



Dossier a cura dell'associazione "Diritti alla Follia"

IL DIRITTO FRAGILE

*ITALIA, 2026: Psichiatria, Tribunali e
limitazioni della libertà, dell'autodeterminazione
e dei diritti della persona*

Indice

1	Introduzione	1
1.1	Chi è Diritti alla Follia	1
2	Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)	8
2.1	Ho chiesto aiuto. Poi hanno cominciato a decidere per me	13
2.2	Quando la violenza diventa una diagnosi	15
2.3	“Non sei in TSO”. “E allora perché non posso andare via?”	16
2.4	“Se non vieni con noi...”: quattordici giorni di contenzione e un TSO scoperto dopo	17
2.5	La casa vuota dopo il TSO	19
2.6	Un corpo che chiede aiuto, una risposta psichiatrica	21
2.7	Un “volontario” che non poteva dire di no	23
2.8	Il ricovero “volontario” che non ricordo	25
2.9	Quando dire di no diventa un sintomo	26
2.10	Non ero più io, ero la mia diagnosi	28
2.11	84 ore di contenzione	29
2.12	Un TSO per una persona “scomoda”	30
3	Amministrazione di sostegno	32
3.1	CASI EMBLEMATICI DI ABUSO ATTRAVERSO L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO	35
3.2	La madre, il figlio e un'Amministrazione di sostegno	38
3.3	Anche dopo la morte: il divieto di visita e il silenzio sulla sepoltura	40
3.4	Il Business del dolore: Quando la tutela diventa sequestro affettivo	42
3.5	Amministrazione di sostegno come strumento di espropriazione familiare	45
3.6	Una misura di protezione che diventa isolamento: testimonianza sull'Amministrazione di sostegno	47
3.7	Il fallimento della tutela tra debiti indotti e degrado umano	49
3.8	Dieci anni di istituzionalizzazione: una madre denuncia la perdita di diritti e autonomia della figlia	50
3.9	Nove mesi sotto procedura: quando la richiesta di Amministrazione di sostegno diventa una gabbia	53
3.10	Dalla vita autonoma alla RSA	54
3.11	Un'amministrazione di sostegno disposta senza ascoltare il diretto interessato: otto mesi di procedimento e una CTU che ne esclude la necessità	56

3.12	Una raccolta di vicende sull'Amministrazione di sostegno pervenuta all'Associazione	60
3.13	Storia di M.	63
4	Misure di sicurezza	65
4.1	Misure di sicurezza psichiatriche: la persistenza del paradigma della pericolosità sociale	65
4.2	Quando la comunità diventa una forma di detenzione	68
4.3	Misura di sicurezza e percorsi coercitivi	70
4.4	Trent'anni di psichiatria, fino alla misura di sicurezza	72
5	Conclusioni	74
5.1	I meccanismi strutturali dell'abuso	74
5.2	Profili di rilievo alla luce della CEDU e della CRPD	76
5.3	Il quadro del CPT e dell'OPCAT	80
5.4	I Garanti nazionali	81
5.5	Un problema di effettività dei diritti	83

Introduzione

1.1 Chi è Diritti alla Follia

Diritti alla Follia è un'associazione nata nel 2018 per promuovere i diritti di utenti, ex utenti e sopravvissuti alla psichiatria. Il suo impegno nasce da un principio fondamentale: nessun diritto alla salute può essere imposto contro la volontà della persona.

L'associazione opera a livello nazionale per promuovere una riforma delle norme e delle pratiche che consentono forme di coercizione e di sostituzione della volontà della persona, con particolare attenzione al Trattamento Sanitario Obbligatorio, all'Amministrazione di sostegno, alla curatela e alla tutela, alle misure di sicurezza per i soggetti non imputabili e all'istituzionalizzazione.

In questo ambito promuove il rispetto dell'autodeterminazione, del consenso informato e della volontà della persona, attraverso attività di advocacy, iniziative pubbliche, elaborazione di proposte di riforma, interlocuzione con istituzioni e organismi di garanzia e raccolta di segnalazioni e testimonianze.

È all'interno di questa attività che si colloca il presente Dossier.

Il Dossier

Nel corso degli anni, centinaia di persone si sono rivolte all'associazione Diritti alla Follia per raccontare ciò che stavano vivendo, chiedere informazioni, cercare indicazioni su come affrontare una situazione che le riguardava direttamente o chiedere assistenza. Le comunicazioni ricevute hanno riguardato vicende molto diverse tra loro: ricoveri e trattamenti psichiatrici (molto spesso in regime di TSO), amministrazioni di sostegno, misure di sicurezza, terapie farmacologiche, procedimenti giudiziari, vicende familiari ed economiche e altre situazioni nelle quali le persone hanno incontrato difficoltà, in rapporto alla condizione di "paziente psichiatrico" propria o di propri familiari, nell'esercizio dei propri diritti.

Solo una parte molto esigua delle persone che ci hanno contattato ha successivamente accettato il nostro invito a fornire una testimonianza per questo Dossier. La raccolta non è quindi una rappresentazione quantitativa delle comunicazioni ricevute dall'associazione, né pretende di fornire una fotografia statistica del fenomeno. È piuttosto il risultato di un processo di selezione spontanea: tra le moltissime persone che hanno scritto, solo alcune hanno trovato la possibilità, la disponibilità o la forza di raccontare la propria esperienza.

Questo dato è significativo anche per un'altra ragione. Raccontare pubblicamente, anche in forma anonima, un'esperienza di coercizione o di perdita dell'autonomia

non è semplice. Molte delle persone che ci contattano si trovano ancora all' interno dei percorsi che descrivono, "dipendono" dai servizi, dalle strutture o da decisioni giudiziarie, oppure temono che esporsi possa avere conseguenze sulla propria situazione. Altre persone, dopo anni di vicende traumatiche, non hanno la forza di ricostruire quanto accaduto. Il numero relativamente ridotto di testimonianze raccolte rispetto al numero delle comunicazioni ricevute non deve quindi essere interpretato come indice della scarsa frequenza delle esperienze segnalate, ma piuttosto come un indicatore delle difficoltà che molte persone incontrano nel raccontarle e nel renderle visibili.

Le testimonianze contenute nel Dossier rappresentano dunque una parte, necessariamente parziale, delle "storie" che sono giunte alla nostra associazione. Proprio per questo vengono presentate come testimonianze individuali e non come dati statistici o come prova, da sole, della generalità di ciascun fenomeno descritto. Il loro valore risiede nella possibilità di mettere in evidenza, attraverso storie concrete e differenti tra loro, dinamiche e criticità che ricorrono in più comunicazioni e che meritano di essere sottoposte all' attenzione pubblica e istituzionale.

In particolare, negli ultimi mesi, parallelamente alla crescita del numero di persone che seguono l' associazione sui social media, è aumentato il numero di segnalazioni, testimonianze e richieste di aiuto ricevute da persone sottoposte a trattamenti sanitari obbligatori, amministrazione di sostegno, ricoveri psichiatrici, misure di sicurezza (in particolare la libertà vigilata), comunità terapeutiche, strutture residenziali e percorsi di psichiatrizzazione protratti nel tempo.

Le testimonianze qui raccolte provengono da contesti diversi e da persone con esperienze differenti, ma mostrano tratti ricorrenti e convergenti: limitazioni della libertà personale attuate attraverso strumenti giuridici e sanitari formalmente legittimi, ma applicati in modo distorto, sproporzionato o privo di adeguate garanzie.

Le comunicazioni sono pervenute da tutta Italia. Ci scrivono persone giovani e anziane, familiari, beneficiari di amministrazione di sostegno, persone sottoposte a TSO, ex ricoverati in SPDC, persone uscite da REMS o da misure di sicurezza non detentive, cittadini spaventati da procedure giudiziarie o sanitarie che percepiscono come oppressive.

Molte persone descrivono ricoveri avvenuti in condizioni coercitive, spesso preceduti da segnalazioni familiari, interventi delle forze dell'ordine o accessi al pronto soccorso per situazioni di fragilità, conflitto, lutto, difficoltà economiche o sofferenza emotiva. In numerose testimonianze emerge la sensazione di non essere stati ascoltati, di non aver ricevuto spiegazioni adeguate, di aver firmato documenti senza comprenderne il contenuto oppure di aver vissuto ricoveri formalmente "volontari" che si sono trasformati, nella pratica, in percorsi non liberamente interrompibili.

Diversi racconti riportano la somministrazione di psicofarmaci avvenuta per imposizione o, comunque, senza un effettivo consenso, con particolare riferimento alla sottoposizione a una sedazione intensa e ad effetti collaterali consistenti in perdita di lucidità, tremori, rallentamento cognitivo, aumento di peso, apatia, difficoltà motorie, oltre alla dipendenza farmacologica e la conseguente perdita progressi-

va dell'autonomia personale. Alcune persone riferiscono di aver tentato per anni di spiegare agli operatori come determinati farmaci aggravassero il loro stato emotivo o fisico, senza essere credute e senza che alla situazione sia stato posto rimedio.

In molte testimonianze compaiono esperienze di contenzione fisica, minacce di TSO utilizzate come forma di pressione, paura costante del ricovero coatto e timore di rivolgersi ai servizi sanitari anche per problemi di salute fisica, per il rischio di essere nuovamente ricondotti a un percorso psichiatrico.

Un tema ricorrente è quello dei “guasti” connessi all'applicazione dell'istituto dell'amministrazione di sostegno. Numerose persone descrivono la misura non come uno strumento temporaneo di aiuto, ma come una progressiva perdita di controllo sulla propria vita, sul denaro, sulle relazioni e sulle decisioni personali. Diversi racconti parlano di:

- difficoltà o impossibilità di opporsi alla nomina dell'amministratore
- gestione del patrimonio senza reale coinvolgimento del beneficiario
- collocamenti in RSA o strutture contro la volontà della persona
- limitazioni nelle comunicazioni con familiari o amici
- impossibilità di accedere direttamente ai propri soldi
- paura di ulteriori restrizioni giuridiche.

Alcune testimonianze riportano anche conflitti familiari, questioni ereditarie, contenziosi patrimoniali o situazioni di vulnerabilità economica intrecciate con l'intervento dei servizi psichiatrici o sociali.

Alcune persone descrivono situazioni in cui il patrimonio familiare, le eredità o la proprietà di immobili sembrano avere un ruolo determinante nella nomina dell'amministratore di sostegno. Altre raccontano di essere state private dell'uso dei propri soldi o di vivere con somme minime pur percependo pensioni o possedendo beni.

Particolarmente allarmante è la ricorrenza di narrazioni che descrivono lunghi periodi di istituzionalizzazione: persone trasferite da SPDC a comunità terapeutiche, strutture residenziali o RSA senza reale progettualità emancipativa, con perdita progressiva della libertà personale e dell'autodeterminazione.

Diverse narrazioni riguardano persone sottoposte a misure di sicurezza. Le segnalazioni descrivono difficoltà legate alla durata e alle modalità di applicazione delle misure, ai controlli e alle prescrizioni, nonché alla possibilità di costruire un percorso orientato al ritorno ad una vita autonoma. Alcuni raccontano lunghi percorsi tra SPDC, comunità terapeutiche, REMS e controlli giudiziari. Emergono paura dello stigma, timore di nuove restrizioni e difficoltà a ricostruire una vita autonoma al di fuori dei circuiti psichiatrici e giudiziari.

Dalle testimonianze emerge inoltre un forte senso di isolamento. Molte persone raccontano di non sapere a chi rivolgersi, di non trovare avvocati disposti ad

affrontare questi temi, di sentirsi screditate in partenza a causa della diagnosi psichiatrica e di percepire una sostanziale impossibilità di difendersi.

Una parte importante delle email riguarda la difficoltà di trovare tutela legale.

Molti scrivono di non riuscire a trovare avvocati disposti ad affrontare procedimenti contro medici, operatori sanitari, amministratori di sostegno o servizi sociali. Alcuni esprimono sfiducia profonda verso il sistema giudiziario, riferendo la sensazione che avvocati, servizi, tribunali e strutture agiscano come un sistema chiuso.

Alcune comunicazioni provengono da familiari.

Madri, padri, figli, fratelli e sorelle raccontano di aver visto i propri cari cambiare radicalmente dopo ricoveri o terapie farmacologiche protratte. Alcuni descrivono persone, prima autonome e socialmente inserite, diventare progressivamente dipendenti dalle strutture, sedate o private di iniziativa.

Altri familiari denunciano invece di essere stati esclusi completamente dai percorsi decisionali, di non ricevere informazioni, di vedere limitati i contatti con i propri cari ricoverati o istituzionalizzati.

Molte email sono scritte in stato di forte agitazione emotiva. Alcune sono ordinate e dettagliate, altre frammentarie, confuse, interrotte da rabbia, paura o disperazione. Quasi tutte, però, condividono un elemento comune: il senso di essere stati privati della possibilità di essere ascoltati come persone.

Una parte consistente delle comunicazioni riguarda i trattamenti sanitari obbligatori.

Numerose persone raccontano ricoveri improvvisi avvenuti dopo conflitti familiari, lutti, crisi emotive, richieste di aiuto rivolte ai servizi sociali o accessi al pronto soccorso per problemi inizialmente non psichiatrici. Alcuni riferiscono di essere stati portati in SPDC da forze dell'ordine e personale sanitario senza aver compreso cosa stesse accadendo. Altri raccontano di aver firmato documenti senza reale consapevolezza, o di aver scoperto solo successivamente che il ricovero era stato trasformato in "volontario".

Molte testimonianze descrivono la paura della contenzione fisica. In alcuni casi compaiono riferimenti diretti a letti con fasce contenitive già predisposte, a immobilizzazioni, a sedazioni profonde e a stati di confusione tali da cancellare interi periodi di memoria.

Ricorre spesso il tema della perdita di lucidità dovuta agli psicofarmaci. Alcune persone raccontano tremori, rallentamento cognitivo, perdita di energia, sbavature, irrequietezza, difficoltà motorie, aumento o perdita drastica di peso, insonnia o apatia. Molti riferiscono di non essersi sentiti creduti quando cercavano di spiegare che i farmaci peggioravano il loro stato.

Altri racconti descrivono anni di somministrazioni di farmaci in formulazione "depot" imposte con la minaccia implicita o esplicita del TSO in caso di rifiuto.

Diversi messaggi provengono da persone che sostengono di aver ricevuto diagnosi

errate o superficiali. Alcuni riferiscono di essere stati etichettati come schizofrenici, deliranti o bipolari in seguito a episodi di sofferenza emotiva, conflitti familiari, uso di sostanze, lutti o periodi di isolamento sociale.

In più occasioni l'associazione è stata contattata da persone che chiedevano:

- nomi di avvocati
- consulenze tecniche
- psichiatri "non coercitivi"
- supporto per sospendere psicofarmaci
- aiuto per revocare amministrazioni di sostegno
- indicazioni per opporsi a TSO o ricoveri
- indicazioni e informazioni sulle possibilità di contestare le misure di sicurezza (libertà vigilata e il ricovero in REMS)

Molte persone scrivono dopo anni di silenzio. Alcune raccontano esperienze avvenute decenni prima. Altre scrivono mentre si trovano ancora in strutture residenziali, comunità terapeutiche, RSA o percorsi di controllo psichiatrico.

In alcune email compaiono anche contenuti difficilmente verificabili, ricostruzioni confuse o convinzioni personali molto forti.

Molte delle persone che hanno contribuito a questo Dossier non hanno chiesto assistenza legale né interventi individuali. In molti casi hanno scritto semplicemente per lasciare una traccia, per raccontare ciò che è accaduto, per rompere un isolamento fatto di procedure opache, silenzi istituzionali e difficoltà oggettive nel far valere la propria voce. Alcune di queste persone non hanno avuto accesso agli atti che le riguardavano; altre non hanno potuto difendersi in modo effettivo; altre ancora hanno visto trasformarsi misure pensate come temporanee o di supporto in vincoli duraturi e sostitutivi della loro volontà.

Nel lavoro di rielaborazione delle storie si è scelto di:

- anonimizzare nomi, luoghi e riferimenti identificativi
- mantenere il più possibile il contenuto sostanziale delle testimonianze
- trasformare testi frammentari o confusi in narrazioni leggibili senza alterarne il significato

L'associazione ha costantemente chiarito di non svolgere attività di presa in carico individuale né consulenza clinica o legale diretta. Abbiamo sempre chiarito i limiti del nostro ruolo: Diritti alla Follia non fornisce assistenza legale, non interviene nei singoli procedimenti, non sostituisce avvocati, giudici o servizi. Il nostro lavoro è di natura civica, culturale e politica. Proprio per questo, il progressivo accumularsi di queste testimonianze ha reso evidente che non si tratta di casi isolati, ma di criticità sistemiche, che meritano di essere documentate e portate all'attenzione delle istituzioni competenti.

L'associazione, pur non svolgendo attività di presa in carico individuale né consulenza legale strutturata, ha cercato di costruire uno spazio collettivo di ascolto e denuncia, chiarendo costantemente la propria funzione: non sostituirsi a professionisti o servizi, ma contribuire a rendere visibili pratiche e vissuti troppo spesso ignorati.

Nel corso delle interlocuzioni è stato spiegato a numerose persone che l'associazione porta avanti:

- campagne di denuncia pubblica contro la coercizione psichiatrica
- attività di sensibilizzazione sui diritti umani in psichiatria
- iniziative contro gli abusi nelle amministrazioni di sostegno
- critica delle misure di sicurezza psichiatriche
- contrasto all'istituzionalizzazione
- proposte di riforma legislative e culturali
- raccolta di testimonianze per la costruzione di dossier tematici.

Una breve precisazione: in questo Dossier abbiamo scelto volutamente un linguaggio semplice e non tecnico, per restituire fedelmente le esperienze narrate e renderle comprensibili anche al di fuori degli ambiti specialistici. Le storie raccolte parlano prima di tutto di vite concrete, non di astratte procedure.

Il Dossier è destinato a istituzioni nazionali, europee e internazionali di tutela dei diritti umani. Le testimonianze raccolte, elaborate in forma anonima, verranno trasmesse agli enti e agli organismi competenti, tra cui:

- i Garanti per i diritti delle persone private della libertà personale
- il Garante per i diritti delle persone con disabilità
- il Comitato ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD)
- il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura (CPT)
- il Sottocomitato ONU per la Prevenzione della Tortura (SPT)
- la Corte Europea per i Diritti dell'Uomo (CEDU)
- l'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (FRA)
- i competenti organismi delle Nazioni Unite
- realtà associative, accademiche e istituzionali interessate al tema.

L'invio di questo materiale ha lo scopo di portare all'attenzione di tali istituzioni pratiche sistemiche di limitazione dei diritti, affinché possano essere valutate nel loro insieme e non come episodi isolati, e affinché possano dar luogo a ispezioni, raccomandazioni formali e prese di posizione ufficiali.

Il Dossier non intende sostituirsi all'azione giudiziaria né anticiparne gli esiti. Intende invece offrire un quadro complessivo, fondato su esperienze reali, di come

strumenti concepiti per la “tutela” degli individui possano, in assenza di adeguati limiti e controlli, trasformarsi in forme di compressione della libertà personale incompatibili con i diritti umani fondamentali.

