in Medicina Legale, Cagliari

<sup>2</sup> Specialista in Psichiatria, Cagliari

<sup>3</sup> Avvocato, Foro di Cagliari

## ABSTRACT

Health treatments usually need a consenting patient but in cases as infective diseases, industrial accidents or mental diseases physicians can apply to MT (Mandatory Treatment). In Italy the first laws concerning obligatory treatment of psychiatric diseases date back to the beginning of 20<sup>th</sup> century and have been recently modified to have more guarantees of patient's life and health. In order to allow a MT we need 3 conditions: an emergency situation caused by a health diseases, a non-consenting patient, impossibility to begin an adequate therapy outside hospitals. Any physician can "suggest" a MT to his patient describing briefly the disease and his clinical conditions. The "proposal" must be sent to the Mayor and has to be approved by another doctor working in the ASL (local public health unit). Then the Mayor has 48 hours to send everything to a judge who will validate or not the MT. Health treatment is carried out by Police. MT cannot last longer than 7 days.

**Keywords:** mental health, Mandatory Treatment (MT), professional deontology

*Medical-legal, juridical, and deontological of Mandatory Treatment  
Pratica Medica & Aspetti Legali 2008; 2(4): 175-179*

## ■ INTRODUZIONE

I trattamenti sanitari sono generalmente volontari, mentre quelli obbligatori (TSO) sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche e convenzionate.

Il TSO è compatibile con l'**art. 32 della Costituzione**, che recita: «Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Il TSO viene considerato nel **Codice di Deontologia Medica** [1] (Tabella I).

L'adesione del paziente dovrebbe essere ottenuta sempre sulla base del convincimento, in uno stato di tranquillità, collaborazione e partecipazione informata del paziente all'atto sanitario.

Alcune condizioni consentono una prestazione medica senza il consenso del paziente, quali:

- le **malattie infettive e diffuse**, a norma dei provvedimenti di carattere nazionale e internazionale, per le quali esista l'obbligo di notifica, di visite mediche preventive, di vaccinazioni a scopo profilattico, di cura attuata mediante l'isolamento domiciliare, di ricovero in reparti ospedalieri, nonché l'applicazione delle misure previste per le malattie infettive quarantenarie e gli interventi contro le epidemie e le epizoozie;
- le **malattie veneree in fase contagiosa** (Legge n. 837 del 25 luglio 1956) per le quali è fatto obbligo al venereopatico che rifiuti le cure volontarie di sottoporsi alla cura radicale e ad altre misure idonee a evitare il contagio venereo, non escluso il ricovero ospedalie-

<b>Art. 49</b> <b>Obblighi del medico</b>	Il medico che assiste un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni. In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge
<b>Art. 78</b> <b>Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie</b>	Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure e i metodi stabiliti, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato

**Tabella I.** Articoli del Codice di Deontologia Medica che si riferiscono al trattamento sanitario obbligatorio

ro disposto di autorità, fino alla scomparsa delle manifestazioni contagiose;

- le **malattie mentali** trattate in condizioni di degenza ospedaliera qualora le alterazioni psichiche siano tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e non sia possibile adottare misure sanitarie tempestive e idonee extra-ospedaliere;
- le **lesioni da infortunio sul lavoro e le malattie professionali**, di cui al DPR 30 giugno 1965, n. 1124, in quanto l'infortunato o il tecnopatico non può, senza giustificato motivo, rifiutare di sottoporsi alle cure mediche e chirurgiche che l'Istituto assicuratore ritenga necessarie per elidere o attenuare le conseguenze invalidanti, rifiuto che porterebbe alla perdita del diritto all'indennità per inabilità temporanea e la riduzione della rendita a quella misura presunta alla quale sarebbe stata ridotta se l'assicurato si fosse sottoposto alle cure prescritte;
- le **infermità e i difetti fisici o mentali** che danno luogo a un'invalidità o inabilità pensionabile (art. 83 del RD 4 ottobre 1935, n. 1827) allorché quando l'assicurato o il pensionato rifiuta, senza giustificato motivo, di sottoporsi ai trattamenti medico-chirurgici o al ricovero in idoneo luogo di cura per evitare o limitare l'instaurarsi dell'invalidità, rifiuto che comporta la sospensione delle prestazioni economiche;
- il trattamento ospedaliero delle **persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope** (art. 29 legge 26 luglio 1990, n.162, che modifica l'art. 97 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, comma 1);

- l'**accertamento sanitario**, dell'imputato per i delitti di violenza sessuale (art. 16 della legge 15 febbraio 1996 n. 66), per l'individuazione di patologie sessualmente trasmissibili.

