



Città di Nichelino

Provincia di Torino

CORPO DI POLIZIA MUNICIPALE

Agli Operatori del Corpo
-sede-

Oggetto: Disposizione di Servizio n. 11 /2015. **Trattamento Sanitario Obbligatorio**, integrazione e specificazione della Disposizione di Servizio n. 16/2014 del 3 ottobre 2014.

Recenti tragiche vicende legate all'esecuzione di T. S. O., portano ad emanare una integrazione e specificazione della pur dettagliata Disposizione dello scorso anno: che non aveva preso in specifica considerazione l'impiego a scopo *impositivo* della forza, inveterata la consuetudine che ad essa non si sia mai fatto ricorso da parte di questo Corpo di P. M. .

Soccorso urgente a persona inferma

Distinguendo le situazioni di "soccorso urgente alla persona inferma" dall'esecuzione di T. S. O., si ribadisce il principio già espresso nelle pregressa Disposizione: solo in caso di soccorso urgente portato a chi sia vittima di acute alterazioni psicofisiche -ed al solo fine di scongungere gravi ed immediati pericoli per l'ammalato e per altre persone-, supportando il Personale sanitario e conformemente alle istruzioni da quello impartite, si potrà -ove inevitabile- impiegare in modo misurato la coazione fisica. Ciò trova riscontro nell'esercizio della qualifica di Agente di P. S. -tenuto a prestare soccorso-, e conforto nella tutela penale dettata dall'art. 593 c.p. . Si noti ancora -per conferma, ove mai ve ne fosse necessità-, che di fronte a comportamenti violenti auto o etero diretti da parte del malato in alterazione psichica, l'immediato pericolo non è affrontabile ricorrendo al T. S. O.: che comporterebbe un ingiustificabile rallentamento nel prestare i soccorsi. Il ricovero urgente della persona ammalata, consentirà successivamente la diagnosi e la cura delle patologie sottostanti la manifestata fase acuta.

Trattamento Sanitario Obbligatorio

Ben distinto il caso di un provvedimento terapeutico di T.S.O., il cui destinatario è persona nota ai Servizi Sanitari: infatti, uno dei presupposti del T.S.O. è che ci sia un rifiuto delle cure, terapie che non possono che conseguire ad una diagnosi formulata,

quindi alla adeguata conoscenza del soggetto da parte dei Sanitari. Le altre premesse necessarie sono: l'urgenza dell'intervento terapeutico e l'impossibilità che la persona possa essere curata se non in ospedale. Quindi il T.S.O. è, in via ordinaria: ipotizzato, valutato, scelto, proposto, convalidato, adottato, successivamente da attuare.

In tema di T.S.O., in nessun passaggio (di legge, di interpretazione, di indicazioni applicative) si prevede l'impiego *tout court* della forza, da parte della P. M. o di altro attore, al fine di realizzare l'esecuzione materiale del provvedimento terapeutico: dovendosi prudentemente tenere ben distinto il generico concetto di *costrizione* -nelle sue accezioni quali contenimento, trattenimento, accompagnamento, attornamento, istradamento, sospingimento, ...- da quello specifico di imposizione del trattamento mediante l'impiego attivo della forza, pur se sempre proporzionata ed appena sufficiente a vincere la resistenza della persona ammalata. Quindi, per inquadrare questa seconda situazione, si dovrà ricercare altrove una fonte normativa con la quale confrontarsi.

Non esistendo una norma di legge -o equipollente- nazionale o regionale a disciplina della esecuzione materiale del provvedimento (non sussistono, invece, particolari dubbi sull'iter burocratico), si constata una difficoltà oggettiva nel procedere: difficoltà che si intende ridurre al minimo con la presente, allo scopo di tutelare al meglio possibile la persona bisognosa di cure, gli Operatori di P. M., il Corpo, nonché l'Autorità Sanitaria Locale-Sindaco che adotta il provvedimento formale.