Nonostante le differenze individuali, l'insieme delle comunicazioni ricevute restituisce un quadro complessivo coerente: molte persone percepiscono il sistema psichiatrico, giudiziario e socio-sanitario non come uno spazio di cura o sostegno, ma come un'esperienza di controllo, dipendenza e riduzione dell'autonomia personale.

Questa miscellanea nasce dalla volontà di conservare traccia di tali voci, non come verità assolute o generalizzazioni, ma come testimonianze umane che interrogano profondamente il rapporto tra salute mentale, libertà, consenso, dignità e diritti fondamentali.

Questo dossier nasce dall'esigenza di rendere visibili tali esperienze e di contribuire a un dibattito pubblico e istituzionale sui limiti dell'attuale sistema psichiatrico e socio-sanitario, sulle pratiche coercitive ancora esistenti e sulla necessità di modelli realmente fondati sull'autodeterminazione, sul consenso informato, sul sostegno non coercitivo e sul rispetto della dignità umana.

Su questa base, l'associazione Diritti alla Follia sarà ben lieta di inaugurare (in qualche caso di continuare ed approfondire) il rapporto con i destinatari del presente Dossier, interessati ad approfondire vecchi e nuovi “casi singoli”, a giovare della nostra attività di monitoraggio, a stabilire forme di collaborazione anche non episodica.

L'Italia, oltre la retorica del “Paese di Franco Basaglia” e della “chiusura dei manicomii” si rivela una Repubblica che ha ancora un lungo cammino da compiere per garantire ad ogni individuo, anche portatore di disagio psicosociale (reale o etichettato come tale) la possibilità di vivere nella libertà e nel rispetto delle norme che la presidiano.

La cultura diffusa, tanto nella collettività sociale e politica in generale quanto in particolare nella magistratura, nella psichiatria, nel mondo dell'assistenza sociale e degli operatori a vario titolo coinvolti nelle procedure che descriviamo, porta il chiaro segno dell'abitudine all'esercizio incontrollato del potere, dell'oppressione, dell'indisponibilità all'ascolto, del pregiudizio, dell'ipocrisia. Mali tanto evidenti quanto ignorati, e dunque occultati, da una comunità giornalistica parte integrante del “problema” rappresentato dalla violenza istituzionale che descriviamo.

La piccola storia di “Diritti alla Follia”, che per l'Italia partecipa alla rete europea “Enusp” (di “utenti, ex utenti e sopravvissuti della psichiatria”) è già, anche, una storia in grado di documentare il costante (ed oggi, come diremo nelle conclusioni del dossier, “illegale”) rifiuto istituzionale di aprirsi ad un dialogo vero (complesso e doloroso come gli unici “dialoghi” che davvero contano) con i “matti”, singoli o associati che siano, al più ricorrendosi alla furbizia di creare false interlocuzioni con i rassegnati e gli addomesticabili (qua e là riuniti a formare l'equivalente, nell'ambito delle politiche relative alla cosiddetta “salute mentale”, dei “sindacati gialli” di infausta memoria).

Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

Il TSO “reale”

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio rappresenta una delle forme più incisive di limitazione della libertà personale previste dall’ordinamento italiano. La legge ne stabilisce presupposti e procedure, proprio perché il trattamento viene effettuato contro la volontà della persona e comporta una restrizione della sua libertà. Le testimonianze raccolte mostrano tuttavia una distanza, in alcuni casi significativa, tra le garanzie previste dalla legge (oggi, dopo quasi cinquant’anni di applicazione, giudicata peraltro costituzionalmente illegittima sul terreno delle garanzie procedurali riconosciute al soggetto coinvolto, e dunque “integrata”, come si dirà, dalla Consulta nel 2025) e il modo in cui il TSO viene concretamente vissuto dalle persone che vi sono sottoposte (cioè applicato).

Le esperienze raccolte descrivono situazioni molto diverse tra loro. In alcuni casi il TSO viene riferito come conseguenza di segnalazioni familiari (più o meno collegate a conflitti) che le persone interessate ritengono non veritiere o non adeguatamente verificate; in altri, come risposta a momenti di crisi, a comportamenti considerati problematici o a condizioni che le persone stesse non ritenevano tali da giustificare un intervento coercitivo. Alcune testimonianze riferiscono inoltre di interventi nei quali il ricorso alla forza è apparso immediato, senza che vi fosse, secondo il loro racconto, un effettivo tentativo di comprensione, di dialogo o di individuazione di alternative.

Un tema ricorrente riguarda anche il confine, non sempre percepito come chiaro, tra ricovero volontario e trattamento obbligatorio. Alcune persone raccontano di essere state accompagnate “volontariamente” in ospedale con la prospettazione di conseguenze coercitive in caso di rifiuto, o in ogni caso di avere sottoscritto un ricovero volontario pur vivendo quella scelta come sostanzialmente obbligata. Altre riferiscono di avere scoperto solo successivamente di essere state sottoposte a TSO, oppure di essersi trovate in una permanenza di durata incerta senza comprendere chiaramente quale fosse il regime giuridico del ricovero.

Le testimonianze descrivono inoltre episodi di contenzione meccanica, sedazione e somministrazione di farmaci contro la volontà della persona. In alcuni racconti la contenzione viene riferita come protratta per periodi molto lunghi e vissuta come un’esperienza fisicamente e psicologicamente traumatica. In altri, la sedazione viene descritta come così intensa da compromettere la memoria e la possibilità stessa di comprendere ciò che stava accadendo.

Un ulteriore elemento ricorrente riguarda il rapporto tra coercizione e trattamen-

to farmacologico. Alcune persone raccontano di avere manifestato ripetutamente il proprio dissenso rispetto ai farmaci, di avere segnalato effetti indesiderati o di avere chiesto alternative senza sentirsi ascoltate. In alcuni casi vengono riferite terapie “depot” o trattamenti farmacologici intensivi, accompagnati dalla percezione che le reazioni negative ai farmaci venissero successivamente interpretate come ulteriori manifestazioni della patologia, creando un circolo nel quale il peggioramento attribuito ai trattamenti finiva per diventare, nella lettura della persona, una conferma della necessità di continuare quei trattamenti.

Il “TSO”, in ogni caso, appare inserito, quale cruciale tassello, nel più ampio mosaico della coercizione farmacologica perenne, giacché svolge un ruolo di perdurante ammaestramento dell’individuo. I sette giorni di TSO (ripetuto nel tempo nei confronti dei pazienti meno arrendevoli) diventano la “porta d’ingresso” a decenni di cure coatte, vissute nell’acquiescenza a somministrazioni che – se rifiutate – comporteranno la nuova esperienza traumatica del ricovero ospedaliero. Si tratta, in buona sostanza, del “manicomio chimico”: capace di portare all’interno dell’individuo quelle mura solo apparentemente abbattute dalla legge 180 del 1978, perpetuando l’esclusione sociale e la negazione della libertà della persona.

In alcune testimonianze il TSO appare inoltre inserito all’interno di vicende familiari o sociali più ampie. Vengono raccontati casi nei quali conflitti familiari, episodi di violenza, difficoltà relazionali o situazioni di isolamento sembrano essere rimasti sullo sfondo mentre l’attenzione dei servizi si concentrava prevalentemente sulla condizione psichiatrica attribuita alla persona. Una testimonianza riferisce, ad esempio, di TSO reiterati sulla base di segnalazioni familiari che la persona considera distorte, senza che venissero adeguatamente esaminate le dinamiche di violenza domestica da lei denunciate.

Altre esperienze evidenziano invece il rischio che il ricorso al TSO venga percepito come una risposta a comportamenti ritenuti difficili da gestire sul piano sociale o istituzionale. Una testimonianza proveniente da un professionista del diritto descrive situazioni nelle quali persone non violente, ma considerate scomode o difficili da gestire, sarebbero state sottoposte a TSO in contesti nei quali, secondo il suo racconto, la funzione sanitaria sarebbe stata utilizzata impropriamente per affrontare questioni di ordine pubblico o per coprire altri comportamenti.

Un tema trasversale è infine quello della possibilità concreta di esercitare i propri diritti durante il trattamento. Le persone raccontano difficoltà nel ricevere informazioni, nel comunicare con familiari e persone di fiducia, nel comprendere gli atti che riguardano il ricovero e nel poter parlare con un avvocato. In alcuni casi la sedazione o la contenzione hanno reso, secondo quanto riferito, ancora più difficile comunicare e comprendere ciò che stava accadendo.

Proprio su questo punto si è verificata una novità di particolare rilievo nel 2025. Con la sentenza n. 76 del 30 maggio 2025, la Corte costituzionale ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l’articolo 35 della legge n. 833 del 1978 nella parte in cui non prevedeva che il provvedimento del Sindaco fosse comunicato alla persona interessata, che questa fosse sentita personalmente dal Giudice Tutelare prima della convalida e che il decreto di convalida fosse successivamente notificato alla persona o al suo legale rappresentante, ove esistente. La Corte ha collegato tali

garanzie alla tutela della libertà personale, al diritto di difesa e al contraddittorio, sottolineando in particolare l'importanza dell'audizione diretta della persona da parte del giudice.

La pronuncia assume un rilievo particolare alla luce delle esperienze raccolte nel Dossier, perché interviene proprio su alcune delle criticità che ricorrono nelle testimonianze: non sapere formalmente di essere sottoposti a un TSO, non conoscere le ragioni del provvedimento, non essere ascoltati direttamente dal giudice o non avere una concreta possibilità di partecipare al procedimento che riguarda la propria libertà personale. La Corte ha inoltre precisato che la comunicazione del provvedimento e l'audizione non possono essere considerate superflue neppure quando la persona si trovi in una condizione di alterazione psichica, proprio perché la possibilità di comprendere e partecipare al procedimento costituisce una componente essenziale dell'effettività delle garanzie.

Nel 2026, il tema delle garanzie difensive nel procedimento di convalida del TSO è tornato all'attenzione della giustizia costituzionale e ha trovato una nuova, importante risposta. Con la sentenza n. 157 del 2 ottobre 2026, la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 35 della legge n. 833 del 1978 nella parte in cui non prevede che il giudizio di convalida del TSO in condizioni di degenza ospedaliera e della sua eventuale proroga debba svolgersi con le garanzie della difesa tecnica. La decisione nasce dalla questione sollevata dal Tribunale di Firenze con ordinanza del 29 dicembre 2025 e costituisce un ulteriore sviluppo della precedente sentenza n. 76 del 2025.

La Corte ha stabilito che, quando viene comunicata l'ordinanza sindacale che dispone il TSO, la persona deve essere avvisata della facoltà di nominare un difensore di fiducia; in mancanza di nomina, deve essere assistita da un difensore d'ufficio designato dal Giudice tutelare. Il difensore deve essere tempestivamente avvertito e può partecipare all'audizione della persona davanti al Giudice tutelare ai fini della convalida; inoltre, il decreto di convalida deve essere notificato al difensore. Garanzie analoghe sono previste anche nel procedimento relativo all'eventuale proroga del trattamento.

La Corte ha motivato la propria decisione partendo dalla natura del TSO come trattamento sanitario coattivo incidente sulla libertà personale e, in particolare, sulla libertà fisica della persona. Dopo avere ricordato che con la sentenza n. 76 del 2025 erano già state introdotte nell'articolo 35 le garanzie relative alla comunicazione dell'ordinanza sindacale, all'audizione della persona e alla notificazione del decreto di convalida, la Corte ha precisato che il diritto di difesa presenta anche un altro versante: quello dell'assistenza tecnica del difensore.

Secondo la Corte, la sola possibilità per la persona di nominare un difensore di fiducia non sarebbe sufficiente a garantire effettivamente il diritto di difesa, perché tale possibilità potrebbe non essere concretamente esercitabile proprio dalle persone che, per le condizioni nelle quali si trovano, presentano maggiori difficoltà a comprendere l'avviso ricevuto o a entrare in contatto con un avvocato. Da qui la necessità della difesa tecnica obbligatoria, attraverso la nomina di un difensore d'ufficio in assenza di una nomina fiduciaria.

La sentenza n. 157 del 2026 segna quindi un ulteriore passaggio nell'evoluzione delle garanzie costituzionali applicabili al TSO. Se la pronuncia del 2025 aveva riconosciuto la necessità che la persona fosse informata e ascoltata nel procedimento di convalida, la nuova decisione riconosce la necessità che, nello stesso procedimento, sia assicurata anche l'assistenza tecnica di un difensore. La Corte precisa inoltre che analoghe garanzie devono essere assicurate in caso di proroga del trattamento.

Le testimonianze raccolte in questa sezione si collocano dunque in un quadro costituzionale che, tra il 2025 e il 2026, ha visto un significativo rafforzamento delle garanzie procedurali previste per le persone sottoposte a TSO. Dopo la sentenza n. 76 del 2025, che ha riconosciuto la necessità di assicurare alla persona la conoscibilità del procedimento, la possibilità di essere ascoltata dal Giudice tutelare e la notificazione del provvedimento di convalida, la sentenza n. 157 del 2026 ha stabilito la necessità della difesa tecnica nella procedura di convalida e nell'eventuale proroga del TSO.

Da un lato, le testimonianze raccontano esperienze nelle quali le persone riferiscono di non essere state informate, ascoltate o messe concretamente nella condizione di esercitare i propri diritti; dall'altro, intervengono in un contesto nel quale la Corte costituzionale ha progressivamente individuato, anche attraverso due successive pronunce sull'articolo 35 della legge n. 833 del 1978, garanzie sempre più precise a tutela della persona sottoposta alla misura.

2.0.0.1 Una garanzia che l'Associazione Diritti alla Follia aveva già proposto

Il tema della difesa tecnica obbligatoria nel procedimento di convalida non è nuovo per l'Associazione Diritti alla Follia. La proposta di legge di iniziativa popolare elaborata dall'Associazione per la riforma del TSO prevedeva già la notificazione all'interessato dell'ordinanza sindacale con l'avviso dell'obbligatorietà e gratuità della difesa tecnica e, in caso di assenza di un difensore di fiducia, la nomina di un difensore d'ufficio.

La stessa proposta prevedeva inoltre garanzie relative all'ascolto della persona interessata, anche tramite il difensore. Questi contenuti sono stati richiamati dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 157 del 2026, nell'ambito della ricostruzione delle posizioni espresse nel giudizio.

La decisione della Corte interviene quindi su una questione che l'Associazione aveva già individuato come elemento necessario per rendere effettivo il diritto di difesa delle persone sottoposte a TSO.

Le storie che seguono non costituiscono una ricostruzione statistica dell'applicazione del TSO in Italia e non consentono, da sole, di stabilire quanto siano frequenti le singole situazioni descritte. Raccolgono però esperienze nelle quali ricorrono questioni relative alla libertà personale, al consenso, all'informazione, all'ascolto della persona, alla contenzione, alla sedazione, ai trattamenti farmacologici e alla possibilità concreta di contestare una misura che incide direttamente sulla libertà e sull'autodeterminazione.

È attraverso queste esperienze concrete che il Dossier intende interrogarsi non soltanto sui presupposti formali del TSO, ma anche sulle condizioni effettive nelle quali quei diritti vengono esercitati quando una persona si trova, contro la propria volontà, all'interno di un reparto psichiatrico.

2.1 Ho chiesto aiuto. Poi hanno cominciato a decidere per me

Scrivo questa testimonianza per raccontare ciò che ho vissuto tra il 2016 e il 2025 nell'ambito di ricoveri psichiatrici, trattamenti farmacologici forzati e misure coercitive che ritengo lesive dei miei diritti fondamentali.

La mia storia clinica inizia nel 2013, a 15 anni, con l'esordio di un disturbo del comportamento alimentare (Anoressia Nervosa) e di un Disturbo Depressivo Maggiore, successivi a una bocciatura scolastica e a pregresse esperienze di bullismo. Nel novembre 2016 mi rivolgo autonomamente a un centro nutrizionale per chiedere aiuto per l'anoressia. Mi vengono prescritti antidepressivi e ansiolitici. Dopo un episodio autolesivo vengo ricoverata per la prima volta in SPDC in regime volontario.

Durante quel ricovero vengono introdotti antipsicotici (Abilify), pur in assenza - a mio avviso - di indicazioni cliniche coerenti con la diagnosi di anoressia e agitazione psicomotoria. Nei ricoveri successivi i dosaggi aumentano progressivamente. Nel dicembre 2016 e nei mesi successivi mi viene diagnosticato un "disturbo bipolare" senza che vi fosse, secondo la mia percezione, un'adeguata evidenza clinica.

Tra gennaio e maggio 2017 vengo ricoverata in comunità. I farmaci somministrati includono antidepressivi, benzodiazepine, antiepilettici e numerosi antipsicotici (Haldol, Clopixol, Entumin, Seroquel, Abilify, Tegretol, Topamax, Rivotril, Gabapentin, fluoxetina, Tavor, En, Xanax, Flunox). In nove mesi, tra novembre 2016 e settembre 2017, subisco una politerapia intensa che provoca un peggioramento delle mie condizioni fisiche e psichiche.

Sviluppo effetti collaterali gravi: aumento ponderale di circa 18-20 kg partendo da 37 kg, acatisia, disturbi extrapiramidali con distonia e mioclonie al braccio sinistro, tic motori, sindrome delle gambe senza riposo, sedazione profonda, rallentamento cognitivo, difficoltà di concentrazione e di studio, disfunzioni urinarie che portano a cateterizzazione. L'aumento di peso, in un contesto di anoressia, rappresenta per me un trauma importante.

Nel giugno 2017, durante un ricovero in TSO, subisco un episodio sessuale non esplicitamente consenziente mentre ero sedata e contenuta farmacologicamente. Nei mesi successivi vivo ulteriori situazioni che ritengo di abuso, anche in ambito sanitario, compreso un tentativo di cateterizzazione eseguito da una persona non sanitaria mentre ero semi-incosciente dopo un'overdose di psicofarmaci.

Nel luglio 2017 tento il suicidio assumendo un'overdose di farmaci. Vengo ricoverata in rianimazione e poi nuovamente in SPDC. Chiedo supporto psicologico, ma ricevo solo un incontro con una tirocinante. Mi viene prospettata la scelta tra comunità e casa di cura come volontaria, ma sotto minaccia di interdizione qualora non accettassi.

Dopo ulteriori ricoveri e trattamenti, nel 2018 interrompo volontariamente le terapie e i contatti con il CSM per l'insistenza sui farmaci.

Nel luglio 2021, a distanza di anni, sviluppo allucinazioni uditive e deliri di riferimento che attribuisco a una psicosi da rebound dopo sospensione farmacologica e

sovrablocco dei recettori dopaminergici. Vengo denunciata per atti persecutori.

Nel 2022 vengo sottoposta a misura cautelare e ricovero psichiatrico. Nel 2023, durante un ricovero inizialmente volontario, tento di ridurre autonomamente la terapia per tutelarmi; la degenza viene convertita in TSO. Mi vengono somministrate iniezioni di Abilify e successivamente Moditen (flufenazina depot). Subisco contenzioni meccaniche (legata al letto) dopo tentativi autolesivi.