L'obbligatorietà di sottoporsi a determinati trattamenti terapeutici è determinata da esigenze sociali che fanno appello al dovere di solidarietà di ogni cittadino per la salvaguardia di interessi comuni di fronte a determinate contingenze che minacciano la sicurezza collettiva, o abbiano lo scopo di ripristinare in tutto o in parte l'efficienza produttiva menomata da infortunio sul lavoro o da invalidità [2].

## ■ TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER MALATTIE MENTALI

Un rilievo particolare nell'ambito dei trattamenti sanitari obbligatori assumono quelli effettuati in conseguenza di malattie mentali. Le disposizioni che regolamentano tale forma di trattamenti sanitari sono riportate negli artt. 2 e 9 della Legge n. 180 del 13.05.78, confluiti poi negli artt. 33, 34 e 35 della Legge n. 833 del 23.12.78 [3,4], istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale. L'aspetto principale di tale normativa, che deve essere ben tenuto presente dal medico, è che il soggetto malato di mente non viene più considerato come una persona pericolosa a sé o agli altri che per questo deve essere "internata", ma come un qualsiasi malato che necessita di cure per la malattia psichica.

La prima regolamentazione in ambito psichiatrico risale alla legge n. 36 del 1904 intitolata «Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati». L'articolo 1 della suddetta legge stabiliva: «debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da alienazione mentale, qualunque sia la causa, quando siano pericolose per sé e per gli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi» [5].

Gli aspetti più allarmanti della vecchia legislazione erano l'assenza di limiti temporali di degenza e il fatto che dopo il primo periodo di osservazione (di circa un mese) su indicazione del direttore del manicomio si innescava il procedimento giudiziario di internazione definitiva del paziente che di conseguenza perdeva la sua capacità di agire (giuridicamente). Inoltre il ricovero veniva registrato nel casellario giudiziario, rendendo difficile il reinserimento sociale e lavorativo dei pochissimi pazienti dimessi guariti o stabilizzati [6].

Da ciò emerge il carattere custodialistico della legge che si basava su una concezione di difesa sociale piuttosto che di tutela della salute; infatti essa non si poneva, nei confronti del malato di mente, alcun fine terapeutico o riabilitativo considerandolo come un soggetto da segregare piuttosto che da curare.

Salvo alcune non irrilevanti modifiche, introdotte nel 1968 dalla legge n. 431, che hanno riconosciuto la possibilità, per chi manifesti un disturbo psichico, di potersi ricoverare volontariamente, il sistema manicomiale è rimasto in vigore in Italia sino al 1978. Le nuove disposizioni introdotte alla fine degli anni sessanta hanno inoltre abrogato, dal vecchio codice di procedura penale, l'obbligo dell'annotazione dei provvedimenti emessi dal giudice [2,7,8].

La legge n. 180/78 ha sancito un taglio netto con il passato. Infatti finalmente si va a salvaguardare la dignità del paziente psichiatrico attraverso una nuova dimensione della patologia. Viene privilegiato l'intervento terapeutico e il recupero del malato attraverso l'integrazione dello stesso nel tessuto sociale; mentre il trattamento sanitario obbligatorio diventa un provvedimento eccezionale (*extrema ratio*), giustificato soltanto dalla necessità di garantire il diritto individuale alla tutela della salute [13].

Le condizioni indispensabili per disporre un trattamento sanitario obbligatorio sono [9]:

- l'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- la mancanza del consenso del paziente a sottoporsi alle cure;
- impossibilità di adottare tempestive e idonee misure extraospedaliere.

Prima di applicare la misura impositiva del TSO, il medico intervenuto dovrebbe adoperarsi **in ogni modo** a ricercare il **consenso del paziente**, in maniera da ottenere l'adesione dello stesso sulla base del libero convincimento, quindi in uno stato di tranquillità e di partecipazione.

La **proposta** di trattamento sanitario obbligatorio, motivata, può essere inoltrata da qualsiasi medico (è sufficiente la laurea in medicina e la conseguente iscrizione all'albo dei medici chirurghi) [13]. In essa, oltre alle generalità del malato, devono essere esplicitati nella maniera più ampia e dettagliata possibile i contenuti strettamente sanitari: le condizioni cliniche del paziente, la forma patologica in causa e le sue eventuali caratteristiche (**non bisogna limitarsi alla sola diagnosi**).

Tale proposta deve essere indirizzata al sindaco (massima Autorità Sanitaria locale); quest'ultimo chiede la **convalida** della proposta a un medico dipendente del servizio pubblico (quindi appartenente alla ASL) (art. 34 Legge 833/78) [4], ma qualora non siano attivi i rispettivi servizi territoriali a causa dell'orario, della disponibilità di personale o di

diverse disposizioni, il **Medico di Guardia Medica** è considerato a tutti gli effetti personale medico dell'ASL e quindi abilitato a convalidare una proposta di TSO [10]. Attraverso la visita è possibile riconoscere l'urgenza che, comunque, non deve essere interpretata in ogni situazione in termini esclusivamente clinici poiché verrebbero ad essere escluse patologie croniche che possono ugualmente presentare i requisiti che pongono le indicazioni per un TSO [11].