La prassi invalsa -localmente, considerando che l'approccio ha variabili numerose quasi quanto i Comuni italiani-, coinvolge la Polizia Municipale non per attribuzioni sancite da leggi o provvedimenti aventi forza di legge, bensì in base a (perlopiù datate) indicazioni e circolari, caratterizzate da linearità e coerenza tra loro non sempre evidenti -Ministero degli Interni, Ministero della Sanità, Regione Piemonte, ...-. A *consolidare* la inesistenza "storica" (Leggi 180 e 833 del 1978) di attribuzioni assegnate alla P. L., si noti che nemmeno nella più recente ipotesi di modifica della normativa in materia di assistenza psichiatrica -almeno quella di cui si ha informazione-, si fa alcun cenno al ruolo delle Polizie Locali -cfr. Camera dei Deputati, Commissione Affari Sociali, 17 maggio 2012, Relatore On. Carlo Ciccio, testo unificato elaborato dal Relatore ed adottato come testo base, "Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica"-.

Gli organi di Polizia Locale sono *indicati* quali esecutori da note che appaiono poco solide *ab origine*, non solo per la pacifica loro carenza del requisito di "norma", bensì anche sotto il profilo della difficile individuazione del rapporto di subordinazione tra entità *indicante* ed organo destinatario dell'indicazione: tanto da rendere ancor più labile il concetto di rapporto tra compito attribuito e sua esecuzione, così indebolendo e rendendo incerto l'agire di chi materialmente opera.

In specifico, per quanto attiene al Ministero dell'Interno, si osserva che in distinte occasioni afferma e ribadisce che il T.S.O. "... non è più da annoverarsi tra le misure di polizia, ma deve essere una mera operazione sanitaria..." (primi commenti successivi all'entrata in vigore della legge), è da ascrivere ai provvedimenti amministrativi (nota del 1995), esclude il nesso con la sfera della P. S. (nota del 2001). Palese pertanto che le note emanate da detto Ministero non possano avere valenza dispositiva: escludendosi, da parte del Ministero medesimo, che siano state emanate in veste di Autorità Nazionale di P. S. ex art. 1, 1° e 2° c, L. 121/81 e dirette ad organi periferici od a singoli operatori di P. S. ad essa subordinati.

Parimenti, ed anzi in misura ancor più marcata, difficilmente si ravvisano nelle

indicazioni fornite -negli anni '90- dall'allora Ministero della Sanità e dalla Regione Piemonte, i titoli di primazia e la conseguente subordinazione a carico delle Polizie Locali. Pure la Conferenza delle Regioni, che emana delle mere (né potrebbe diversamente) "raccomandazioni" nel 2009, cita una pletora di istituzioni ed organi potenzialmente *concorrenti* nell'attuazione del T.S.O., auspicandone la collaborazione, senza invero poter esercitare una azione cogente che stabilisca -imponga- il "chi fa che cosa e come lo fa". Nella proposizione di intenti in ultimo richiamata, addirittura si enunciano delle asserite "attribuzioni", senza poterne ovviamente citare la fonte normativa (per la limpida circostanza che essa non esiste), facendo intendere la trasfigurazione di *raccomandazioni* in *disposizioni*.

Peraltro, anche il nesso (a cui fa ricorso qualche nota richiamata) tra Sindaco quale Autorità Sanitaria Locale -L. 833/78, art. 13; in precedenza T.U.L.S., R. D. 1265 del 27 luglio 1934, art. 2/3° c.- e Sindaco quale referente della Polizia Municipale -L. 65/86, art. 2-, pare non così lampante e solido: trattandosi, in campo sanitario, di un esercizio di compiti inserito in una concatenazione funzionale che vede in cima lo Stato/Ministero della Sanità (ora della Salute), indi le Regioni, quindi gli Enti Locali territoriali, ed in specifico i Comuni: che (art. 13 L. 833/78), le esercitano "... mediante le <nel 1978> unità sanitarie locali ..."; quindi, se una attribuzione viene esplicitata, questa è in capo alle odierne AA. SS. LL. .