Con l'introduzione del Moditen sviluppano gravi effetti: acatisia intensa, incapacità di restare seduta, necessità di camminare incessantemente, sedazione marcata, aumento ponderale rapido, disturbi extrapiramidali persistenti al lato sinistro, rallentamento dell'eloquio, compromissione cognitiva. Per contrastare l'irrequietezza mi vengono somministrate fino a 100-150 gocce di benzodiazepine (En), senza reale beneficio. Gli effetti extrapiramidali persistono per mesi dopo l'ultima iniezione (ottobre 2023); gli effetti metabolici fino al 2025.

Durante questi periodi ho sperimentato alterazioni dell'impulsività, disinibizione relazionale, uso di app di dating mai utilizzate prima, e comportamenti che non riconosco come abituali per me. Ho vissuto un forte disagio identitario e relazionale. Ho manifestato episodi di autolesionismo e richieste disperate di essere riportata in carcere pur di sottrarmi alle terapie.

Attualmente riferisco: spasmi muscolari residui, tremore alla mano sinistra, episodi transitori allucinatori gestibili senza farmaci, sindrome da eccitazione persistente (PSAD), aumento adiposo e alterazioni cognitive con preservata capacità di intendere e volere ma con limitazioni funzionali.

Ritengo di aver subito:

- Trattamenti sanitari imposti sotto minaccia o coercizione
- Ricoveri formalmente volontari ma vissuti come obbligati
- Somministrazioni farmacologiche incongrue rispetto alla diagnosi iniziale (disturbo alimentare e depressione)
- Mancato rispetto del consenso informato (Legge 219/2017)
- Danni iatrogeni fisici e psichici permanenti
- Contenzioni meccaniche e sedazioni forzate
- Negazione di alternative psicoterapeutiche adeguate

Dichiaro che quanto sopra corrisponde alla mia esperienza e memoria dei fatti. Mi riservo di integrare con ulteriore documentazione.

Scrivo perché ciò che ho vissuto non venga ridotto a "percorso terapeutico difficile", ma sia valutato anche sotto il profilo dei diritti fondamentali, della dignità della persona e del consenso alle cure.

2.2 Quando la violenza diventa una diagnosi

Ho subito il primo Trattamento Sanitario Obbligatorio in età adulta, senza che fossero rispettati i requisiti previsti dalla legge. In particolare, il provvedimento risultava fondato su una sola valutazione medica e su segnalazioni familiari non veritiere, che mi descrivevano come una persona aggressiva e pericolosa.

Tali segnalazioni provenivano da familiari nei cui confronti avevo subito, fin dall'infanzia, violenze fisiche e psicologiche. Questi elementi non sono mai stati presi in considerazione dai servizi, né prima né dopo l'attivazione dei TSO.

Negli anni successivi ho subito ulteriori trattamenti sanitari obbligatori, sempre basati sulle stesse rappresentazioni distorte della mia persona, senza che venisse mai svolta un'indagine sulle reali dinamiche familiari o sul contesto di violenza domestica in cui vivevo. In un momento successivo, tali violenze sono state anche oggetto di un procedimento giudiziario, conclusosi con un riconoscimento delle mie ragioni. Tuttavia, a causa di condizioni economiche precarie, isolamento sociale e difficoltà lavorative, sono stata costretta a ritirare le denunce.

Il servizio di salute mentale che mi segue ha costantemente minimizzato o ignorato le violenze subite, arrivando di fatto a legittimare il comportamento dei familiari. In passato erano stati presi accordi affinché anche il nucleo familiare fosse seguito e supportato, ma tali impegni non sono mai stati rispettati.

Nel tempo, la mia presa in carico si è tradotta quasi esclusivamente in un trattamento farmacologico obbligato, con somministrazioni periodiche di farmaci a lunga durata d'azione e ansiolitici, senza un reale consenso informato e senza alternative terapeutiche. A seguito di tali trattamenti ho sviluppato una forte dipendenza farmacologica e gravi disturbi del sonno.

Parallelamente, ho subito forme di violenza economica e psicologica: in momenti di particolare vulnerabilità sono stata lasciata senza risorse economiche, senza informazioni chiare sulle decisioni che mi riguardavano e senza un adeguato supporto legale. Anche questo è avvenuto senza che i servizi intervenissero a mia tutela.

Desidero precisare che, nonostante quanto sopra, non sono mai stata dichiarata incapace da alcuna autorità giudiziaria, non sono mai stata sottoposta a misure di interdizione o inabilitazione, né ho mai avuto carichi penali o restrizioni civili o amministrative. Sono e sono sempre stata pienamente capace di intendere e di volere.

Questa testimonianza intende mostrare come l'uso reiterato del TSO, fondato su segnalazioni non verificate e in assenza di reali garanzie procedurali, possa trasformarsi in uno strumento di controllo e silenziamento, anziché di cura, soprattutto quando la persona coinvolta è isolata e priva di protezioni esterne.

2.3 “Non sei in TSO”. “E allora perché non posso andare via?”

Devo sforzarmi di trovare un punto da cui far riemergere i ricordi del primo TSO che ho subito e di quelli che sono seguiti negli anni successivi, in un percorso che considero ormai lungo più di vent’anni di psichiatrizzazione.

Il primo episodio risale al 2006, poco dopo la morte di mio padre. In quel periodo attraversavo una fase emotiva molto intensa. Un giorno, nella cucina della casa di famiglia, colto da un momento di rabbia, diedi un violento calcio a una credenza rompendo il vetro della parte superiore. Subito dopo uscii di casa, ancora molto agitato. Quando rientrai, circa mezz’ora più tardi, trovai una squadra di vigili urbani che stava parlando con mia madre. Presumo che fosse stata lei a chiamarli, forse su suggerimento di mia sorella maggiore, con la quale avevo avuto in passato discussioni familiari e che mi aveva già definito “schizofrenico”.

Gli agenti mi circondarono e, quando tentai di allontanarmi, uno di loro mi disse: *“Non ci provare!”*. Subito dopo mi sollevarono di peso e mi portarono verso un’ambulanza che nel frattempo era arrivata davanti alla casa. Venni trasportato nel reparto SPDC, dove rimasi ricoverato per più di tre settimane. In quell’occasione mi fu diagnosticato un disturbo bipolare.

All’epoca ero un attivista politico di estrema sinistra e avevo letto molto sulla storia dell’antipsichiatria e sulla normativa che regola i trattamenti sanitari obbligatori. Sapevo quindi che il TSO ha una durata limitata e che deve essere sottoposto a specifiche procedure di rinnovo. Dopo circa due settimane di ricovero incontrai nel reparto il dirigente medico dell’SPDC, che era anche responsabile del servizio psichiatrico dell’ospedale e del centro di salute mentale. Gli chiesi quando sarei stato dimesso, considerando che il periodo previsto per il TSO era ormai trascorso e che, presumibilmente, era stato rinnovato. La sua risposta mi sorprese: mi disse che non ero in TSO.

Questa affermazione mi lasciò molto perplesso. Qualche giorno prima, infatti, un’infermiera mi aveva fermato nella sala televisione del reparto dicendomi che dovevo firmare alcuni documenti. Non mi erano state date spiegazioni chiare sul contenuto di quei fogli.

Quell’episodio è rimasto per me emblematico di una situazione che ho riscontrato più volte negli anni successivi: ricoveri che, almeno nella mia percezione, si trasformano in permanenze di durata incerta, in cui non sempre è chiaro se la persona sia trattenuta in regime obbligatorio o formalmente volontario.

Nel corso delle successive detenzioni in reparto SPDC – distribuite nell’arco di molti anni – ho vissuto altri episodi che considero segnati da abusi, soprusi, umiliazioni e atteggiamenti di prevaricazione da parte di operatori o personale sanitario.

La mia testimonianza nasce dal desiderio che esperienze come la mia possano essere ascoltate e prese in considerazione. Spero che possa contribuire a far riflettere su pratiche e procedure che, se applicate in modo improprio, rischiano di compromettere l’autodeterminazione delle persone sottoposte a trattamenti psichiatrici e di indebolire le garanzie previste dalle normative vigenti.

2.4 “Se non vieni con noi...”: quattordici giorni di contenzione e un TSO scoperto dopo

Nel 2022, a pochi mesi dalla perdita di entrambi i miei genitori, mi trovavo in una situazione di forte sofferenza emotiva. Oltre al lutto, dovevo affrontare le pratiche successorie e l'imminente immissione in ruolo presso una delle Accademie di Belle Arti statali, dove insegno tuttora.

Tra novembre e dicembre iniziai a ricevere presso il mio domicilio visite periodiche dei servizi sociali.

Ogni accesso presso il mio domicilio si concludeva con la minaccia di chiamare le forze dell'ordine qualora la volta successivo non avessi aperto la porta.

Durante una di queste visite, che avevano cadenza settimanale, intervenne anche il mio medico di MMG in presenza del quale mi aprii maggiormente, ma lo stesso andò via in ascensore con gli operatori dei servizi sociali nonostante la mia richiesta di sospensione di questi accessi indesiderati.

Il 20 dicembre 2022 si presentarono a casa mia due psichiatri dei servizi territoriali, un'infermiera e un'assistente sociale. Mi dissero che avrei dovuto accompagnarli al Pronto Soccorso per alcuni accertamenti clinici di routine. Quando manifestai il mio rifiuto, uno degli psichiatri mi disse che, se non li avessi seguiti spontaneamente, avrebbero fatto ciò che non volevano fare. Interpretai quella frase come una minaccia di trattamento sanitario obbligatorio e decisi di seguirli.

Giunto al Pronto Soccorso fui immediatamente immobilizzato e sottoposto a una sedazione farmacologica che mi fece perdere conoscenza. Nei giorni successivi venni sottoposto a contenzione meccanica continuativa e a trattamenti farmacologici dei quali conservo ricordi frammentari.

Il tutto è regolarmente trascritto nella cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero.

Dalla documentazione clinica risulta che durante il periodo di contenzione si verificò una crisi ipertensiva che portò all'esecuzione di una prima TAC cranio-encefalica, dalla quale emersero un meningioma e un'area di ischemia cerebrale.

Alla prima TAC cranio encefalica ne seguì, a distanza di pochi giorni, una seconda dalla quale emersero aree di sofferenza cerebrale.

Nel frattempo mi venne applicato anche un catetere urinario a causa della formazione di un globo vescicale che determinò abbondante presenza di sangue nelle urine.

La contenzione meccanica fu applicata per quattordici giorni consecutivi nella dolorosissima modalità a “croce” ossia con le braccia alzate.

Ricordo ancora oggi il volto minaccioso e violento degli infermieri che, dopo brevissimi momenti di decontenzione, mi sottoponevano nuovamente a contenzione meccanica nonostante le mie proteste e suppliche di non farlo.

Dalla cartella clinica si evince che la contenzione meccanica venne sospesa soltanto dopo l' intervento di una mia conoscente medico.

Intanto mi ritrovai sempre con catetere urinario e con ematomi evidenti intorno a polsi e caviglie.

Il ricovero complessivo si protrasse per oltre quaranta giorni.

Soltanto successivamente, consultando la cartella clinica, appresi di essere stato sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio. Dopo le dimissioni iniziai un percorso presso il Centro di Salute Mentale del mio territorio, durante il quale mi vennero prescritti per circa tre anni un antidepressivo e un antipsicotico. Durante questo periodo segnalai ripetutamente effetti indesiderati e malesseri che ritenevo collegati ai farmaci assunti.

Nel 2026 mi sono rivolto a una neurologa per approfondire il quadro delle ischemie cerebrali emerse durante il ricovero e valutare eventuali conseguenze neurologiche. Nello stesso periodo uno psichiatra operante privatamente ha sospeso la terapia antipsicotica che stavo assumendo. Da allora riferisco un netto miglioramento delle mie condizioni generali.

Inoltre ho avviato un percorso di psicoterapia, con una psicologa che opera privatamente, che mi sta facendo diventare sempre più consapevole dell'ingiustizia subita.

Ancora oggi considero quel ricovero e ciò che ne è seguito uno degli eventi più traumatici della mia vita. La mia testimonianza nasce dal desiderio che vicende simili vengano conosciute, discusse e sottoposte a un effettivo controllo pubblico, affinché nessuno si trovi a vivere situazioni analoghe senza poter far sentire la propria voce.

2.5 La casa vuota dopo il TSO

Sono una madre di due figli.

Per anni ho cercato di proteggere la nostra famiglia da una separazione difficile, da un conflitto mai davvero risolto con il loro padre e da una tensione che cresceva nel tempo come una paura silenziosa, sempre presente. Vivevo e lavoravo, crescevo i miei figli con dedizione, ma sotto la superficie rimaneva una costante sensazione di minaccia.

Un episodio di violenza, avvenuto davanti ai bambini, aveva segnato profondamente tutti noi. Da allora avevo sporto denuncia, cercando di ottenere una tutela che garantisse loro sicurezza e stabilità. Al contrario, si è aperto un percorso giudiziario che ha portato all'intervento dei servizi sociali e a un progressivo spostamento del controllo sulla nostra vita familiare.

La conflittualità con il padre non diminuiva, anzi si intensificava. Ogni gesto diventava motivo di accuse, sospetti, segnalazioni. Nonostante le assenze prolungate e i comportamenti aggressivi dell'altro genitore, l'affidamento esclusivo non è mai stato concesso. Alla fine, l'affido è stato attribuito a un ente, pur restando i bambini collocati presso di me.

Pochi giorni dopo è accaduto qualcosa che ha cambiato per sempre la mia vita.

Da tempo vivevo uno stato di forte ansia e paura. Quella mattina ho percepito luci e macchie sulle pareti della mia casa che mi hanno spaventata profondamente. Ero nel panico. Ho chiamato i soccorsi.

Non posso sapere se ciò che ho visto fosse un fenomeno reale o una percezione alterata. So però con certezza ciò che è successo dopo.

Sono arrivati operatori sanitari e forze dell'ordine. Nessuno ha cercato di capire cosa mi stesse accadendo, nessuno è entrato in casa per verificare, nessuno ha provato a parlarmi davvero. Sono stata immediatamente trattata come una persona alterata, pericolosa e incapace di intendere.

I miei figli sono stati allontanati da me senza spiegazioni, caricati su un mezzo di soccorso mentre io cercavo disperatamente di raggiungerli. Nel tentativo di vederli, sono stata immobilizzata a terra. Ho sentito più iniezioni. Poi ho perso conoscenza.

Mi sono risvegliata in ospedale, in un reparto psichiatrico, legata mani e piedi al letto. Non sapevo dove fossero i miei figli. Ero profondamente sedata.

Nei giorni successivi sono rimasta in uno stato di confusione, sottoposta a terapie farmacologiche pesantissime. Ho scoperto solo dopo che ero stata ricoverata con un trattamento sanitario obbligatorio travestito da ricovero volontario, con la firma del consenso inconsapevole data la sedazione farmacologica. I miei familiari erano stati rassicurati dal personale sul fatto che io "avessi bisogno di riposo e di cure", e questo è bastato perché nessuno mettesse in discussione quanto stava accadendo.

Quando sono tornata a casa, l'ho trovata vuota.

La stanza dei bambini era intatta: giochi, libri, piccoli oggetti lasciati esattamente

dove li avevano messi. Ma loro non c'erano più.

È difficile spiegare cosa significhi perdere i propri figli in questo modo. Non per una decisione maturata dopo un percorso chiaro e trasparente, ma a seguito di un intervento sanitario coercitivo, scatenato da uno stato di paura, per non dire altro.

Da allora la mia vita è diventata una lotta per dimostrare di non essere “malata” nel senso in cui mi è stato attribuito, per ridurre e poi definitivamente sospendere una terapia imposta con dosaggi molto elevati, per recuperare l'autonomia personale e lavorativa e non posso tuttora tornare a essere una madre.

Mi è stato detto che se avessi rifiutato i farmaci avrei perso per sempre i miei figli. Ho assunto ancora per oltre un anno uno psicofarmaco (antipsicotico) a rilascio prolungato, anche se non condividevo la diagnosi psichiatrica che mi era stata attribuita (in totale assenza di precedenti storici e non chiara, borderline tra disturbo da stress post-traumatico e schizofrenia). Poi sono tornata alla mia vita da pre-madre ed al mio lavoro e mi sono trasferita in un luogo più naturale della metropoli, trovando nella pittura un'ottima auto-terapia psicologica.

Quello che mi è accaduto mostra quanto sia fragile il confine tra tutela e abuso quando strumenti come il trattamento sanitario obbligatorio vengono usati senza tutela legale immediata del “paziente”, senza ascolto, senza verifica, senza rispetto della persona e dei legami affettivi.

Il ricovero forzato, la sedazione e la separazione dai miei figli sono una ferita che non si rimargina facilmente. Entra in conflitto col mio innato senso di giustizia di persona dotata di coscienza anche civile, e si palesa nei sogni con la forza delle emozioni personali non sopite.

Per questo ho deciso di raccontare la mia storia, in forma completamente anonima, affinché ciò che è accaduto a me non possa accadere ad altri.

2.6 Un corpo che chiede aiuto, una risposta psichiatrica

La mia testimonianza riguarda un percorso segnato da istituzionalizzazione psichiatrica, possibili errori medici e difficoltà nell'esercizio dei diritti per chi non riesce ad adattarsi alle norme sociali dominanti. Ho un'invalidità riconosciuta del 90%, con disabilità visiva e psichiatrica, e soffro anche di fibromialgia. Nel corso della mia vita ho ricevuto diverse diagnosi psichiatriche e sono stata seguita sia da servizi pubblici sia da professionisti privati.

A seguito dell'assunzione di una politerapia, prescritta dal servizio pubblico, nel febbraio 2024, con neurite ottica, mi è rimasta una piccola fessura all'occhio sinistro, corretta con gli occhiali 4/10, quindi sono condannata a vita a vedere sfuocato.

Quando ho iniziato a vedere sfocato mi sono recata al pronto soccorso, ma invece di essere visitata da specialisti oculisti o neurologi mi è stato fatto parlare con uno psichiatra, che ha attribuito il problema a un effetto collaterale transitorio dei farmaci che stavo assumendo.

La mia storia personale è segnata anche da dinamiche familiari molto conflittuali. Per molti anni sono stata economicamente sostenuta dalla famiglia, ma allo stesso tempo sono stata spesso descritta come una persona incapace o dipendente. Negli ultimi tempi il sostegno economico si è interrotto quasi completamente e oggi vivo con una pensione di invalidità molto bassa, integrata da aiuti occasionali e da forme di assistenza caritativa.

Nel corso degli anni ho avuto diversi rapporti difficili con i servizi di salute mentale. Alcune mie condizioni fisiche, come la fibromialgia, sono state messe in dubbio o attribuite a fattori psicologici. In alcuni documenti sanitari sono state riportate informazioni che non riconosco come corrispondenti alla mia storia personale.

A seguito di alcune difficoltà legate anche a un contenzioso familiare per questioni ereditarie, sono stata sottoposta a un accertamento sanitario obbligatorio che mi ha portato a un ricovero in reparto psichiatrico. La permanenza in reparto è durata diverse settimane. Durante il ricovero ho vissuto una condizione che ho percepito come detentiva: mi è stato tolto il cellulare, sono rimasta spesso isolata e mi è stata proposta una terapia farmacologica che non condividevo.