Il provvedimento con il quale il sindaco **dispone** il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata e convalidata dal medico dipendente ASL, **deve essere notificato**, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assume le informazioni necessarie e, disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare il provvedimento comunicandolo al sindaco e al personale sanitario del reparto [12].

La mancata convalida del provvedimento fa decadere il trattamento sanitario obbligatorio per cui il sindaco predispone la sua cessazione.

Il giudice tutelare, durante il TSO, provvederà a salvaguardare l'interesse patrimoniale del paziente, nominando all'uopo un tutore o un custode provvisorio (art. 3 Legge 180/1978) [3].

La durata del TSO è al **massimo di 7 giorni**; nel caso in cui si mantengono le condizioni che hanno indotto a richiedere il TSO, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico nel quale il paziente è in cura, è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e gli adempimenti in precedenza elencati, indicando la ulteriore durata presumibile dal trattamento stesso.

Un tale iter amministrativo era stato fissato dal legislatore con lo scopo di prevenire eventuali abusi o iniziative a carattere custodialistico, a garanzia e tutela dell'inviolabilità della libertà personale dell'infermo di mente. Da un punto di vista clinico, però, sette giorni o poco più sono appena sufficienti per ottenere i primi segni di sedazione comportamentale ma non l'esaurimento della fase psicotica, che a volte può richiedere anche dei mesi [11].

Chiunque (familiari, medico curante ecc.) può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il TSO; il sindaco su queste richieste decide entro 10 giorni (Legge 180/1978, art. 4 e Legge 833/1978, art. 6, ultimo comma) [3,4]. Inoltre contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare è ammesso ricorso da parte di chiunque vi abbia interesse (compreso lo stesso paziente sottoposto a TSO) da proporsi al tribunale competente per territorio. Il sindaco a sua volta può

Questa certificazione medica deve servire solo da riferimento in quanto in tali occasioni è opportuno non utilizzare moduli prestampati

---

**PROPOSTA DI TRATTAMENTO  
SANITARIO OBBLIGATORIO**

Al Sig. SINDACO  
del comune di \_\_\_\_\_

**Generalità del malato:**  
Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Presenta:**  
*(bisogna esplicitare nella maniera più ampia e dettagliata possibile i contenuti strettamente sanitari: le condizioni cliniche, la forma patologica in causa e le sue eventuali caratteristiche).*

**Considerato** che esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgente intervento terapeutico;  
**Accertato** che il paziente suddetto non accetta l'intervento terapeutico propositogli;  
**Constatato** che non ci sono al momento attuale condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure curative extraospedaliere;

Il sottoscritto Dott. (cognome e nome) \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

**PROPONE**

che alla persona in oggetto sia praticato trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera presso il Servizio Psichiatrico di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_  
luogo data ora

\_\_\_\_\_  
timbro e firma del medico

Questa certificazione medica deve servire solo da riferimento in quanto in tali occasioni è opportuno non utilizzare moduli prestampati

---

**CONVALIDA DELLA PROPOSTA**

Al Sig. SINDACO  
del comune di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. (cognome e nome) \_\_\_\_\_ qualifica (\*) \_\_\_\_\_

**Vista** la relazione sanitaria di proposta di trattamento sanitario obbligatorio effettuata per il sig. (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Constatata** la veridicità e l'esattezza delle notizie in essa contenute;  
**Preso atto** che attualmente non sussistono le condizioni e le circostanze che consentono l'adozione di idonee misure extraospedaliere;

**CONVALIDA**

ai sensi dell'art. 2 della Legge del 13 maggio del 1978, n. 180 la proposta del Dott. (cognome e nome) \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_  
luogo data ora

\_\_\_\_\_  
timbro e firma del medico

(\*) la convalida deve essere effettuata da un medico dipendente del servizio pubblico (quindi appartenente alla ASL) art. 34 legge 833/78, ma qualora non siano attivi i rispettivi servizi territoriali a causa dell'orario, della disponibilità di personale o di diverse disposizioni, il **Medico di Guardia Medica** è considerato a tutti gli effetti personale medico dell'ASL e quindi abilitato a convalidare una proposta di TSO.

**Figura 1. Facsimile della proposta di TSO e del relativo documento di convalida**

proporre analogo ricorso entro il termine di 30 giorni contro la mancata convalida del provvedimento da parte del giudice tutelare [12].

È importante ricordare che il ricovero, per volere del paziente, può essere in qualsiasi momento trasformato in trattamento volontario, facendo così decadere il provvedimento del sindaco.