Considerando che nella figura del Sindaco convergono molti ruoli (Ufficiale di Governo/di Stato Civile/d'Anagrafe, Ufficiale di polizia giudiziaria <in mancanza di Carabinieri o Polizia di Stato>, Autorità Locale di Pubblica Sicurezza <ove non vi sia Questura o Commissariato di Polizia>, Autorità Sanitaria Locale, Responsabile della Polizia Municipale, Capo della Amministrazione Comunale, Autorità di Protezione Civile, ...) e l'esercizio di plurime responsabilità (dai rifiuti ai trasporti locali, dal ciclo integrato dell'acqua alle attività commerciali e di pubblico esercizio, dalla tutela degli incapaci e dei minori alla presidenza della Commissione Elettorale, dai tributi locali a ...), si instaurano vari rapporti di interdipendenza con molte Autorità: con il Prefetto, con il Presidente della Corte d'Appello, con il Giudice Tutelare, con il Procuratore della Repubblica, con il Questore, con il Presidente del Tribunale Civile, con il Presidente della Giunta Regionale, con il Ministro della Salute, Orbene, in questo articolato panorama, il legame giuridico -che si presume debba essere molto solido- tra l'esercizio del ruolo di Autorità Sanitaria Locale e quello di Forza Pubblica, secondo due Ministeri -della Sanità e dell'Interno- si fonda sull'intuito: Min. Sanità prot. n. 900.3/SM-E1896 del 21/09/92, Mininterno Circolare n. 5300 del 24/08/93, <... Per quanto concerne l'individuazione della Forza Pubblica, da parte del Sindaco, è intuitivo il coinvolgimento del Corpo di Polizia Municipale, in quanto alle sue dirette dipendenze, ...>. Quindi, mentre in pressoché qualunque altra situazione, la Forza Pubblica è ineludibilmente individuata in base alla L. 121/81 (come giuridicamente inappuntabile: tra gli altri, Cass. Pen. Sez. VI, 19/06/2000, Grech, <... *la qualità di agente della forza pubblica impone che il soggetto sia investito di un potere di coercizione diretta su persone o cose ai fini di tutela dell'ordine o della sicurezza pubblica* ...>: concetto che per la Polizia Municipale vale -afferma la S. C.- ad esempio in merito alle funzioni di polizia stradale e dei controlli commerciali, cioè per l'esercizio qualifiche di p. g. ex art. 5 L. 65/86, espletate in merito alle competenze attribuite dalle leggi -Cass. Pen. Sez. 1^, 30 ottobre 1992, Pignatiello-), qui si realizza l'eccezione ricorrendo, in mancanza delle attribuzioni sancite dalle norme, al *sesto senso*.

Necessario anche soffermarsi sulla scriminante (meglio: presunta scriminante, in vari contesti sciorinata) di cui all'art. 51 c.p.: che è riferibile solo alle norme di legge od agli ordini legittimi della pubblica autorità. E certo non esistono leggi in materia che attribuiscano compiti alla P. M., né risulta evidente la legittimità di un ordine che comporti l'uso della forza -tipico dell'esercizio delle funzioni di tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica- in capo ad organi non inclusi nel disposto della L. 121/81 (ed anche: 117 lett. h Cost.; L. 159/97, art. 1, lett. l; D. Lgs. 112/98, art. 160).

La operatività odierna, per consentire i provvedimenti terapeutici per la persona malata e contestualmente tutelare gli Operatori di P. M.

In attesa delle (trentennalmente neglette) indispensabili disposizioni di legge nazionali e/o regionali che disciplinino nel dettaglio il ruolo, gli strumenti, i metodi, la preparazione della P. M. (o di altri Organi di Polizia) in merito ai provvedimenti di T.S.O., si dispone provvisoriamente come di seguito illustrato. Nel far ciò, pur con le perplessità espresse in premessa, con senso di responsabilità si prende atto dell'esistenza di indicazioni, raccomandazioni o auspici: traducendoli in pratica applicata alla concreta realtà di questa Polizia Municipale.

In primo luogo, si pone in evidenza l'esigenza di mantenere accuratamente distinte la procedura burocratico-amministrativa da istruire e la sua concretizzazione materiale.

In merito al primo aspetto, non v'è che da richiamare integralmente la Disposizione di Servizio n. 16/2014.

Quanto al secondo aspetto, si presentano due categorie di situazioni, da discernere attentamente.