Dopo la dimissione sono stata obbligata a proseguire i contatti con i servizi territoriali. In quel periodo la situazione familiare e giudiziaria si è ulteriormente complicata. È stata anche avanzata una richiesta di amministrazione di sostegno nei miei confronti, che ho vissuto come una minaccia alla mia autonomia.

La pressione di questi eventi ha avuto su di me un forte impatto emotivo. In un momento di grave crisi ho tentato il suicidio con un'overdose di farmaci. Dopo il ricovero ospedaliero mi è stato prospettato il classico aut aut: accettare un ricovero volontario oppure subire un trattamento sanitario obbligatorio. Ho quindi accettato il ricovero.

Nel periodo successivo sono stata sottoposta a diverse valutazioni medico-legali e consulenze tecniche nell'ambito del procedimento giudiziario legato alla richiesta

di amministrazione di sostegno. Alla fine questa misura non è stata applicata.

Ripensando a quanto accaduto, considero di essere stata molto fortunata a evitare una limitazione formale della mia capacità giuridica. Tuttavia la mia esperienza mostra quanto sia facile, per una persona con un disagio esistenziale e senza solide risorse economiche o familiari, trovarsi esposta a decisioni che possono incidere profondamente sulla propria autonomia e sulla propria vita.

2.7 Un “volontario” che non poteva dire di no

Avevo diciotto anni quando sono entrata per la prima volta in contatto con il Centro di Salute Mentale. Ci sono arrivata non per una mia richiesta, ma per iniziativa di mia madre, con la quale in quel periodo il rapporto era fortemente conflittuale. Vivevo un profondo disagio legato all’ambiente familiare, alle continue tensioni e all’assenza di ascolto. Questo malessere aveva inciso anche sul mio percorso scolastico, fino a portarmi ad abbandonare il liceo che frequentavo con buoni risultati.

Quello che stavo attraversando era un disagio adolescenziale e relazionale, ma fin dal primo colloquio è stato immediatamente interpretato come patologia psichiatrica. Sulla base quasi esclusiva del racconto di mia madre, e senza un reale ascolto della mia versione dei fatti, mi sono state attribuite diagnosi via via più gravi e mi è stata imposta una terapia farmacologica come unica risposta possibile. Non mi è mai stato proposto un percorso di sostegno psicologico, né uno spazio di elaborazione del conflitto familiare.

Ho compreso molto presto la natura coercitiva di quel contesto e ho cercato in ogni modo di sottrarmi ai farmaci, che mi provocavano effetti collaterali pesanti e invalidanti. In occasione di un litigio particolarmente acceso in famiglia, mia madre ha contattato un’operatrice del Centro, che ha ordinato di portarmi immediatamente lì. Al mio rifiuto, è stato annunciato che sarebbero venuti a prendermi a casa. Poco dopo si sono presentate più operatrici, hanno parlato esclusivamente con mia madre e, nel giro di pochi minuti, è stato deciso il mio ricovero in reparto psichiatrico.

Mi sono opposta con tutte le forze, ho implorato di non essere portata via, ma mi è stato detto che, in alternativa, sarebbe stato disposto un trattamento sanitario obbligatorio con l’intervento delle forze dell’ordine. Sono stata così condotta in SPDC con la formula di un ricovero “volontario”, nonostante la mia contrarietà fosse esplicita e disperata. In reparto sono rimasta cinque giorni, costretta ad assumere farmaci sotto controllo, in uno stato di angoscia costante. L’esperienza è stata profondamente traumatica.

Dopo il rientro a casa ho cercato di rimuovere quanto accaduto, ma due anni dopo la situazione si è ripetuta in modo quasi identico. Ancora una volta, a seguito di tensioni familiari, sono stata convocata al Centro e, senza che mi venisse consentito di esprimere il mio punto di vista, è stato disposto un nuovo ricovero. Solo l’intervento esitante di mia madre ha evitato il reparto, ma mi è stata imposta l’assunzione immediata di farmaci sotto minaccia di TSO. Ho dovuto ingerirli davanti alla psichiatra, subendo un controllo umiliante.

Da quel momento il trauma si è riattivato con forza. Ho vissuto per mesi nel terrore di essere nuovamente prelevata, di perdere ogni controllo sul mio corpo e sulla mia vita. Quelle esperienze hanno inciso profondamente sulla mia identità, sulla mia autostima e sulla mia percezione di sicurezza. Mi sono sentita marchiata da una diagnosi che mi avrebbe preceduta ovunque, privata di credibilità e dignità.

Solo successivamente, grazie a un cambiamento nel rapporto con mia madre, sono

riuscita a sottrarmi al circuito del Centro. Ho tentato di ottenere giustizia attraverso una denuncia, supportata da una perizia psichiatrica indipendente che attestava l'assenza di patologie e l'inappropriatezza degli interventi subiti. Nonostante ciò, il procedimento è stato archiviato. Le valutazioni degli operatori sono state considerate incontestabili, mentre la mia voce è stata ritenuta parziale e distorta.

Questa esperienza mi ha mostrato come il sistema giudiziario e quello psichiatrico tendano a proteggersi reciprocamente, rendendo quasi impossibile la contestazione di pratiche coercitive che incidono gravemente sulla libertà personale. Racconto questa storia affinché non resti un fatto isolato e invisibile, ma contribuisca a rendere evidente un problema strutturale che continua a produrre danni profondi e duraturi nelle vite delle persone.

2.8 Il ricovero “volontario” che non ricordo

Sono un’utente dei servizi di salute mentale e porto la mia testimonianza in merito a quanto ho vissuto nel corso degli anni.

Nel 2007 ho subito un primo ricovero psichiatrico. Dopo quell’esperienza sono riuscita, con strategie personali, a mantenere un certo equilibrio e ad evitare ulteriori ricoveri per molto tempo. Tuttavia, nell’agosto 2025, a seguito della morte di mia madre, mi è stato imposto un nuovo ricovero. Anche in questo caso il ricovero è stato formalmente definito come “volontario”.

Fin dai primi momenti mi sono resa conto di ciò che stava accadendo: mentre mi veniva praticata una endovenosa, ho avuto una reazione istintiva e, nel tentativo di sottrarmi, mi sono lesionata una vena. Successivamente sono stata portata in una stanza in cui il letto era dotato di fasce contenitive; questo elemento mi ha provocato un forte stato di paura, anche per il significato che quel tipo di ambiente aveva per me.

Il ricovero è durato più di un mese. Di quel periodo conservo ricordi frammentari: per gran parte del tempo la mia memoria è come cancellata, un vero e proprio “buco nero”. Ricordo solo alcuni episodi confusi e la comparsa di allucinazioni che attribuisco agli effetti dei farmaci, poiché prima di allora non avevo mai avuto esperienze di questo tipo.

Dopo le dimissioni mi sono ritrovata sotto la gestione del centro di salute mentale. Attualmente dipendo dalle indicazioni dei servizi e dei miei familiari, che mi accompagnano per la somministrazione dei farmaci. Allo stesso tempo, mi trovo in una situazione di forte incertezza anche rispetto ad aspetti della mia vita personale e familiare, senza ricevere informazioni chiare.

Questa esperienza ha inciso profondamente sulla mia memoria, sulla mia autonomia e sulla percezione di me stessa, lasciandomi in una condizione di dipendenza e disorientamento che permane tuttora.

2.9 Quando dire di no diventa un sintomo

Ho iniziato a entrare nel circuito della psichiatria in giovane età, durante un periodo di crisi personale. Da quel momento, per oltre un decennio, la mia vita è stata segnata da ricoveri ripetuti e da trattamenti farmacologici continui, spesso senza che il mio punto di vista venisse realmente ascoltato.

Fin dall'inizio ho cercato di spiegare ai medici che i farmaci che mi venivano prescritti non miglioravano la mia condizione, ma al contrario sembravano peggiorarla, aumentando il senso di malessere, di colpa e di agitazione. Nonostante le mie segnalazioni fossero ripetute nel tempo, non venivano prese in considerazione. Anche quando descrivevo effetti collaterali evidenti, come irritabilità e stati di rabbia intensa, questi venivano interpretati come sintomi della mia presunta patologia e non come possibili conseguenze dei trattamenti.

Nel corso degli anni ho visto peggiorare non solo il mio stato emotivo, ma anche quello fisico e psicologico. I ricoveri si sono susseguiti senza che si arrivasse a un reale miglioramento. La mia esperienza è stata quella di un sistema che non si interrogava sull'efficacia delle cure, ma che proseguiva su una linea già tracciata, senza spazio per il confronto.

A un certo punto ho espresso chiaramente la volontà di sospendere i farmaci, chiedendo che venissero valutate alternative. In risposta, mi è stata imposta una terapia in forma depot, a rilascio prolungato, con gli stessi farmaci che avevo più volte dichiarato inefficaci o dannosi per me. Questo ha aumentato ulteriormente il mio senso di impotenza.

In quello stato, segnato da sedazione e sofferenza, mi capitava di avere reazioni di rabbia e frustrazione. Anche queste venivano utilizzate per confermare la diagnosi iniziale, senza che si considerasse il contesto o il possibile ruolo dei farmaci. Col tempo si è creata una sorta di circolo chiuso: più stavo male, più venivano intensificati i trattamenti; più i trattamenti mi facevano stare male, più questo veniva letto come prova della mia condizione.

Solo dopo molti anni e numerose difficoltà, anche formali, qualcosa ha iniziato a cambiare, quando ho incontrato un nuovo medico disposto almeno in parte ad ascoltare il mio vissuto. Tuttavia, ancora oggi mi viene ripetuto che avrei comunque bisogno dei farmaci, come se si trattasse di una condizione inevitabile e non discutibile.

Negli ultimi tempi ho iniziato, con fatica, a ridurre i trattamenti e ho osservato una diminuzione di alcuni sintomi che per anni erano stati attribuiti esclusivamente alla mia condizione. Questo ha rafforzato in me la convinzione che il mio punto di vista avrebbe dovuto essere ascoltato molto prima.

Riconosco di aver attraversato momenti difficili e di aver avuto comportamenti problematici, ma ritengo che la presa in carico che ho ricevuto non sia stata adeguata e, in alcuni casi, abbia contribuito a peggiorare la mia situazione invece di migliorarla.

Questa esperienza mi porta a ritenere che sia necessario un cambiamento profon-

do: maggiore ascolto della persona, attenzione agli effetti dei trattamenti, possibilità reali di scelta e percorsi alternativi. Il disagio non può essere ridotto esclusivamente a una risposta farmacologica, soprattutto quando la persona continua a esprimere sofferenza e dissenso.

Ho deciso di condividere questa testimonianza affinché possa contribuire a una riflessione più ampia e, auspicabilmente, a un cambiamento che eviti ad altri percorsi simili al mio.

2.10 Non ero più io, ero la mia diagnosi

Ho ricevuto una prima diagnosi di disturbo psichiatrico quando avevo 25 anni, in seguito a un episodio di disagio mentale. Da quel momento mi sono ritrovata intrappolata in uno stigma. Non ero più vista come una ragazza sognatrice, ma come “quella con un disturbo mentale”.

Lo stigma non proveniva solo dalle persone che mi circondavano, ma anche dai servizi pubblici di salute mentale. Non sento di aver mai ricevuto un aiuto concreto nella comprensione e nella risoluzione dei miei disagi. Ogni volta che manifestavo una sofferenza, la risposta è stata il ricovero in reparti psichiatrici. A mio avviso, queste decisioni rispondevano più all’esigenza di “tenere sotto controllo” la situazione che a un reale progetto di cura.

In questo modo ho avuto la sensazione che la mia identità venisse progressivamente calpestata, giustificando ogni intervento con la necessità di contenere il disagio. Eppure, nelle situazioni che hanno portato ai TSO, non mi veniva offerto alcun percorso alternativo di sostegno e non sentivo riconosciuto il mio bisogno di essere ascoltata e compresa. Ero una giovane donna che stava attraversando una fase di sofferenza e che cercava, faticosamente, di ritrovare un senso di sé.

Credo che affrontare un disturbo mentale significhi interrogarsi su ciò che una persona può esprimere e mettere in campo per controbilanciare la propria fragilità. Questo può avvenire solo se le viene data la possibilità di esprimersi, di partecipare attivamente alle scelte che la riguardano e di essere riconosciuta come soggetto, non come oggetto di interventi. Al contrario, il sistema di salute mentale che ho incontrato mi è apparso fondato prevalentemente sulla repressione del disagio, più che sulla valorizzazione dell’espressione e dell’autodeterminazione della persona.

2.11 84 ore di contenzione

Nel presente documento intendo ricostruire gli eventi che, alcuni anni fa, mi hanno condotto a un ricovero psichiatrico in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e alla successiva contenzione meccanica protrattasi per diversi giorni consecutivi.

Il mio racconto si basa sulla documentazione sanitaria disponibile e sulla memoria soggettiva dell'esperienza vissuta. Non avendo competenze mediche o giuridiche, mi limito a porre interrogativi e a segnalare criticità emerse nel corso degli eventi, anche alla luce dei principi costituzionali e deontologici che regolano la tutela della persona.

Nel periodo precedente ai fatti, mi trovavo in una condizione di grave sofferenza psicologica legata a eventi relazionali traumatici e a forme di pressione e violenza psicologica prolungata. Tale condizione aveva determinato un progressivo deterioramento del mio benessere emotivo, senza che fossero presenti precedenti recenti di presa in carico psichiatrica continuativa.

In adolescenza era stata formulata una diagnosi psichiatrica che ho sempre ritenuto discutibile, poiché basata su valutazioni brevi e svolte in età evolutiva. Negli anni successivi, avevo condotto una vita sostanzialmente autonoma e funzionale.

Alcuni anni fa, giungevo in pronto soccorso a seguito di un gesto anticonservativo non finalizzato a un intento suicidario strutturato, come dimostrato dal fatto che fui io stessa a richiedere soccorso.

Nonostante ciò, nelle ore successive mi sono trovata in una condizione di trattamento de facto, in assenza di un formale provvedimento di accertamento o trattamento sanitario obbligatorio, senza ricevere informazioni chiare sulle decisioni assunte e senza la possibilità di esercitare pienamente i miei diritti.

Successivamente veniva disposto un trattamento sanitario obbligatorio. Nel corso del ricovero venivo sottoposta a contenzione meccanica ai cinque punti per un totale di 84 ore consecutive.

Dalla documentazione emerge che la motivazione ricorrente della contenzione era il presunto rischio di agitazione psicomotoria e di condotte auto-eteroaggressive, nonostante l'assenza di episodi di violenza fisica documentati.

Durante la contenzione, non ho avuto accesso a un dialogo effettivo con i medici, non ho potuto comunicare liberamente con i miei familiari e ho vissuto l'esperienza come profondamente traumatica e umiliante.

2.12 Un TSO per una persona “scomoda”

Esercito la professione forense da molti anni e mi occupo prevalentemente di diritto penale. Nel corso della mia attività professionale mi è capitato di seguire diverse vicende che mi hanno portato ad approfondire il tema del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), dei suoi presupposti di legge e delle modalità concrete con cui viene applicato.

In più occasioni ho potuto constatare come il TSO venga utilizzato non tanto per rispondere a reali esigenze sanitarie urgenti, quanto piuttosto come strumento per gestire situazioni considerate “scomode” dal punto di vista dell’ordine pubblico. Quando una persona manifesta comportamenti fuori dagli schemi, ma non violenti, e diventa “ingombrante” nel contesto sociale in cui vive, accade che, in assenza di risposte adeguate, si ricorra impropriamente al TSO come soluzione rapida.

Ricordo in particolare una vicenda che ha coinvolto un giovane con una storia di sofferenza psichica alle spalle, residente in un piccolo centro. In contesti di questo tipo il disagio mentale è spesso stigmatizzato, tollerato con difficoltà sia dalla comunità sia dalle istituzioni locali. Il giovane era noto alle forze dell’ordine per comportamenti sopra le righe, come urlare in pubblico o protestare animatamente presso uffici, ma non aveva mai messo in atto condotte violente verso le persone.

Un giorno venne convocato presso una caserma. Si presentò spontaneamente, in uno stato di tranquillità, come confermato da più testimoni. All’interno della struttura, a seguito di un diverbio con un appartenente alle forze dell’ordine, subì un’aggressione fisica. Ferito e spaventato, iniziò a piangere e a chiedere aiuto, contattando telefonicamente la madre.

Quando la situazione rischiò di emergere all’esterno, venne chiamato un medico affinché fosse disposto un TSO. All’arrivo dei soccorsi, al giovane fu somministrato un potente farmaco sedativo e venne immobilizzato. In seguito riuscì a fuggire e, poche ore dopo, rientrò a casa in condizioni di assoluta calma, dimostrando l’assenza di uno stato tale da giustificare un trattamento coercitivo.

In questo caso, il TSO non rispondeva ad alcun presupposto di legge: non vi era una necessità urgente di cura, né un rifiuto consapevole di trattamenti, né l’impossibilità di adottare misure alternative. L’agitazione mostrata era una reazione comprensibile a un’aggressione subita, non un sintomo clinico. Eppure, il suo disagio psichico è stato utilizzato per coprire un comportamento illegittimo.

Nel procedimento penale che ne è seguito, è emerso anche come fossero state redatte comunicazioni ufficiali non corrispondenti al vero, rappresentando la vittima come aggressore e giustificando retroattivamente il ricorso al TSO. Colpisce, tuttavia, che non sia stata contestata la violenza privata legata alla coercizione sanitaria illegittima, a dimostrazione di una scarsa attenzione istituzionale verso l’abuso di questo strumento.

Nel mio lavoro ho assistito anche a numerosi TSO eseguiti in luoghi pubblici o in ambito domestico con modalità fortemente lesive della dignità personale: persone immobilizzate, ammanettate, sedate davanti a terzi, senza un reale tentativo di

instaurare un dialogo o di ottenere un consenso informato. Spesso il medico non svolge quel ruolo di mediazione che la legge prevede, e si passa rapidamente all'uso della forza.

Molte persone vivono il TSO come un'esperienza traumatica e umiliante. L'intervento della forza pubblica, quando avviene senza reale necessità, produce una compressione gravissima della dignità umana, in aperto contrasto con i principi sanciti dalla legge.

Ho inoltre riscontrato frequenti difficoltà per chi cerca tutela legale: accesso limitato alla documentazione, ostacoli ai colloqui con il difensore, atteggiamenti di insofferenza da parte del personale sanitario verso la presenza di avvocati che informano i pazienti dei loro diritti. In alcuni casi la sedazione farmacologica rende persino impossibile un colloquio.

Queste esperienze mi hanno convinto della necessità di un ripensamento profondo dell'uso del TSO e dell'introduzione di garanzie effettive, come la presenza di una difesa tecnica, per evitare che uno strumento eccezionale si trasformi in una pratica ordinaria di controllo, repressione e copertura di abusi.