## ■ ASPETTI TECNICI E GIURIDICI DEL TSO

Il TSO viene disposto con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria. La notifica e l'esecuzione di tale ordinanza si configurano sul piano giuridico non come atto sanitario, ma come operazione di polizia amministrativa, diretto all'osservanza di regolamenti e provvedimenti dell'autorità (sindaco), in cui il personale competente non è quello sanitario, ma quello del **Corpo di Polizia Municipale**: l'intervento dei Sanitari (fondamentale nell'ambito dell'assistenza al malato) e della Polizia in questi casi non deve essere pertanto subordinato l'uno all'altro, ma contestuale, e deve esplicitarsi attraverso una distinzione chiara dei rispettivi compiti d'intervento. Ciò nasce da combinate disposizioni di legge (DPR 191/1979; DPR 616/1977; Legge 382/1975; Articolo 221 codice di procedura penale). Pertanto, al personale sanitario, dovrebbero sempre affiancarsi i vigili urbani [6].

In tutte quelle situazioni in cui il comportamento del paziente abbia determinato un **problema di ordine pubblico**, con notevole pericolo per la propria incolumità fisica, dei soccorritori o di altre persone si renderà indispensabile l'intervento delle forze di Polizia Municipale (in loro mancanza dei Carabinieri o della Polizia), supportato eventualmente dai VV.FF. qualora il paziente sia armato, (con armi proprie o improprie), o nei casi di barricamento o di difficoltà al suo raggiungimento [13].

Nell'urgenza, non solo psichiatrica, è bene ricordare che l'intervento, a volte, diventa immediatamente necessario, indipendentemente dal consenso del paziente e prima o, contestualmente, all'avvio di una procedura obbligatoria. Soltanto in questi casi è giustificato lo **stato di necessità** (art. 54 cp) [14] secondo cui: «non commette reato colui che agisca nella necessità di preservare chiunque dal pericolo attuale di danno grave alla persona propria o altrui».

Se lo stato di necessità non sussiste l'intervento del Sanitario può configurarsi nell'ambito della violenza privata (art. 610 cp), della violazione di domicilio (art. 614 cp), delle lesioni personali col-

pose (art. 590 cp) e, ancor peggio, nel sequestro di persona (art. 605 cp). Per contro il mancato intervento in visita domiciliare per l'accertamento della sussistenza della infermità mentale, potreb-

be configurare per il sanitario il reato di abbandono di incapace (art. 591 cp), di omissione di soccorso (art. 593 cp), di omissione di atti d'ufficio (art. 328 cp) [14].

## ■ BIBLIOGRAFIA

1. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Codice di Deontologia Medica, 16 dicembre 2006
2. Puccini C. Istituzioni di medicina legale. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2003; pp. 881-887 e pp. 925-930
3. Legge n. 180 del 13 maggio 1978 in materia di "Accertamenti e trattamenti volontari ed obbligatori". Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie Generale n. 133, 18 maggio 1978
4. Legge n. 833 del 21 dicembre 1978 in tema di "Istituzione del servizio nazionale". Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Supplemento ordinario n. 360 del 28 dicembre 1978
5. Legge n. 36 del 14 febbraio 1904 in tema di "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati". Regio Decreto n. 615 del 16 agosto 1909
6. Sbordonì S. Devianza primaria e devianza secondaria. Il caso del trattamento sanitario obbligatorio. Disponibile su: <http://www.altrodiritto.unifi.it/devianza/sbordonì/index.htm>
7. Canepa G. Questioni medico legali in tema di responsabilità professionale nel campo della psichiatria clinica e forense. *Riv Ital Med Leg* 1995; 17: 661-72
8. Legge n. 431 del 18 marzo 1968 in materia di "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica". Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 101, 20 aprile 1968
9. Macchiarelli L, Feola T. Medicina legale. Torino: Minerva Medica, 1995; vol. 1, pp. 656-62
10. Antonicelli R. La Guardia Medica 2007. Milano: Momento Medico 2006; pp. 116-9
11. Venturi E. Problematiche etiche e giuridiche del trattamento dei malati di mente. *La Nuova Stampa Medica Italiana* 1997; 2: 49-57
12. De Ferrari F, Pagni A, Cioffi M. Problemi medico-legali in medicina generale. Napoli: Mediserve, 1999; pp. 57-63
13. Andreotti L, Bussotti A, Cammelli D. Urgenze mediche territoriali. Diagnosi e terapia. Torino: Minerva Medica, 2004; pp. 335-6
14. Alibrandi L. Codice Penale - annotato con la giurisprudenza. Piacenza: La Tribuna, 2004

### CORRESPONDING AUTHOR

Dott. Davide Matta, e-mail: [dav.matta@gmail.com](mailto:dav.matta@gmail.com)