Nulla quaestio, se la eventuale riottosità del paziente sia gestibile (ove non basti l'opera di convincimento), mediante azioni quali contenimento, interposizione, trattenimento, accompagnamento, attorniamiento, istradamento, sospingimento e simili -quindi solo con il ricorso alla resistenza passiva ed alla interdizione-; questo tipo di gestione si mantiene nell'alveo di quello che il Ministero dell'Interno (come in precedenza richiamato) ben distingue da una azione "di polizia", conservando chiare connotazioni di provvedimento amministrativo a scopo terapeutico. Diverso il caso in cui sia necessario imporre l'esecuzione o vincere la violenza, mediante la prevaricazione fisica: questo sottoinsieme del complessivo procedimento T.S.O., ad avviso di questo Comando assume la connotazione di impiego della forza, quindi di attività di *polizia di sicurezza*, con ciò che ne deriva.

Si ritiene, di conseguenza, che il ricorso alla forza attiva al fine di imporre il trattamento, esuli dalle attribuzioni della Polizia Municipale. Oltre a non esistere uno specifico addestramento del Personale in tal senso -necessario a partire dalla tutela della persona malata, per finire con la tutela del Personale operante: quindi il ricorso alla forza è, già in sé, inadeguato e scorretto, se non come *estrema ratio* per legittima difesa (52/1°, c.p.)-, tale condotta professionale è giuridicamente impraticabile. L'uso istituzionale della forza a fini impositivi, è proprio delle FF. PP. titolari delle funzioni di tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica: come evidente in base alla L. 121/81; quindi, la Polizia Municipale, non è titolata a farvi ricorso. La Polizia Municipale, infatti, svolge funzioni *ausiliarie* di pubblica sicurezza solo a determinate condizioni, in base al combinato disposto dell'art. 3 L. 65/86 e dell'art. 7 D. M. 145/87: le PP. MM. "collaborano con le forze di polizia

dello Stato ... quando ne venga fatta, per specifiche operazioni, ... motivata richiesta dalle competenti autorità" e gli addetti "... prestano l'assistenza legalmente richiesta dal pubblico ufficiale alle cui dipendenze sono funzionalmente assegnati". Tale procedura, oltre che non concretamente applicabile nelle circostanze in discorso, è inoltre impraticabile in relazione alla responsabilità erariale diretta, poiché, in base al combinato disposto degli art. 10 L. 65/86 e 43, 3° L. 121/81, l'impiego in ruoli di p. s. alle dipendenze funzionali della competente autorità, comporta l'erogazione piena, e non parziale, delle previste indennità spettanti agli Operatori di Polizia Municipale comandati a tale servizio: ciò che, pacificamente, non può garantire questo Comando, non competendogli l'attivazione della menzionata procedura.

Infine, che il ricorso alla forza, ordinariamente, compete esclusivamente alle Forze di Polizia dello Stato, è corroborato da una ulteriore evidenza: quegli Operatori sono pienamente tutelati in merito al rischio per la propria incolumità (in quanto esclusi dall'applicazione della Legge 214 del 22-12-2011 "soppressione degli istituti della causa di servizio, dell'equo indennizzo e della pensione privilegiata"), ciò che non avviene per gli Operatori di Polizia Municipale. Ed anche quest'ultimo profilo, particolarmente sensibile, non può essere tralasciato dallo scrivente in qualità di datore di lavoro.

In quanto a pregressi "indirizzi" formulati da Amministrazioni Regionali, si cita quello della Regione Autonoma della Sardegna, che aveva *investito* (si ribadisce: in modo incerto e dubbio una Delibera di Giunta Regionale in tema sanitario, attribuisce dei compiti alle Polizie Municipali ...) la P. L. di funzioni ordinarie di polizia amministrativa (predisposizione del provvedimento, procedure di notifica, generica assistenza per curare il buon fine del provvedimento) aggiungendovi inopinatamente "... gli atti di coercizione finalizzati all'osservanza del provvedimento obbligatorio ...". Orbene, l'atto di indirizzo in discorso, ancorché abbastanza recente -D. G. R. 16/13 del 29/03/2011- è innanzitutto anteriore alla rimozione delle provvidenze di tutela inerenti il rischio per l'incolumità degli Operatori di Polizia Locale, e comunque introduce il principio che oggi appare centrale ed imprescindibile di intervento delle FF. PP. di cui alla Legge 121/81: <Qualora le condizioni psico-fisiche dell'interessato siano tali da far ragionevolmente supporre una reazione violenta del paziente e gli operatori della Polizia Locale non siano - anche per circostanze di tempo o di luogo - nelle condizioni di poter garantire adeguata cornice di sicurezza, questi potranno richiedere l'ausilio delle Forze dell'Ordine, compatibilmente con le loro prioritarie esigenze di servizio.>