Amministrazione di sostegno

Negli ordinamenti democratici gli istituti di protezione giuridica nascono per sostenere persone che si trovano in condizioni di temporanea o permanente difficoltà o di ridotta autonomia, senza privarle, per quanto possibile, della capacità di autodeterminarsi. Quando però l'intervento di protezione, invece di affiancare la persona, finisce per sostituirsi alla sua volontà e viene applicato senza adeguata proporzionalità, senza sufficienti garanzie e senza un effettivo coinvolgimento dell'interessato, il rischio è che si trasformi, nella pratica, in una forma di "detenzione civile", nella quale la persona si trova sottoposta a limitazioni profonde della propria libertà e della capacità di decidere sulla propria vita.

Nel 2004, con l'obiettivo dichiarato di offrire una misura di protezione più flessibile e meno invasiva rispetto alla tradizionale interdizione, è entrata pienamente in vigore la disciplina dell'**Amministrazione di sostegno**, introdotta dalla legge 9 gennaio 2004, n. 6.

Le testimonianze raccolte nel presente Dossier mostrano tuttavia come, in numerosi casi, questo istituto possa trasformarsi da strumento di sostegno in uno strumento di forte subordinazione della persona a decisioni assunte da altri, incidendo su aspetti fondamentali della vita, tra cui:

- la permanenza nella propria abitazione o il collocamento in una struttura
- la gestione del patrimonio e delle risorse economiche
- le relazioni familiari, affettive e amicali
- le decisioni relative alla salute e ai trattamenti
- la possibilità di compiere determinati atti giuridici e di far valere i propri interessi.

Questa sezione del Dossier documenta situazioni nelle quali, in assenza di controlli effettivi e di un reale confronto tra la persona interessata e il Giudice tutelare, l'Amministrazione di sostegno è stata vissuta non come uno strumento di supporto, ma come una vera e propria espropriazione progressiva della capacità di decidere sulla propria vita.

Le esperienze raccolte evidenziano alcune criticità ricorrenti.

3.0.0.1 1. Accesso alla procedura relativamente semplice

La richiesta di nomina dell'Amministratore di sostegno può essere presentata, tra gli altri, dallo stesso beneficiario, dai familiari e dai servizi sociali e sanitari, senza

che sia necessariamente richiesta l'assistenza di un avvocato.

Questa caratteristica, pensata per rendere l' istituto facilmente accessibile a chi ne abbia effettivamente bisogno, può diventare problematica quando l' attivazione della procedura avviene sulla base di segnalazioni indirette, conflitti familiari o valutazioni non adeguatamente approfondite.

3.0.0.2 2. Ampiezza e indeterminatezza delle situazioni che possono condurre alla nomina

Nelle testimonianze compaiono frequentemente riferimenti a condizioni descritte attraverso espressioni generiche quali "fragilità", "difficoltà", "suggestionabilità", "debolezza" o "incapacità di provvedere ai propri interessi".

Il problema che emerge è quello di stabilire quando tali condizioni rappresentino effettivamente una necessità di sostegno giuridico e quando, invece, finiscano per trasformarsi in una valutazione generale sulla capacità della persona di vivere secondo le proprie scelte.

3.0.0.3 3. Difficoltà nell' accesso a valutazioni indipendenti

In diverse vicende raccolte emerge la difficoltà della persona interessata di ottenere una valutazione realmente indipendente della propria condizione e della propria capacità di autodeterminarsi, soprattutto quando le valutazioni iniziali provengono dai servizi o da soggetti che hanno già seguito la persona.

Questa difficoltà assume particolare rilievo quando la valutazione della capacità viene utilizzata per giustificare limitazioni significative dell' autonomia.

3.0.0.4 4. Possibili conflitti di interesse e ruolo degli amministratori professionali

Una quota significativa degli Amministratori di sostegno esterni è costituita da professionisti, tra cui avvocati, ai quali possono essere riconosciuti compensi o indennità secondo quanto previsto dalla normativa e dai provvedimenti del Giudice tutelare.

Le testimonianze raccolte sollevano interrogativi anche rispetto alla concentrazione di numerosi incarichi nelle mani dello stesso professionista e alla necessità di garantire che l' interesse della persona amministrata rimanga sempre il criterio prevalente nell' esercizio dell' incarico.

3.0.0.5 5. Ampiezza dei poteri e insufficienza dei contrappesi

A seconda del contenuto del decreto di nomina, l' Amministratore può essere investito di poteri che incidono profondamente sulla vita della persona.

Quando tali poteri vengono esercitati senza un adeguato coinvolgimento della persona interessata, il sostegno rischia di trasformarsi in sostituzione della volontà.

3.0.0.6 6. Il rischio di conflitti giudiziari nei confronti di chi cerca di assistere la persona

Alcune testimonianze raccolte descrivono inoltre situazioni nelle quali familiari, persone legate affettivamente al beneficiario o amici che cercano di sostenerlo entrano in conflitto con l' Amministratore o con i servizi.

In determinati casi vengono riferite anche iniziative giudiziarie o accuse nei confronti di chi cerca di intervenire a favore della persona amministrata.

Queste vicende pongono il problema di garantire che il conflitto tra diversi soggetti coinvolti non finisca per tradursi automaticamente nella delegittimazione di chi sostiene la persona o nella restrizione ulteriore delle sue relazioni.

In un quadro come quello descritto dalle testimonianze, l'Amministrazione di sostegno rischia di apparire non più come uno strumento di aiuto, ma come un ramificato sistema di controllo, capace di incidere sulla vita di persone molto diverse tra loro: persone con esperienze di psichiatria, anziani soli, persone con ridotta autonomia economica o sociale, persone coinvolte in conflitti familiari, persone il cui patrimonio o le cui proprietà sono oggetto di controversie e persone i cui comportamenti vengono considerati problematici o non conformi.

La persona amministrata viene, paradossalmente, chiamata "beneficiario". Le testimonianze raccolte mostrano però che, in alcuni casi, essa è proprio la persona che percepisce di beneficiare meno della misura, vedendosi invece progressivamente privata della possibilità di decidere.

Questa sezione del Dossier documenta quindi come un istituto nato con finalità di protezione possa, in assenza di adeguati limiti, garanzie e controlli, produrre significative compressioni di diritti fondamentali, incidendo sulla libertà personale e sull'autodeterminazione, sulla gestione dei propri beni, sul diritto alla vita familiare e alle relazioni personali, sul diritto alla casa e sul diritto al consenso informato e al rifiuto delle cure, nei limiti previsti dall'ordinamento.

Non si tratta necessariamente di errori individuali o di singoli comportamenti. Le testimonianze raccolte mostrano criticità che possono assumere carattere sistemico e che richiedono quindi una riflessione sulla necessità di revisione, di limiti più chiari, di adeguate garanzie e di un controllo indipendente.

E soprattutto una cosa semplice, giusta e rivoluzionaria: ascoltare la persona. Come del resto afferma la stessa legge 6/2004, il cui scopo dichiarato è quello di "tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia".

Una formula che rischia però di rimanere soltanto una bella e vuota collezione di parole quando la persona, anziché essere sostenuta nell' esercizio della propria autonomia, viene progressivamente privata della possibilità concreta di esercitarla.

Prima delle testimonianze pervenute all'Associazione Diritti alla Follia, riportiamo alcuni casi emblematici già sottoposti alla nostra attenzione, che consentono di evidenziare alcune delle principali criticità dell'Amministrazione di sostegno.

3.1 CASI EMBLEMATICI DI ABUSO ATTRAVERSO L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

3.1.1 Caso A – La giovane donna istituzionalizzata

Una giovane donna italiana, cresciuta in un contesto familiare instabile e privo di riferimenti affettivi stabili, manifesta in età adolescenziale difficoltà relazionali e chiede spontaneamente aiuto ai servizi territoriali. Viene diagnosticato un disturbo della personalità di lieve entità, compatibile con una piena capacità di intendere e di volere.

La ragazza decide di interrompere alcuni psicofarmaci perché ne sperimenta effetti collaterali incompatibili con la vita quotidiana. Questo rifiuto diventa l'elemento decisivo per l'attivazione di una procedura giudiziaria che porta alla nomina di un Amministratore di sostegno, nonostante la giovane abbia dichiarato in modo chiaro e documentato di non volerne uno.

Nei mesi successivi, senza perizie indipendenti e senza il consenso dell'interessata, viene collocata in una Casa Famiglia. Da quel momento perde la possibilità di comunicare liberamente con l'esterno, di vedere chi desidera e di prendere decisioni sulla propria vita.

Nel corso degli anni tenta ripetutamente di fuggire, percorrendo anche chilometri a piedi pur di allontanarsi dalla struttura. Ogni volta viene rintracciata e ricondotta con l'ausilio delle forze dell'ordine.

Quando prova a chiedere formalmente la revoca dell'Amministrazione di sostegno, viene rigettata senza una reale valutazione della sua capacità di autodeterminarsi. Le sue dichiarazioni vengono progressivamente svalutate e reinterpretate come segni di incapacità.

Dopo oltre dieci anni di permanenza forzata in strutture, sotto terapia psicofarmacologica continua, la giovane muore in seguito all'assunzione massiva di farmaci.

3.1.2 Caso B – L'anziano proprietario isolato

Un uomo anziano, vedovo e senza figli, vive autonomamente nella propria abitazione di proprietà. Gestisce da solo le sue spese, coltiva un giardino, guida l'automobile e intrattiene normali relazioni sociali.

A seguito di una segnalazione da parte di vicini, viene attivata una procedura che porta alla nomina di un Amministratore di sostegno esterno. Non risulta che prima della nomina sia stata acquisita una perizia psichiatrica.

Nel decreto di nomina si parla genericamente di "deterioramento cognitivo", ma successivamente una valutazione sanitaria indipendente attesta che l'uomo è lucido, orientato e in grado di giudicare.

Nonostante ciò, il controllo della sua vita economica e quotidiana resta nelle mani

dell'Amministratore: l'uomo riceve solo una piccola parte della propria pensione, non può disporre liberamente del denaro, né decidere cure o acquisti importanti.

Viene progressivamente trasformato da cittadino autonomo in soggetto dipendente, senza che vi sia una reale base clinica a giustificarlo.

3.1.3 Caso C – La donna economicamente indipendente

Una donna adulta, senza patologie psichiatriche, con casa di proprietà e risparmi personali, viene segnalata da un familiare con il quale ha un rapporto conflittuale. La segnalazione si basa su elementi di “non conformità”: vivere sola, non avere una famiglia, fare regali o prestiti a conoscenti, avere animali domestici.

Senza alcuna perizia medica, il tribunale nomina un Amministratore di sostegno esterno. In breve tempo le vengono sottratti strumenti di autonomia: carte di credito, assegni, contanti, capacità di spesa.

L'Amministratore riceve compensi elevati per la gestione ordinaria delle spese quotidiane, mentre la donna perde il controllo del proprio patrimonio.

Per liberarsi deve affrontare un lungo e costoso contenzioso legale.

3.1.4 Caso D – L'anziano intellettuale

Un uomo anziano, noto per la sua attività culturale, mantiene una piena lucidità mentale, scrive, partecipa a eventi pubblici, rilascia interviste.

Intrattiene una relazione affettiva e fiduciaria con una persona più giovane che lo assiste nella vita quotidiana. Terzi segnalano al tribunale che l'anziano sarebbe “circonvenibile”.

Nonostante perizie favorevoli alla sua capacità, viene posto sotto Amministrazione di sostegno e il suo assistente viene indagato penalmente.

Si crea una contraddizione giuridica: l'uomo è considerato abbastanza lucido da gestire se stesso, ma allo stesso tempo ritenuto incapace di scegliere a chi affidare fiducia e affetto.

Questi casi, pur diversi tra loro, mostrano alcuni elementi ricorrenti. La persona può essere segnalata non necessariamente per un'incapacità concretamente accertata, ma anche in presenza di situazioni di non conformità, conflitti familiari o interessi patrimoniali. In alcuni casi, l'Amministrazione di sostegno può essere applicata senza una valutazione sufficientemente rigorosa e indipendente della situazione della persona e, una volta attivata, può produrre una progressiva perdita di autonomia, isolamento e controllo economico. Anche i tentativi di opposizione alla misura possono essere reinterpretati come ulteriore prova di irragionevolezza o incapacità, mentre la richiesta di revoca dell'Amministrazione di sostegno può trasformarsi in un percorso lungo e difficile proprio per la persona che intende riacquistare pienamente la propria autonomia.

Questa dinamica, quando si verifica, può tradursi in una grave privazione di diritti civili e, nella pratica, assumere caratteristiche che le persone interessate descrivono come una forma di “detenzione sociale”, pur in assenza di un procedimento penale.

Le testimonianze che seguono restituiscono alcune delle esperienze raccolte dall'associazione. Sono storie diverse tra loro, ma nelle quali ricorrono, con modalità differenti, questioni legate alla perdita di autonomia, al controllo sulle scelte personali, alle relazioni, alla casa, al patrimonio e alle cure.

3.2 La madre, il figlio e un'Amministrazione di sostegno

Il 21 di luglio 2020, h. 17.00 circa, il sig. **M**, un professore in pensione, viene raggiunto da Avviso di garanzia con allegato provvedimento di allontanamento immediato dall'abitazione della anziana madre. Celibe, **M**, benché da tempo disponga di una sua abitazione, non ha mai smesso di convivere con i suoi genitori. Contro di lui è stata sporta denuncia da parte dell'Amministratore di sostegno di sua madre, che ha potuto contare sull'appoggio di altri due figli non conviventi. **M** sbalordisce ma esegue. Ha di fronte due Carabinieri.

Perché un Amministratore per la madre di **M**? Ecco, in breve, la storia.

17 aprile 2019: **M** licenzia la badante che da tre anni assisteva i suoi genitori; sino a maggio 2018 entrambi; poi, deceduto suo padre, la sola madre. Dopo un ennesimo episodio di durezza, sbotta e la manda via. Il problema era vecchio di anni. La sorella di **M** che aveva ingaggiato l'operatrice, disapprova vivamente: sbaglio imperdonabile, dannoso, fatale; dalla badante rimossa dipenderebbe la stessa sopravvivenza della anziana; è insostituibile.

A nulla è valsa l'interminabile serie di informative circa il carattere freddo, duro e addirittura beffardo del soggetto in questione, i toni secchi, i modi spicci, gli incupimenti minacciosi, l'insofferenza verso l'assistita. A nulla è valso riferire che da tempo la madre se ne lamenta chiamandola "bestia", "diavola", "strega", "disgraziata"; che insomma soffre per questa presenza. A nulla raccontare che, quando sono soli, lo prega di "Non abbandonarla nelle mani di questa stregona".

Si cerca una nuova badante: dopo varie vicissitudini, qualche prova fallita, contrasti e dissapori vari, la situazione si assesta. L'anziana lega bene con la nuova assistente straniera che prende servizio a giugno del 2019: ha naturale empatia, discrezione, pazienza. Da quasi 5 anni c'è in servizio anche un'altra badante, un'italiana; prima per i soli fine-settimana poi, scemata del tutto l'autosufficienza, anche per le notti; è l'esatto contrario della persona rimossa: la signora le è molto attaccata.

Ma la sorella cova un cupo risentimento; il "perfetto" sistema di assistenza ai genitori da lei messo in piedi, si è rotto; e il responsabile è **M**. Non rinuncia, dunque, a voler ritagliare un ruolo per la vecchia assistente; pretende che possa periodicamente sovrintendere e controllare il lavoro delle altre due (che mostrano di non gradire). Intanto, forte del fatto che ha delega per il conto bancario, con ricorrenti richiami esercita una logorante pressione sulla badante italiana; che dà segni di stanchezza e accenna a possibili dimissioni. La situazione si fa pesante: **M** avvisa i congiunti che se lo stato di conflitto non cesserà, non ci sarà altra strada che il ricorso ad un Amministratore esterno.

È infatti quello che accade: nell'ottobre 2019 viene nominata una avvocatessa che sin da subito stabilisce un rapporto preferenziale con i figli non-conviventi. A fine dicembre viene assunta una terza badante: è il solo modo - notifica l'Amministratore - per garantire un'assistenza h 24 ad un soggetto che necessita di accudimento notturno. I costi cominciano a lievitare; è necessario un congruo contributo dei tre figli. **M** viene invitato a non intromettersi nell'assistenza: interferirebbe, in

particolare, nel lavoro della badante notturna (che non è più l'italiana, ma la neo-assunta); sono troppi i panni che vengono cambiati. Per un po' si tira avanti così. Ogni tanto la madre ha episodi di insonnia agitata: naturalmente **M** non riesce a starsene beatamente a dormire. Per l'amministratore, "interferisce".

A fine febbraio '20 improvvisa virata: l'ads decide di tornare alla badante unica convivente, con sostituta nei fine-settimana. Ciò che appena pochi mesi prima era impossibile, ora non lo è più. La madre di **M** è sotto Lasix, farmaco salvavita, un diuretico che fa sì che si bagni spesso; la notte è una fase critica, si sveglia per il fastidio e si lamenta insistentemente e penosamente. Non di rado ci sono anche escrezioni solide. Come potrà una sola badante fare un lavoro che copra le intere 24 h? Ma l'Amministratore non tollera discussioni; comanda lei; si torna alla badante unica. Tra le righe si lascia intendere che la convivente sarà proprio la vecchia badante allontanata da **M** e saldamente restata in cima ai pensieri di sua sorella. La donna dei miracoli. Ma c'è un unico problema: la presenza di **M**. Arriva, fondato su motivi logistici, l'invito scritto a lasciare volontariamente l'abitazione.

M non cede all'ingiunzione e cerca assistenza legale. All' Amministratore non resta che la strada della querela: il reato? Maltrattamenti. Espulso dalla scena **M**, ai primi di settembre 2020 la vecchia badante viene ri-assunta.

Rinviato a giudizio per il reato di maltrattamenti in famiglia, **M** sceglie il rito ordinario cioè il dibattimento. Dopo tre anni e otto udienze, nel quadro di uno vuoto probatorio che porta talvolta il PM alla sconcertante rinuncia all'esame dei testi a carico, **M** viene assolto perché il fatto non sussiste (febbraio 2025). La madre è, intanto, deceduta il 1° agosto 2021: in un anno il figlio ha potuto vederla per sole tre volte in incontri autorizzati dal Tribunale, della durata di un'ora e alla presenza di un fiduciario dell'Ads.

L'anziana è morta col dubbio che il figlio con cui aveva passato l'intera vita, non provasse più affetto per lei. **M** ha denunciato per calunnia l'Ads e i congiunti coinvolti.

3.3 Anche dopo la morte: il divieto di visita e il silenzio sulla sepoltura

Il divieto di visite continua anche dopo la morte. Non so dove il mio compagno sia sepolto e l'amministratore di sostegno, un familiare, si guarda bene dal rivelarlo.

Il mio compagno, con cui ho vissuto dal 2009, è morto nell'agosto del 2024, rinchiuso in una RSA, dopo un calvario durato oltre due anni, iniziato nel maggio 2022 con il trasferimento forzato in due strutture private. Di lui mi restano solo tre messaggi vocali in cui mi chiedeva aiuto. Dopo quei messaggi, l'amministratore di sostegno gli ha sequestrato il cellulare e lo ha portato in una struttura privata, imponendo il divieto assoluto di ricevere visite o comunicare con chiunque senza la sua autorizzazione. Per me e per gli amici di una vita è calato il silenzio totale.

In quella prima struttura, poi rivelatasi irregolare e gestita da un pregiudicato, lui era entrato sulle sue gambe, riconoscendo tutti, con la promessa che sarebbe rimasto solo per l'estate. Non è mai più tornato a casa, nemmeno per una visita. In breve tempo si è ritrovato in carrozzina, legato "per la sua sicurezza".

In due anni e tre mesi l'ho potuto vedere una sola volta, per un'ora, nel settembre 2022, a casa dell'amministratore di sostegno, su autorizzazione eccezionale del giudice tutelare. L'incontro fu interamente filmato, su disposizione del giudice, come non avviene nemmeno per i detenuti. Davanti a me c'era un uomo irriconoscibile: dimagrito in modo impressionante, i capelli neri diventati bianchi, lo sguardo perso e rassegnato. Della struttura diceva: "ospedale, gente orribile, dolore". Ma per l'amministratore era "una meraviglia" e lui "non capiva nulla perché demente".

Ogni istanza per riportarlo a casa è stata respinta. Eppure è noto a chiunque si occupi seriamente di demenze che sradicare una persona dal suo ambiente, isolarla dagli affetti e rinchiuderla dietro sbarre accelera il declino cognitivo. Ma il giudice tutelare non ha mai voluto ascoltare né lui né me. Era subentrato a un altro giudice, non lo conosceva e dichiarava di non avere tempo per incontrarlo. In udienza mi disse: "Se lei osa parlare o scrivere di questa storia, non glielo farò mai più vedere".

Io, la donna con cui aveva vissuto, con residenza presso di me e inserimento nel mio stato di famiglia, ero diventata un'estranea. "Era solo un ospite, non c'è mai stata una relazione", sosteneva l'ads. Ero diventata il nemico numero uno perché interferivo con i suoi piani. Io volevo accudirlo a casa, non ricoverarlo mai. Forse, se fosse rimasto libero, non sarebbe morto in poco più di due anni.

Nel dicembre 2021 eravamo andati da un avvocato per regolarizzare la nostra unione tramite una coppia di fatto, senza alcun risvolto economico. Non sapevamo che la sua famiglia stava preparando l'istanza per l'amministrazione di sostegno, accolta rapidamente, senza spiegargli davvero cosa significasse: la perdita totale del controllo sulla propria vita. L'amministratore si oppose con forza alla coppia di fatto. Rimandammo. Fu un rinvio fatale.

Il mio tentativo di liberarlo dalla struttura fu definito dall'avvocato dell'ads "un disegno criminoso". In un video del luglio 2022, girato dall'amministratore come fosse un oggetto, lui chiede ancora di uscire, di tornare a casa, di rivedere le persone amate. Poi si è spento.

Non c'erano patrimoni da difendere. Io ero più benestante di lui e pagavo tutto io. Un amministratore di sostegno che dichiarava di "provare gusto nel controllo totale" ha distrutto due vite: la sua, morta in RSA, e la mia, che per anni ho lottato solo per il diritto di stringergli la mano.

Ultima "perla": quando scoprii finalmente in quale struttura si trovava, andai lì convinta di poterlo vedere. Fui aggredita, picchiata e cacciata al grido di "criminale, ti facciamo carcerare a vita".

È normale tutto questo? In quale mostruosità si è trasformato il "sostegno"?

3.4 Il Business del dolore: Quando la tutela diventa sequestro affettivo

Questa è la storia di mio padre, in stato vegetativo da diciannove anni dopo un grave incidente. È anche la storia di come, in un momento di estrema fragilità per la nostra famiglia, lo strumento dell'amministrazione di sostegno sia stato utilizzato – secondo la nostra esperienza – non come forma di tutela, ma come meccanismo che ha progressivamente isolato nostro padre e la sua famiglia.

Quando mio padre lottava tra la vita e la morte dopo l'incidente, la nostra famiglia era ancora sotto shock. In quel momento suo fratello si rivolse al tribunale per farsi nominare Amministratore di Sostegno. Successivamente è stato rimosso dal tribunale e al suo posto è stata nominata una professionista esterna, una giovane avvocatessa alla prima esperienza in questo ruolo. Pensavamo che questo cambiamento avrebbe portato equilibrio e serenità nella gestione della situazione. Con il tempo abbiamo invece avuto la sensazione che le decisioni continuassero a essere orientate dalle stesse persone di prima. Nonostante la rimozione formale, lo zio ha continuato a influenzare le scelte relative ai lavori, alle spese e alla gestione della vita di nostro padre. Accanto a lui abbiamo percepito la presenza costante del suo legale di fiducia, un avvocato cassazionista molto noto, che a nostro avviso ha esercitato un'influenza così forte da ridurre di fatto l'autonomia dell'Amministratore di Sostegno ufficialmente nominato. Ci siamo resi conto con sgomento che una figura che avrebbe dovuto essere neutrale sembrava agire come esecutrice di decisioni prese altrove.

Dopo uno degli ultimi ricoveri ospedalieri il Giudice Tutelare aveva prospettato la possibilità di collocare nostro padre in modo definitivo in una struttura assistenziale. Nonostante questa indicazione, l'Amministratore di Sostegno ha insistito per riportarlo "a casa". Il luogo individuato, però, è un seminterrato di proprietà della nostra nonna. Si tratta di un ambiente che noi riteniamo non idoneo: un locale umido, con muffe e funghi, con finestre chiuse da grate e senza una reale via di fuga. Abbiamo sempre sostenuto che queste condizioni non fossero state rappresentate in modo completo nelle relazioni inviate al Giudice Tutelare. Durante il periodo in cui nostro padre è rimasto in quel seminterrato si sono verificati anche episodi di abbandono da parte dei badanti durante eventi sismici avvenuti negli anni. Mio padre è un traumatizzato cranico, paralizzato e completamente privo di difese. Per circa nove anni è rimasto in quell'ambiente che per noi è sempre stato un luogo inadatto alla vita di una persona nelle sue condizioni. Secondo la nostra percezione, il ritorno in quella casa ha consentito di gestire lavori e spese senza controlli esterni e di mantenere la situazione lontana da occhi indiscreti. Ogni richiesta da parte nostra di cure mediche basilari, come cure odontoiatriche per evitare infezioni, è stata interpretata come interferenza e perfino definita "stalking". Nonostante fotografie e perizie che abbiamo presentato, il Giudice Tutelare non ha mai effettuato un sopralluogo diretto.

Per capire cosa è accaduto a nostro padre bisogna guardare anche a ciò che è successo a nostra nonna. Dopo il suicidio di uno dei suoi figli, la nonna era distrutta dal dolore. In quel momento un avvocato cassazionista vicino alla famiglia si presentò come una figura di sostegno e di fiducia. Poco dopo iniziarono numerose

operazioni patrimoniali: donazioni di case, vendite rapide di terreni e trasferimenti di proprietà. Tutto questo avveniva mentre nostro padre era in stato vegetativo e quindi impossibilitato a difendere i propri diritti. Quando noi nipoti cercammo di chiedere un'amministrazione di sostegno per proteggere la nonna, incontrammo forti ostacoli. Dopo quelle operazioni patrimoniali, la nonna fu trasferita in una struttura per anziani a circa quaranta chilometri di distanza. In quella struttura la sua vita ci appariva molto diversa da quella che aveva sempre avuto. Una donna che era stata benestante si trovava senza denaro per le piccole spese quotidiane e veniva sedata con farmaci. Le visite erano rigidamente controllate. Non era possibile entrare nella sua stanza e potevamo incontrarla solo negli spazi comuni, sotto sorveglianza. Quando chiesi di poter vedere la sua cartella clinica per capire le sue condizioni di salute, la struttura chiamò i Carabinieri e mi ritrovai trattato come se stessi facendo qualcosa di illecito. Il Giudice aveva nominato un consulente tecnico per valutare la capacità di intendere e volere di mia nonna, ma nei mesi successivi la visita non venne mai effettuata prima della sua morte. La cartella clinica non è mai stata consegnata alla famiglia.

Dopo la morte della nonna si aprì la successione. L'Amministratore di Sostegno di nostro padre non si presentò all'apertura del testamento e rinunciò persino alla presenza del notaio nominato dal tribunale nell'interesse di nostro padre. L'inventario dei beni venne effettuato direttamente dalla parte interessata nella vicenda patrimoniale. Sapevamo che esisteva un termine di dieci anni per esercitare l'azione di riduzione delle donazioni. Alla scadenza di quel termine una comunicazione fu inviata all'Amministratore di Sostegno il giorno prima della prescrizione. Secondo la nostra ricostruzione non venne intrapresa alcuna iniziativa per interrompere i termini e tutelare il patrimonio di nostro padre.

Al di là delle questioni economiche, il danno più grande è stato umano. Formalmente nostro padre vive nella sua casa, ma in realtà è circondato da personale scelto dall'Amministratore di Sostegno e non dalla famiglia. Nella nostra esperienza queste persone controllano i nostri ingressi e creano un clima di tensione. Abbiamo spesso avuto la sensazione che il personale fungesse da filtro tra noi e nostro padre, impedendo un rapporto spontaneo e affettivo. Ogni decisione ci è stata comunicata come qualcosa di già stabilito e non abbiamo mai avuto la possibilità di partecipare realmente alle scelte. Progressivamente siamo stati trattati come estranei, nonostante siamo i figli dell'uomo che viene assistito.

Quando mia madre ha protestato per le condizioni in cui viveva suo marito e per la mancanza di cure adeguate, la sua presenza è stata descritta come interferenza. Il suo dolore è stato trasformato in ostilità e le sue richieste di dignità sono state interpretate come disturbo. Secondo quanto abbiamo vissuto, è stato avviato perfino un procedimento di separazione tra i nostri genitori contro la loro volontà. Per noi questo rappresenta un intervento profondamente invasivo nella vita familiare e nella relazione tra due coniugi che non hanno mai espresso il desiderio di separarsi.

In tutta questa vicenda la perdita più grande non è il patrimonio, ma il fattore umano. Mio padre non è una pratica amministrativa né un patrimonio da gestire. È un padre, un marito e un uomo che non può difendersi da solo. Noi chiediamo soltanto

che venga rispettata la sua dignità e che la nostra famiglia possa tornare a essere parte della sua vita, senza essere trattata come un ostacolo. Questa testimonianza vuole ricordare che dietro le decisioni burocratiche e gli atti legali ci sono persone reali, famiglie ferite e verità che non possono essere sepolte né in un seminterrato né in una cartella clinica negata.

3.5 Amministratozione di sostegno come strumento di espropriazione familiare

Per molti anni mi sono occupato della gestione quotidiana e amministrativa della mia famiglia. Dopo la morte di mio padre, ho seguito mia madre, persona con disabilità riconosciuta, occupandomi di tutte le incombenze pratiche. In parallelo, ho assistito mia sorella, che presentava lievi difficoltà cognitive, ma era pienamente in grado di esprimere la propria volontà. Proprio per questo, anni prima, mi aveva conferito una procura generale davanti a un notaio, affinché potessi rappresentarla qualora le sue condizioni fossero peggiorate.

Nel tempo mi sono fatto carico anche di mio nipote, gravemente malato, per il quale sono stato nominato amministratore di sostegno su richiesta sanitaria. Ho svolto quell'incarico per anni, rendicontando regolarmente, senza che venisse mai sollevata alcuna contestazione.

La situazione è precipitata quando, in un momento di particolare fragilità familiare, terze persone hanno iniziato a inserirsi nella gestione degli affari di mia madre e di mia sorella. Sono comparse improvvisamente figure legali esterne che hanno ottenuto deleghe e procure in circostanze poco chiare, in presenza di certificazioni mediche tra loro contraddittorie. Alcuni documenti attestavano difficoltà cognitive, altri – rilasciati a distanza di pochi giorni – dichiaravano una piena capacità di intendere e di volere, senza che fosse svolta alcuna valutazione indipendente approfondita.

Di fronte a irregolarità amministrative evidenti, a pensioni non riscosse e a comportamenti anomali, ho chiesto l'intervento del giudice tutelare, domandando di essere nominato amministratore di sostegno per mia madre, nel rispetto delle sue precedenti volontà e delle procure esistenti. Da quel momento è iniziata una lunga sequenza di procedimenti che hanno progressivamente escluso me, pur essendo il familiare più coinvolto e designato dalle persone interessate.

Le mie istanze, le memorie depositate, le richieste di consulenze tecniche e di verifiche patrimoniali sono rimaste in larga parte senza risposta. Al contrario, sono stati nominati amministratori di sostegno esterni, ignorando procure notarili valide e volontà esplicitamente verbalizzate dalle beneficiarie. Le procedure sono diventate opache: fascicoli difficilmente accessibili, documenti mancanti, decisioni assunte senza contraddittorio reale.

Parallelamente, ogni mia iniziativa di tutela è stata riletta come sospetta. Denunce presentate per segnalare anomalie si sono trasformate in procedimenti penali a mio carico. L'uso reiterato dello strumento penale ha avuto un chiaro effetto intimidatorio: difendermi ha richiesto risorse economiche enormi, cambi di avvocati, anni di stress e isolamento. Nel frattempo, le persone che avrei dovuto proteggere sono rimaste sotto amministrazione, con una drastica riduzione della loro autonomia e della disponibilità delle proprie risorse economiche.

Dopo la morte di mia madre, sono emerse gravi anomalie patrimoniali: beni scomparsi, documenti sensibili irreperibili, debiti inspiegabili. Nonostante ciò, l'ammi-

nistrazione di sostegno di mia sorella è proseguita, lasciandola in condizioni di abbandono materiale e relazionale, con somme mensili insufficienti rispetto alle sue reali disponibilità.

Questa esperienza mi ha mostrato come l'amministrazione di sostegno possa trasformarsi da strumento di supporto a meccanismo di sostituzione totale della persona e di esclusione dei legami familiari non allineati. Ho imparato che, in questi contesti, il diritto penale viene spesso utilizzato come leva per "normalizzare" chi si oppone alle decisioni istituzionali, mentre il controllo giudiziario sulle amministrazioni risulta debole o puramente formale.

Quando una persona è definita "vulnerabile", il sistema tende a parlare al suo posto. Se esistono risorse economiche, la pressione aumenta. Chi prova a resistere rischia di essere delegittimato, isolato e colpito sul piano giudiziario. Questa non è una somma di errori individuali, ma il funzionamento prevedibile di un assetto che concentra potere, riduce le garanzie e rende estremamente difficile difendere i diritti fondamentali di chi è coinvolto nelle procedure di volontaria giurisdizione.

3.6 Una misura di protezione che diventa isolamento: testimonianza sull'Amministrazione di sostegno

La presente testimonianza intende portare all'attenzione criticità significative nell'applicazione della misura dell'amministrazione di sostegno, emerse in un contesto familiare numeroso e riguardanti una persona anziana con fragilità e decadimento cognitivo lieve.

La persona conduceva una vita semplice e desiderava rimanere nella propria abitazione, circondata dall'affetto dei figli e dei nipoti. Una parte della famiglia, convinta che la richiesta di amministrazione di sostegno fosse finalizzata a protezione e supporto, si era resa disponibile a collaborare e aveva individuato una possibile figura per tale ruolo. Tuttavia, l'ascolto formale della beneficiaria e dei familiari presente in udienza è avvenuto solo in maniera generica; informazioni rilevanti contenute nella documentazione presentata dalla ricorrente non sono state comunicate. Di conseguenza, né la beneficiaria né i familiari potevano contestare o valutare correttamente la situazione, rendendo impossibile un confronto effettivo e una valutazione approfondita del contesto.

Solo successivamente è emerso che quanto illustrato in udienza rispondeva a una pianificazione già definita. L'assenza di un reale coinvolgimento della beneficiaria e dei familiari ha determinato un grave tradimento della fiducia della persona interessata e di parte della famiglia.

Una parte dei familiari avrebbe potuto garantire un sostegno concreto fin dall'inizio; ciò è stato possibile solo nell'ultimo periodo della vita della beneficiaria, fino a poco prima del ricovero e del decesso. In questa fase, la persona avrebbe potuto vivere serenamente, nel rispetto della propria volontà e delle proprie relazioni affettive. La figura dell'amministratore di sostegno, sia interno sia esterno alla famiglia, si è rivelata invece dannosa, con conseguenze irreparabili sulla beneficiaria e su parte dei familiari.

Nel tempo, la misura ha progressivamente assunto carattere sostitutivo e coercitivo. La beneficiaria è stata esclusa dalle decisioni fondamentali sulla propria vita. L'uso prevalente di terapie sedative ha inciso negativamente sulla vigilanza, sull'autonomia e sulla capacità di esprimere preferenze, accelerando l'indebolimento delle competenze residue.

La sua autonomia relazionale è stata fortemente limitata. I contatti familiari significativi venivano scoraggiati, favorendo isolamento emotivo e difficoltà nell'esprimere dissenso. Tale isolamento tendeva a favorire scelte coercitive, come l'ipotesi di un trasferimento in struttura residenziale contraria alla volontà della beneficiaria, che tuttavia non si è concretizzata.

La gestione esterna si è caratterizzata per opacità, presenza discontinua e comunicazione contraddittoria. Ritardi e omissioni nei pagamenti per l'assistenza quotidiana hanno costretto i familiari a intervenire direttamente senza riconoscimento formale. La nomina di un amministratore esterno ha inoltre oscurato criticità e comportamenti irregolari del precedente amministratore, senza interventi efficaci

a tutela della persona.

Negli ultimi momenti di vita, ai familiari è stato negato l'accesso alle informazioni sullo stato di salute della beneficiaria. Pur accompagnata dalle cure mediche, la persona ha vissuto la fase finale in solitudine, priva della vicinanza affettiva che avrebbe potuto offrirle conforto e dignità.

In conclusione, la misura dell'amministrazione di sostegno ha privato la persona della possibilità di autodeterminarsi, di mantenere relazioni significative e di vivere con dignità. Questa testimonianza evidenzia criticità strutturali: insufficienza dei controlli, difficoltà di revoca e rischio concreto che lo strumento si trasformi in mezzo di abuso e abbandono istituzionale. Le istituzioni preposte alla vigilanza e alla tutela hanno un ruolo fondamentale nel garantire l'effettiva protezione delle persone fragili. In assenza di un esercizio concreto di tali responsabilità, la misura rischia di diventare un meccanismo di abbandono istituzionale, con gravi conseguenze sulla vita e sulla dignità delle persone.

In questa triste vicenda, tutto ciò che avrebbe dovuto garantire tutela, ascolto e protezione è progressivamente venuto a mancare.

3.7 Il fallimento della tutela tra debiti indotti e degrado umano

Per otto anni ho assistito al progressivo crollo della dignità dei miei genitori sotto una misura di amministrazione di sostegno che avrebbe dovuto proteggerli. Il provvedimento era stato attivato a causa di difficoltà pregresse nella gestione dei pagamenti e aveva come obiettivo dichiarato quello di aiutarli a non accumulare ulteriori debiti. Nei fatti, però, quella che doveva essere una tutela si è trasformata in un sistema di privazioni costanti.