La scorta dell'ambulanza per il trasferimento dell'ammalato alla Struttura Ospedaliera e la competenza territoriale della Polizia Municipale

Di specifico peso è l'aspetto dell'accompagnamento della persona malata sino all'Ospedale: ubicato al di fuori di questo territorio comunale. Ai sensi degli artt. 3, 4 num. 3) e 4) lett. a), 5 della L. 65/86, l'ambito ordinario delle attività della P. M. è quello del territorio di competenza: principio ribadito come inderogabile, da giurisprudenza della Suprema Corte: in ultimo, Cass. Pen. II, 21 agosto 2015 n. 35099, Gentile; mentre "... sono autorizzate le missioni esterne al territorio per soli fini di collegamento e di rappresentanza; ...". Orbene, la consegna di copia dell'Ordinanza di ricovero ai Sanitari del nosocomio che accoglie l'ammalato, è senza meno incasellabile tra i compiti di *collegamento e di rappresentanza*, così come la generica supervisione sul regolare

svolgimento delle procedure avviate con l'Ordinanza di T. S. O. e la notifica al Giudice Tutelare: ciò anche in relazione all'art. 8 D. M. 145/87 s.m.i.. Invece, esulano da dette specifiche categorie dettate dalla legge, le altre attività quali la presenza a bordo dell'ambulanza per il *contenimento* e, a maggior ragione, per l'uso della forza a fini impositivi: del quale -per escluderlo categoricamente- si è detto nel paragrafo precedente. Sin che il Legislatore nazionale non metterà mano alla riforma della legge-quadro sulla Polizia Locale e speciali leggi non interverranno a normare il ruolo della P. M. in ambito dei T. S. O., questo Comando non può disporre l'impiego degli Operatori in siffatte incombenze.

Per quanto riguarda, quindi, la presenza di Operatori P. M. a bordo dell'ambulanza: quando si palesi una condizione di ordinaria gestione della persona malata, si rientra nella attività sanitaria di competenza del Personale Medico e Paramedico; quando i Sanitari ravvisino l'esigenza di imporre il trattamento o di vincere la violenza del malato di mente mediante l'impiego della forza, questo compete alle FF. PP. titolate ex L. 121/81: e nuovamente si rinvia a quanto argomentato al paragrafo che precede.

L'attività di accompagnamento si conclude con l'accesso all'Ospedale, dove si procederà alla consegna della documentazione ai Sanitari del primo Reparto in cui è accolto l'ammalato: non è questo Corpo che si fa carico dei tempi connessi all'iter di accettazione, che deriva da insindacabili criteri organizzativi, squisitamente sanitari. Inoltre, per il Personale di P. M., la ingiustificata permanenza *fuori territorio di competenza* oltre il tempo strettamente indispensabile, in un contesto in cui è affatto improbabile si verifichino situazioni -anche estranee al motivo della loro presenza- che ne richiederebbero l'intervento, crea una inammissibile situazione di confusione e contraddizione: che non può e non deve ricadere sul Personale impiegato, giuridicamente impossibilitato ad agire, eppure coinvolto.

Conclusioni, disposizioni operative

In coerenza con tutto quanto esposto, si dettano le seguenti regole a cui si atterranno gli Operatori di questo Corpo di P. M., in riferimento alla procedura ed in specifico alla persona malata:

- non è mai ammessa la coercizione fisica finalizzata all'esecuzione del T.S.O., neanche ove eventualmente sollecitata dai Sanitari che ne ravvisassero l'esigenza sin da subito: nel qual caso si inviteranno i Medici a richiedere immediato intervento delle FF. PP. titolate ex L. 121/81;
- si presterà generale assistenza e supporto ai Sanitari, al fine di conseguire il buon esito della procedura terapeutica: il primo elemento del *buon esito* è la tutela della dignità e dell'incolumità dell'ammalato;
- solo in caso di gesti anticonservativi dell'ammalato, attenendosi alle indicazioni dei Sanitari, si attuerà il contenimento nelle forme e per il tempo indispensabili a tutelare la vita e l'incolumità della persona che necessita di cure;
- si praticheranno solo il contenimento passivo/interposizione preventiva, in caso di atteggiamento aggressivo che ancora non costituisca imminente pericolo per l'incolumità fisica delle persone;
- si attuerà solo interdizione passiva in caso di tentativo di allontanamento da parte della persona malata;

- non si ricorrerà mai all'uso di strumenti di coercizione destinati ad altri scopi e disciplinati da norme con finalità completamente diverse -in specifico le manette, di cui art. 42 bis L. 354/75, *Ordinamento Penitenziario*;
- in caso non si conseguano gli scopi o si rischi di soccombere senza il ricorso all'uso impositivo della forza, si richiederà immediatamente, tramite Centrale Operativa, l'intervento delle FF. PP. titolari dell'uso della forza ex L. 121/81: la C. O. annoterà con assoluto scrupolo tale circostanza;
- l'accompagnamento a bordo dell'ambulanza è parte dell'aspetto esclusivamente sanitario della procedura: quindi il Personale di P. M. non salirà a bordo dell'ambulanza e la scorterà a breve distanza; qualora, invece, sussistano le esigenze descritte al punto precedente, l'eventuale accompagnamento a bordo dell'ambulanza, al fine di imposizione del provvedimento con la forza, sarà richiesto dai Sanitari alla intervenute FF. PP.;
- la scorta dell'ambulanza e l'accompagnamento del malato si concluderà con l'arrivo all'interno dell'ospedale; quello che avviene successivamente (l'iter di accettazione ospedaliera) non è sindacabile da questa P. M., né concerne più il nostro compito. La consegna di copia dell'Ordinanza deve avvenire presso il primo Reparto ospedaliero al quale è avviato il malato -ad esempio, Dipartimento Emergenza e Accettazione, D.E.A.-; nel caso i Sanitari del primo Reparto chiedano di attendere il trasferimento del malato ad altro Reparto -segnatamente Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, S.P.D.C.- ed ivi consegnare copia del provvedimento, si ripeterà l'informazione che la documentazione viene consegnata seduta stante, ovvero nell'immediatezza al S.P.D.C.: indichino i Sanitari il Reparto presso il quale consegnare l'atto; in caso perduri il rifiuto di ricezione, se ne darà atto nella attestazione a retro Ordinanza, se possibile citando le generalità e la qualifica del Sanitario che rifiuta; in caso le generalità non vengano fornite da alcun Sanitario rifiutante, si attesterà l'ulteriore rifiuto e si redigerà successivamente dettagliata Relazione di Servizio, per i dovuti incombenti; indi si farà comunque rientro in sede, trattenendo agli atti la copia non consegnata: che sarà immediatamente trasmessa via fax al S.P.D.C. (Ospedale S. Croce Moncalieri: 011 05 89 816, per altri Ospedali verificare all'occorrenza) attestando l'attività nello spazio destinato alla "consegna copia all'Ospedale"; ad ogni buon conto, si precisa che la consegna al Reparto di copia dell'Ordinanza è una prassi logica e quantomai opportuna, ma non è un adempimento previsto dalla legge (artt. 1 e segg., L. 13/05/78, n. 180);
- proporzionate azioni di difesa attiva sono ammesse solo in caso di aggressioni non diversamente neutralizzabili, contro Operatori di P. M. e Sanitari, in caso sia compromessa l'incolumità fisica delle persone (52/1°, c.p.) ed in attesa dell'intervento delle FF. PP. titolate ex L. 121/81: intervento che, si ribadisce, sarà immediatamente richiesto dalla C. O. su segnalazione degli Operanti, non appena questi ne percepiscano l'esigenza.
- nel caso in cui necessiti l'intervento delle FF. PP. titolate ex L. 121/81, nelle more del loro arrivo, si stabilizzerà per quanto possibile la situazione, secondo i criteri del *contenimento* già richiamati.

Nichelino, 30 settembre 2015

PN/



il Comandante
Dr. Luigi Grasso