Dopo la nomina dell'amministratore, ai miei genitori è stata concessa una disponibilità settimanale estremamente ridotta, del tutto insufficiente per coprire le spese reali di due persone anziane, oltre a quelle per gli animali domestici che vivevano con loro. Il denaro bastava a malapena per il cibo e non teneva conto di bollette, farmaci, manutenzioni o imprevisti. Questa restrizione ha generato una spirale paradossale: per sopravvivere erano costretti a rimandare pagamenti o a contrarre piccoli debiti, che venivano poi coperti usando la modesta pensione di mia madre. In pratica, i sacrifici di uno servivano a compensare le carenze di una gestione che, anziché risolvere i problemi, li aggravava.

Nel frattempo le condizioni abitative peggioravano in modo allarmante. Per anni non è stata affrontata la necessità di un sistema di riscaldamento sicuro, costringendo i miei genitori a scaldarsi con mezzi pericolosi e costosi, con bollette elettriche sempre più alte. L'abitazione presentava situazioni di degrado evidenti: muffa diffusa, impianti non a norma, servizi igienici malfunzionanti. Vivere lì significava convivere quotidianamente con rischi per la salute e con una costante sensazione di abbandono.

Il paradosso più grave è che la misura, nata per garantire una gestione regolare delle spese, ha finito per produrre anche interruzioni dei servizi essenziali. È bastato un ritardo in un pagamento perché venissero sospese le utenze, lasciando i miei genitori senza luce e gas per settimane. Il sistema che avrebbe dovuto proteggerli li ha invece esposti a ulteriori disagi e umiliazioni.

Mia madre è morta dopo anni trascorsi in queste condizioni. Oggi chiedo che venga riconosciuto che la protezione non può tradursi in fame, degrado e perdita di dignità. Una misura pensata per aiutare non può trasformarsi in un meccanismo che priva le persone dei mezzi minimi per vivere in modo umano.

3.8 Dieci anni di istituzionalizzazione: una madre denuncia la perdita di diritti e autonomia della figlia

Sono la madre di una giovane donna che già all'età di 11-12 anni manifestò i sintomi di un disagio psicosociale dovuto a vicende che ci hanno visto vittime. Io ho dedicato l'intera mia esistenza a mia figlia, sotto tutti gli aspetti, affrontando, da sola, lunghi viaggi e lunghi soggiorni nei migliori centri di cura, con sacrifici inimmaginabili, pur di poterla aiutare. Ci legava e ci lega un affetto fortissimo e la consapevolezza di essere, noi due, famiglia, la qual cosa infondeva in mia figlia forza, nonché voglia di lottare e di farcela, nella certezza di avere a fianco me, che non solo l'amavo, ma mi prendevo cura di lei al meglio, la sostenevo, la supportavo, la incoraggiavo, senza mai mollare o arrendermi a tutti gli eventi avversi. Nonostante varie difficoltà che si presentavano, i risultati conseguiti da mia figlia erano piuttosto incoraggianti sotto vari aspetti. In seguito, gradualmente, l'iniziale disagio psichico è sfociato in una vera e propria patologia, ad oggi grave e forse irreversibile, come sembrerebbe. La ragazza, infatti, contro il mio volere, già molti anni orsono veniva deportata e internata in strutture residenziali psichiatriche, ad opera del CSM di riferimento, nelle cui grinfie eravamo nel frattempo finite; esso si è rivelato incapace e senza la minima volontà di mettere in atto una psichiatria territoriale di comunità, come la normativa vorrebbe; infatti, per opportunismi e per squallidi interessi personali degli psichiatri che operano nello stesso CSM (e soprattutto del suo Direttore), i casi più impegnativi sono inviati in strutture residenziali "pesantissime", falsamente chiamate riabilitative, meglio se fuori regione, come nel caso di mia figlia, là segregata DA DIECI LUNGHISSIMI ANNI e vittima di ogni tipo di abusi, privata della dignità e di ogni diritto, nonché ignorata e dimenticata dalle istituzioni, da tutte le istituzioni, e unicamente oggetto di business da parte di soggetti privati che, con soldi pubblici e col beneplacito delle stesse istituzioni, hanno creato luoghi di detenzione psichiatrica, a volte a vita, oltremodo disumani, e che le istituzioni, ai vari livelli, non si premurano mai di controllare, per una verifica dei requisiti e della qualità dell'offerta. In quelle sedicenti strutture 'riabilitative' psichiatriche (come quella in cui si trova mia figlia) convivono autori di reati gravissimi, per la chiusura degli OPG e l'insufficienza delle REMS, tossicodipendenti e pazienti psichiatrici franchi che mai hanno commesso reati. E' impossibile nel presente scritto raccontare, seppur minimamente, l'inferno nel quale mia figlia è costretta a sopravvivere da DIECI ANNI, bombardata da tonnellate di psicofarmaci e senza il benché minimo contatto col mondo esterno. Ciò è potuto accadere soprattutto con la nomina, sei anni orsono, di un' AdS esterna, il cui unico interesse è 'alleggerire' il conto bancario della cosiddetta 'beneficiaria', e tenerla in quel luogo di abusi di ogni genere, con buona pace di tutte le istituzioni, in primis del Giudice Tutelare, così impropriamente denominato. Ben sei anni fa, infatti, nonostante la richiesta di mia figlia, tramite una missiva, di volere la madre, cioè la scrivente, come sua naturale e logica amministratrice di sostegno, e nonostante le numerose e inconfutabili prove documentali sulla mia integrità psichica, fisica e morale e sulla mia assoluta capacità di assolvere tale compito, che altro non era che un prosieguo di anni di totale dedizione all'assistenza e alla cura di mia figlia sotto tutti gli aspetti, il Giudice Tutelare nominava una ADS esterna

alla famiglia, a tempo indeterminato e con poteri esclusivi, senza mai 'sentire' la cosiddetta "beneficiaria". L'ads nominata vive ad oltre 200 (duecento) chilometri dal luogo dove mia figlia è rinchiusa; in sei anni di sua nomina ha intravisto la cosiddetta 'beneficiaria' due o tre volte, in occasioni formali e in seguito a formali istanze legali da me inoltrate. L'ads nominata, per TRE LUNGHISSIMI ANNI mi ha impedito di incontrare la mia unica figlia, che, segregata, isolata, esiliata, privata di tutto, perfino dell'affetto della madre, intanto sprofondava nella gravissima patologia che oggi l'affligge, con estrema noncuranza e negligenza da parte di tutti coloro che sono formalmente preposti alla cura e alla custodia di mia figlia. L'ads nominata, d'accordo con gli operatori della struttura, controlla sfacciatamente, e sempre, ogni parola durante le sporadiche e brevissime telefonate con mia figlia.

L'ads nominata non si è mai rapportata con la cosiddetta beneficiaria, per raccogliergli i bisogni e le aspirazioni. Mia figlia è stata fatta ammalare anche fisicamente; la ragazza, infatti, ha dovuto subire un pesante intervento chirurgico, con l'asportazione totale dell'ovaio sinistro e della salpinge, per la presenza di una grossa massa tumorale, la cui sintomatologia e le cui prescrizioni cliniche da parte di uno specialista sono state pervicacemente e irresponsabilmente disattese, da parte dell'ADS, del Giudice tutelare, dei medici del CSM inviante e della struttura ospitante, nonostante le tante sollecite mie istanze a tutte codeste figure. Negli anni in cui mi veniva impedito di incontrare mia figlia, infatti, da lontano capivo quanto la mia amata congiunta soffrisse anche sotto l'aspetto fisico e, pertanto inoltravo richieste formali affinché facessero visitare la ragazza e compiere gli accertamenti dovuti. Tutte le mie istanze, anche le più accorate, sono state ignorate e disattese. Pur avendo gravissime e innegabili responsabilità di tipo penale, circa l'orrore vissuto da mia figlia e circa il suo attuale grave stato di salute psichica e fisica, il Giudice Tutelare, l'ADS, il CSM e la struttura la fanno franca, sono certi di farla franca, se continuano arrogantemente a perpetrare il loro operato, non controllati o censurati da alcuno. Pur avendo, infatti, più volte pensato di denunciarli, chiedendo giustizia per mia figlia, mi sono finora astenuta perché non ho più nessuna fiducia nella magistratura: rischierei di accrescere la rabbia, il profondo senso di frustrazione e di ingiustizia che mi attanagliano. A questo si aggiunga che da circa due anni, negli uffici della Volontaria Giurisdizione, è vietato l'accesso ai fascicoli telematici perfino ai familiari più stretti dei cosiddetti beneficiari di ADS: ciò a conferma che perfino i genitori (nel nostro caso la madre) non sono nessuno, non esistono, sono cancellati, e intanto si può decidere, indisturbatamente e impunemente, qualsiasi cosa sulla pelle degli amministratori, ma anche dei familiari che hanno molto a cuore la salute e la sorte dei loro cari; così come si può scrivere qualunque menzogna sui familiari stessi, senza che essi possano difendersi ed almeno esercitare il diritto al [contraddittorio](#). L'ADS, intanto, sottrae dal conto bancario di mia figlia numerose somme di denaro, senza alcun controllo da parte del Giudice Tutelare, il quale non tutela altri che la stessa e sola ADS: il Giudice tutelare non conosce affatto mia figlia, non l'ha mai voluta conoscere, non l'ha mai incontrata, in oltre SEI ANNI!

Sono io che, di mio, con molti sacrifici e privazioni personali, provvedo scrupolosamente a tutte le spese riguardanti mia figlia, soprattutto a quelle più ingenti, mentre l'ads esterna 'intasca', senza disturbarsi minimamente, nemmeno a fronte

dei gravissimi danni causati a mia figlia. Perfino le Banche sembrano conniventi con ADS esterni predoni e disonesti: infatti non arrivano più estratti conto all'indirizzo di residenza di mia figlia, così come a quello di altri 'beneficiari, come ho potuto appurare da testimonianze varie. Prima della nomina dell'ADS esterna, infatti, l'Istituto bancario inviava puntualmente estratti conto trimestrali a mia figlia: dalla nomina dell'ads in poi, l'invio a mia figlia di estratti del suo stesso conto bancario è andato gradualmente scemando, fino a scomparire nello scorso anno, e a tutt'oggi. Moltissimo avrei ancora da dire ma, per non dilungarmi ulteriormente, concludo asserendo, senza ombra di dubbio, che i poveri soggetti assurdamente consegnati nelle mani di ADS esterni senza scrupoli e con poteri esclusivi e sostitutivi, nonché i loro congiunti, smettono di essere persone e diventano schiavi di uno Stato ladro e assassino della loro dignità, dei loro diritti costituzionali, della loro salute psichica e fisica e dei loro averi!!!

3.9 Nove mesi sotto procedura: quando la richiesta di Amministrazione di sostegno diventa una gabbia

Tutto è iniziato nell'aprile del 2024, in seguito a un mio ricovero ospedaliero, quando ho ricevuto una convocazione dal Tribunale per la possibile nomina di un amministratore di sostegno, su iniziativa di una persona estranea alla mia cerchia familiare.

La procedura avrebbe potuto concludersi nell'arco di circa due mesi; invece si è protratta per nove mesi, su scelta del giudice.

Alla prima udienza, alla presenza dei miei familiari, tutti contrari all'amministrazione di sostegno, il giudice ha rimesso la decisione al Pubblico Ministero.

Alla seconda udienza, nel mese di giugno, era presente anche il Pubblico Ministero che, dopo avermi ascoltata, si è ritirato ritenendo che il procedimento potesse essere chiuso. Nonostante ciò, il giudice ha disposto una nuova valutazione psichiatrica, giudicando non sufficiente la rinuncia del Pubblico Ministero.

A seguito di questa decisione, il mio avvocato ha depositato una memoria difensiva nella quale veniva dimostrata la mia piena capacità di provvedere sia alle esigenze ordinarie sia a quelle straordinarie della mia vita, richiamando anche la giurisprudenza di riferimento (tra cui: Cass. civ., sez. I, ord. 4 novembre 2022, n. 32542; Corte d'Appello di Genova, sez. III, decreto 24 marzo 2023, n. 168; Cass. civ., sez. I, ord. 31 dicembre 2020, n. 29981).

Alla terza udienza, il giudice, non soddisfatto neppure della valutazione dello psichiatra, ha disposto una perizia da parte di un Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) nominato dal Tribunale.

Per tutelarmi, ho scelto di nominare anche un Consulente Tecnico di Parte (CTP), così da poter confrontare le due perizie. Entrambe le consulenze sono state sostenute interamente a mie spese.

Le due perizie, quella del CTU e quella del CTP, hanno entrambe concluso che non sussistevano ragioni per la nomina di un amministratore di sostegno.

All'udienza del 31 gennaio era nuovamente presente il Pubblico Ministero, che ha esclamato:

«Ma voi cosa ci fate ancora qua?!»

A quel punto, il giudice ha disposto la chiusura della procedura.

Per nove mesi mi sono sentita chiusa in una gabbia. Vivevo le cose senza entusiasmo, costantemente attraversata dal pensiero di come avrei potuto fare, di cosa sarebbe successo se la decisione fosse stata diversa.

Anche i miei familiari hanno vissuto quei nove mesi in uno stato di tensione continua, ritenendo profondamente ingiusto che una persona estranea all'ambito familiare potesse decidere della tutela e del futuro di un'altra persona.

3.10 Dalla vita autonoma alla RSA

Questa testimonianza è raccontata dal punto di vista di una sorella, nominata amministratrice di sostegno con competenze esclusivamente amministrative.

La persona interessata, una donna adulta, ha manifestato fin dall'adolescenza difficoltà comportamentali e nel corso degli anni ha ricevuto diagnosi psichiatriche. Per lungo tempo ha vissuto con i genitori, subendo numerosi ricoveri brevi in reparti psichiatrici, seguiti ogni volta dal rientro a casa. Nonostante le difficoltà, il contesto familiare ha sempre rappresentato per lei un punto di riferimento stabile.

In età adulta le viene proposto l'inserimento in una struttura residenziale fuori dal territorio di riferimento, per carenza di posti disponibili localmente. È la prima volta che vive stabilmente fuori casa. In questo contesto sperimenta un periodo di maggiore autonomia: partecipa alle attività, sviluppa relazioni con altri ospiti e amplia le proprie competenze sociali, superando l'isolamento vissuto in ambito familiare. Dopo alcuni anni viene trasferita in una struttura più vicina alla famiglia, dove rimane per un lungo periodo, con esiti positivi sul piano relazionale e quotidiano.

Nonostante ciò, il Dipartimento di Salute Mentale decide di interrompere il percorso, ritenendo conclusa la possibilità di ulteriori miglioramenti. Viene proposto un progetto di convivenza controllata per più persone fragili, con la nomina di un amministratore di sostegno esterno unico per tutti i beneficiari. La persona inizialmente accetta. Successivamente, senza spiegazioni chiare, viene esclusa dal progetto e la sorella viene nominata amministratrice di sostegno in sua sostituzione.

A seguito di questa esclusione, la persona viene dimessa dalla struttura psichiatrica dopo anni di permanenza e rientra a vivere con i genitori, ormai anziani e con gravi problemi di salute. Da quel momento, l'unica soluzione proposta dai servizi sociali è l'inserimento in una casa di riposo/RSA per anziani, nonostante l'età della persona e la presenza di una patologia psichiatrica che richiederebbe un contesto terapeutico adeguato.

La persona, pienamente capace di esprimersi, manifesta in modo chiaro e reiterato il proprio rifiuto di entrare in una RSA per anziani. Chiede una struttura idonea al suo disagio, con supporto psichiatrico e la possibilità di relazionarsi con persone della propria età. Anche la famiglia sostiene questa richiesta. Nonostante ciò, le sue istanze vengono sistematicamente ignorate.

Inizia così un lungo conflitto tra, da un lato, la volontà della persona e dei familiari e, dall'altro, le decisioni dell'assistente sociale e del giudice tutelare. L'amministratrice di sostegno segnala ripetutamente elementi di grave vulnerabilità: precedenti tentativi di suicidio, importanti patologie fisiche e un rischio sanitario elevatissimo. Tali elementi vengono accolti con indifferenza.

Nel corso dei mesi, l'amministratrice viene più volte minacciata di revoca dell'incarico, sia verbalmente sia per iscritto, qualora non si adegui alla decisione di collocamento in RSA, violando apertamente la volontà della beneficiaria. La misura di protezione giuridica si trasforma così in uno strumento di imposizione, anziché

di supporto.

Durante la pandemia da Covid-19, nonostante il rischio elevatissimo e l'assenza di strumenti di protezione adeguati, non viene presa in considerazione alcuna sospensione o rivalutazione della decisione. La persona viene collocata forzatamente in una casa di riposo prima dei sessant'anni.

Dopo pochi mesi dall'ingresso, nella struttura si sviluppa un focolaio di Covid-19 legato a gravi carenze nella gestione dei protocolli di sicurezza, per le quali risulta avviato un procedimento giudiziario. La persona si contagia e muore in isolamento, senza poter avere accanto i propri affetti, senza poter conoscere il nipote che sarebbe nato di lì a poco.

Negli anni successivi, la sorella ha tentato invano di ottenere approfondimenti sulle ragioni che hanno portato a decisioni tanto lesive del benessere della persona. Dalla documentazione emerge come il trasferimento in RSA abbia comportato uno spostamento dei costi dal sistema sanitario pubblico alla persona stessa e alla famiglia. Rimane il dubbio, mai indagato, che logiche economiche abbiano prevalso sulla tutela dei diritti.

Questa vicenda interroga profondamente il senso delle misure di protezione giuridica e il loro utilizzo concreto. Uno strumento nato per tutelare si è trasformato in una negazione della volontà, dell'autodeterminazione e, infine, della vita stessa.

3.11 Un'amministrazione di sostegno disposta senza ascoltare il diretto interessato: otto mesi di procedimento e una CTU che ne esclude la necessità

Scrivo questa testimonianza come madre di un giovane adulto nei cui confronti era stata disposta, in via urgente, la nomina di un Amministratore di Sostegno.

La vicenda era nata da una segnalazione dei servizi territoriali di salute mentale che, per quanto ho successivamente appreso, sarebbe stata trasmessa al Pubblico Ministero sulla base di informazioni e dichiarazioni provenienti dall' ambito familiare e da soggetti terzi coinvolti nella situazione.

Malgrado quanto affermato dai servizi, io non avevo fatto alcuna segnalazione contro mio figlio. Era accaduto invece che, in passato, ero stata contattata dagli stessi servizi, su impulso di un familiare anziano, e avevo partecipato a due colloqui nei quali avevo semplicemente descritto alcune difficoltà legate al periodo post-pandemico. Non avevo mai parlato di situazioni di pericolo, né avevo scritto o firmato segnalazioni. Successivamente avevo comunicato ai servizi che mio figlio aveva iniziato un percorso psicologico volontario e che non ritenevo necessario un loro intervento. Da quel momento non avevo più avuto contatti con loro.

Nel frattempo, mio figlio aveva mostrato evidenti miglioramenti. Aveva ripreso gradualmente a uscire, viaggiare e partecipare ad attività sociali. Nulla, nella vita quotidiana che condividevamo, era riconducibile a una condizione di grave decadimento o a un' incapacità di provvedere ai propri interessi, come invece era stato descritto mio figlio dai servizi al Pubblico Ministero.

Molto tempo dopo (a distanza di circa due anni dal contatto con i servizi), ricevetti una comunicazione via e-mail da un avvocato che mi informava di essere stato nominato Amministratore di Sostegno provvisorio di mio figlio, sulla base di un decreto urgente del Giudice Tutelare.

Il decreto del GT non era stato neppure notificato, né avevamo ricevuto alcuna notifica preventiva e mio figlio non era stato ascoltato prima dell' adozione del provvedimento. Neppure io e mia figlia, che vivevamo con lui, eravamo state sentite. Si era tenuta un'udienza della quale nessuno di noi tre era stato avvisato: neppure il diretto interessato!

Nel decreto (di cui solo in un secondo momento ho preso visione) venivano utilizzate espressioni quali "grave isolamento sociale", "scarsa cura di sé" e "grave decadimento psico-fisico", descrizioni che non riconoscevo e che, a mio avviso, non corrispondevano alla situazione concreta che vivevo quotidianamente accanto a mio figlio.

Come madre, ciò che mi aveva colpito maggiormente era stata la sottoposizione di mio figlio a una misura così incisiva senza che fosse stato prima ascoltato. Avevo provato un forte senso di impotenza nel leggere nel provvedimento una descrizione della sua persona così distante dalla realtà che conoscevo.

Era stato altrettanto doloroso vedermi indicata come "segnalante" di una situazio-

ne che non avevo mai rappresentato nei termini riportati negli atti, come se le mie parole fossero state trasformate in qualcosa di diverso da ciò che avevo realmente espresso.

A tutto questo si era aggiunto il peso economico delle spese legali sostenute per far emergere la verità, per contestare quella che, ai miei occhi, non era una condizione patologica o pericolosa, ma una situazione personale che avrebbe dovuto essere affrontata attraverso il sostegno e l'ascolto, senza sostituire la volontà di mio figlio.

Nonostante il decreto non fosse ancora stato formalmente notificato, l'Amministratore di Sostegno aveva iniziato a chiedere documenti personali di mio figlio, informazioni sui suoi eventuali conti e sul medico di base, insistendo inoltre per un accesso domiciliare con operatori dei servizi sanitari.

Avevamo quindi incaricato un nuovo difensore: quello individuato inizialmente riteneva che non fosse necessario opporsi al provvedimento, ma poi avevo scoperto che era esso stesso un amministratore di sostegno; tale nuovo difensore aveva presentato reclamo contro il decreto e chiesto la sospensione della sua efficacia. Nonostante ciò, l'Amministratore aveva continuato a sollecitare visite e incontri, in maniera pressante e anche minacciando l'uso della forza pubblica qualora fosse stato impedito l'accesso al domicilio. Tutto ciò accadeva nel periodo delle festività natalizie.

Si era successivamente svolta un'udienza presso la nostra abitazione. Mio figlio aveva parlato con il Giudice in modo sereno e coerente, raccontando delle attività svolte, dei viaggi fatti e delle relazioni coltivate.

Nonostante questo, con un successivo provvedimento era stata disposta una consulenza tecnica d'ufficio (CTU), era stata ordinata la presa in carico da parte dei servizi sanitari e confermata la nomina provvisoria dell'Amministratore di Sostegno. Mio figlio veniva descritto come "gravemente emaciato" ed io ero stata inoltre ammonita a collaborare. Il Giudice, pur trovandosi di fronte una persona diversa da quella che gli era stata descritta, ha avuto evidente difficoltà a "tornare sui suoi passi" e forse la CTU è stata il modo per uscire da una sorta di vicolo cieco (ma sarebbe stato meglio ammettere l'errore piuttosto che proseguire questa vicenda penosa per altri 6 mesi).

La CTU assume quindi un'importanza particolare nella ricostruzione della vicenda, perché il Giudice Tutelare aveva posto al consulente quesiti molto specifici. Non gli era stato chiesto genericamente di esprimere una valutazione sulla condizione di mio figlio, ma di accertare se fosse affetto da uno stato psicopatologico tale da comprometterne la capacità di intendere e di volere e da impedirgli di provvedere alla cura dei propri interessi, oppure da esporlo al rischio di abusive influenze da parte di terzi.

Il CTU doveva inoltre verificare se mio figlio fosse in grado di gestire autonomamente somme di denaro, valutare la congruità delle spese, scegliere criticamente di quali persone fidarsi e occuparsi della propria salute e del proprio patrimonio. Solo nel caso in cui fosse stata riscontrata una sua non autonomia, il consulente avrebbe dovuto indicare quali atti della vita quotidiana non fosse in grado di compiere autonomamente e se fosse sufficiente un'attività di assistenza oppure fosse

necessaria la sostituzione da parte di un Amministratore di Sostegno.

La conclusione della CTU è stata, sotto questo profilo, netta.

Dopo avere esaminato gli atti, svolto gli accertamenti necessari e acquisito e valutato la documentazione ritenuta necessaria, il CTU ha affermato di poter concludere "con alto grado di certezza" che mio figlio non fosse affetto da uno stato psicopatologico che ne compromettesse la capacità di intendere e di volere o gli impedisse di provvedere alla cura dei propri interessi, né che lo esponesse al rischio di abusive influenze sui propri processi volitivi.

Il CTU ha inoltre ritenuto che fosse "assolutamente in grado", sotto il profilo della capacità mentale, di gestire autonomamente somme di denaro, valutare la congruità delle spese rispetto alle proprie esigenze e disponibilità economiche, scegliere criticamente di quali persone fidarsi e occuparsi della cura della propria salute e del proprio patrimonio.

A seguito di questo accertamento, l'Amministrazione di Sostegno è stata chiusa.

Per noi questo passaggio ha avuto un significato molto importante. La valutazione tecnica richiesta dallo stesso Giudice Tutelare ha infatti escluso proprio quelle condizioni che avrebbero potuto giustificare una limitazione della capacità di autodeterminazione e la necessità di un Amministratore di Sostegno.

La vicenda ci ha comunque lasciato un forte senso di amarezza e di impotenza. Mio figlio si è trovato improvvisamente al centro di un procedimento che lo descriveva come incapace e bisognoso di protezione, sulla base di dichiarazioni rese da chi non lo conosceva affatto (i servizi segnalanti infatti mai l'avevano incontrato) e senza che fosse stato neppure ascoltato preventivamente, in modo da poter egli stesso rappresentare direttamente la propria situazione.

Inoltre, io mi sono sentita accusata di avere contribuito all'attivazione di un meccanismo che non avevo mai voluto attivare (questo avevano affermato i servizi nella loro segnalazione al Pubblico Ministero).

Non contesto l'esistenza di strumenti di protezione per le persone che ne abbiano effettivamente bisogno. Ritengo però che una misura così incisiva debba essere fondata su una valutazione concreta, attuale e individualizzata delle capacità della persona e che la sua volontà debba essere ascoltata e presa seriamente in considerazione. L'applicazione di una misura di protezione, con le modalità concrete di questo specifico caso, ha rappresentato solo un'ingiusta compressione di diritti costituzionalmente garantiti e di libertà fondamentali. Tutta questa vicenda ha inoltre causato un trauma profondo nella vita della nostra famiglia e di mio figlio per primo, in quanto per 8 mesi siamo stati letteralmente in balia delle assurdità di un sistema che sembrava non voler sentire ragioni e continuava ad agire in modo sconnesso dalla realtà.

La conclusione della CTU e la successiva chiusura dell'Amministrazione di Sostegno rappresentano, per noi, la conferma dell'importanza di questo principio: la presenza di difficoltà personali o di un percorso di sofferenza non può essere automaticamente tradotta in incapacità di autodeterminarsi e di provvedere ai propri interessi. Inoltre, proprio perché si tratta di misure molto invasive, occorre che

tutte le garanzie vengano rispettate: sarebbe stato sufficiente applicare la legge, ossia sentire il diretto interessato prima di assumere una decisione nei suoi confronti. In questa vicenda, la vita di un ragazzo e della sua famiglia è stata messa in un tritacarne con estrema superficialità.

Scrivo questa testimonianza perché resti traccia non soltanto delle difficoltà vissute dalla nostra famiglia, ma anche di quanto possa essere importante verificare concretamente, attraverso l'ascolto della persona e accertamenti adeguati, se una misura di protezione sia realmente necessaria, proporzionata e attuale.

3.12 Una raccolta di vicende sull'Amministrazione di sostegno pervenuta all'Associazione

Segue una relazione, pervenuta all'Associazione, che raccoglie e mette in relazione diverse vicende riguardanti l'amministrazione di sostegno. Il testo viene riportato come testimonianza e contributo alla documentazione delle criticità segnalate.

La presente relazione è volta a portare a conoscenza la realtà dell'applicazione in Italia della Legge n. 6 / 2004.

La Legge n. 6 del 2004 non fu annunciata da alcun Telegiornale e partì in sordina, diffondendosi progressivamente nel territorio nazionale. Alla sua elaborazione e promozione diede un contributo determinante il giurista Paolo Cendon, al quale si deve la prima elaborazione del progetto di amministrazione di sostegno, risalente al 1986, poi sviluppato attraverso un lungo percorso legislativo culminato nell'approvazione della legge nel 2004. La legge fu introdotta, si disse, per diminuire i casi di interdizione e inabilitazione, e per offrire a persone sole e in difficoltà, in caso di malaugurati eventi, un supporto nell'amministrazione dei propri beni e nei pagamenti di utenze e tributari.

Nella realtà le cose sono ben diverse, ma passerò ad esempi concreti:

-Il Signor **Marco**, più o meno dieci anni fa, a seguito di un incidente domestico, viene soccorso e portato in ospedale. A causa di una sua predilezione per il vino (niente superalcolici), peraltro in un contesto come quello locale, ove in generazioni come la sua esisteva una diffusa cultura del bere vino, viene etichettato come alcolizzato e inviato al Ser.D. Gli viene proposto di accettare un Amministratore di Sostegno per il pagamento delle bollette durante la sua fase di "recupero sociale". Stiamo parlando di un uomo che ha sempre lavorato e mai avuto problemi di adattamento sociale. Marco, viste le premesse poste in questa salsa rosa, mi si passi il termine, accetta con entusiasmo salvo scoprire di non poter più in alcun modo disporre della propria cospicua pensione, non riuscire più neanche a poter mantenere una gattina, non avere contatti con l'amministratore di sostegno che tuttavia percepisce un congruo compenso annuale prelevando dal conto del "beneficiario". Attualmente Marco è rinchiuso in una RSA dalla quale tenta di uscire disperatamente ma con metodo: è propositivo, non beve più da anni, si era trovato un appartamento, si è sottoposto a tutte le verifiche del Ser.D e, avendo problemi di deambulazione dovuti ad una pregressa osteomielite, e non ad alcoolismo cronico come sembra sia stato attestato in documentazione, si era anche trovato un coinquilino come richiesto da che ha ormai in pugno la sua vita di adulto consapevole. Hanno preso tempo: MESI. L'appartamento è sfumato. Marco ha più di settant'anni ed è in piena consapevolezza delle proprie azioni.

Non gli resta che rassegnazione o disperazione perché non vuole chiudere la sua vita così: della sua pensione non vede UN CENTESIMO. Tutto va alla struttura, lui deve contare sulla CARITA' degli amici per un caffè o per una sigaretta, eppure percepisce circa 1780 Euro al mese CHE NON VEDE. Ultimamente l'AdS ha dimenticato di presentare il RED e così Marco riceve meno di quanto gli veniva tributato quando seguiva da solo i suoi interessi.

- **Giulia** è morta l'anno scorso, dopo che il suo amministratore di sostegno l'ha chiusa in una struttura dopo aver messo in vendita la sua casa. Giulia era vedova e viveva sola, ma protetta da una cerchia di amici e parenti FIDATI.

Dopo il malaugurato periodo COVID Giulia ha avuto un brutto infarto e nessuno ha potuto accompagnarla sull'ambulanza: arrivata in Ospedale prima ancora dei Medici è intervenuto il Servizio Sociale che si è impossessato dei suoi effetti personali, chiavi comprese e naturalmente BANCOMAT, si è introdotto in casa sua ripulendo in ogni senso e ha chiesto l'Amministrazione di sostegno. Una volta riavutasi, Giulia si è sentita dire che tutto era nelle sue mani, e che avrebbe potuto dire in una semplicissima udienza (sic) che la misura non le occorreva. Sono passati anni di suppliche, lacrime e avvilitamento. Giulia era una ex infermiera di Sala operatoria, con una bellissima casa e un'ottima pensione. E' morta bloccata in un letto, di crepacuore dopo che la sua casa è stata messa in vendita: parenti ed amici hanno cercato di intervenire presso il Servizio Sociale, ma sono stati INTIMIDITI e ALLONTANATI.

Certo Giulia aveva più di settant'anni ed era diabetica e infartuata, ma non era sola e aveva vita sociale e disponibilità economica.

E' morta in un letto ove era costretta da anni senza una adeguata riabilitazione, negli ultimi mesi chiusa in struttura mentre la sua casa veniva venduta;

-
- **Elena** era sovrappeso e non troppo ben inserita in società: viveva con la madre. Sottoposta ad Amministrazione di Sostegno è morta dopo pochi mesi: sua madre è ancora viva, nessuno l'ha più vista, anche lei è sotto amministrazione;

-
- **Teresa** aveva avuto un litigio con la figlia, ed un vicino ha segnalato la colorita discussione: madre e figlia allontanate, portate in ospedale, allontanate l'una dall'altra, sicché la figlia è stata chiusa in SPDC, da cui è poi uscita dopo soli tre giorni dopo aver chiesto ed ottenuto di parlare con un Dottore al quale non ha nascosto alcun dettaglio. Nel frattempo la mamma è stata posta sotto amministrazione di sostegno.

La situazione della figlia si è chiarita in tempi brevi, la mamma, lucidissima ottantottenne, ha chiesto un avvocato e ha fatto immediatamente opposizione, ma il suo conto è stato requisito, non ha più visto più la sua pensione fino alla sua morte di crepacuore avvenuta a 90 anni dopo 18 operazioni peritali ed appreso che non l'avrebbero mai lasciata in pace. Nel frattempo la figlia, che sono io che scrivo, aveva ottenuto di riavere la mamma con sé, si è sobbarcata tutto, ha ricevuto controlli dalla polizia come se avesse commesso dei crimini. La causa è proseguita, le due donne erano (eravamo) solidali e determinate, ma il GT ha giocato sui tempi e ha incominciato a dire che a 90 anni "una persona non può più pensare a se stessa da sola".

Quindi suppongo sia chiara l'intenzione di collocare progressivamente sotto AdS chiunque non sia più come a vent'anni o trenta.

- **Laura** è una maestra precaria rimasta sola dopo la morte della madre, ed è stata preda della guerra legale di una badante: per venir fuori da questa situazione lei, maestra precaria, resta senza soldi per pagare la successione. E' in sovrappeso, sola, senza soldi e non riesce a badare alla casa, si sente a pezzi ma coltiva vita sociale: ora, in seguito alla "solidarietà" di un estraneo, è chiusa nel reparto psichiatrico, sotto AdS e non decide più nulla di sé.

E dovrei parlare di un uomo arrivato in ospedale per una gamba rotta e ritrovatosi sotto Ads in quanto "non in grado di valutare i rischi" a soli 77 anni...o di due sorelle nubili, anziane e molto abbienti, convinte a nominare un AdS di fiducia. Poi l'incaricato di fiducia si stanca e rinuncia, ma loro non tornano libere, NO: il GIUDICE nomina un avvocato: morte entrambe senza aver riacquisito dignità e libertà.

Tutte queste persone hanno una sola cosa in comune: nessuna di loro è nullatenente, tutte hanno perso la disponibilità dei propri beni.

Alla luce di una casistica assai più numerosa di quanto si possa pensare, alla luce del fatto che NON SI ESCE VIVI da questa MISURA DI PROTEZIONE, viene da chiedersi se non sia un'altra espressione della filosofia del NON AVRAI NULLA E SARAI FELICE, IO PENSERO' A TE. No, grazie.

Ecco perché i TG tacciono: siamo a rischio, TUTTI. E' sufficiente un pronto soccorso, neanche ti avvertono, le notifiche arrivano quando è troppo tardi, in maniera osò dire fraudolenta, per cui riterrei opportuno portare a conoscenza di più persone possibile questo micidiale pericolo che incombe su tutti.

Nel frattempo l'Ufficio del mio Dottore mi conferma il costante aumento di casi di neo "amministrati".

3.13 Storia di M.

M. aveva vent'anni quando venne allontanata dalla sua vita e rinchiusa contro la propria volontà in una struttura definita "Casa Famiglia". Un'espressione che evoca protezione e cura, ma che nella sua esperienza ha significato tutt'altro: isolamento, perdita di libertà, annullamento della volontà personale.

M. era una giovane donna che aveva appena concluso il liceo a indirizzo psicopedagogico e desiderava iscriversi all'università. Aveva progetti, aspirazioni, una vita davanti. Quella vita, però, si è interrotta molto prima della sua morte fisica. Undici anni prima.

La sua vicenda si svolge nel Sud Italia ed è emblematica di un meccanismo che coinvolge migliaia di giovani: l'uso combinato di diagnosi psichiatriche, amministrazione di sostegno e inserimenti in strutture residenziali che diventano, di fatto, luoghi di detenzione a tempo indeterminato.

M. si era rivolta ai servizi territoriali in cerca di ascolto per difficoltà relazionali e familiari. Non chiedeva di essere ricoverata, né di essere privata dei suoi diritti. Rifiutava, piuttosto, una risposta esclusivamente farmacologica ai suoi problemi. Quel rifiuto è stato letto come un sintomo.

Poco dopo, ricevette una notifica dal Tribunale: era stato avviato un procedimento per la nomina di un'amministrazione di sostegno. **M.** si oppose con chiarezza. Davanti al giudice spiegò di condurre una vita autonoma, di frequentare la scuola, di avere relazioni sociali, di non voler assumere psicofarmaci perché la rendevano spenta, confusa, diversa da sé stessa.

Quelle parole non furono sufficienti.

Senza una consulenza tecnica di parte, senza un accertamento indipendente, venne nominata un'amministratrice di sostegno. Nel decreto si parlava di "gravi turbe comportamentali" e di "manifestazioni psicotiche". Una definizione che non corrispondeva alla realtà clinica, ma che aprì la strada a decisioni irreversibili.

Nel giro di pochi mesi, **M.** venne inserita in una "Casa Famiglia". Aveva appena compiuto vent'anni.

Da quel momento iniziò un percorso fatto di trasferimenti tra diverse strutture, ricoveri ospedalieri ripetuti, terapie psicofarmacologiche incessanti, spesso sedative. **M.** tentava di fuggire. Scappava a piedi, per chilometri. Ogni volta veniva rintracciata e riportata indietro con l'intervento delle forze dell'ordine.

Le relazioni ufficiali parlavano di "allontanamenti non autorizzati", di "agitazione", di "scarsa adesione al progetto". Non parlavano mai della sua volontà, espressa in modo costante e lucido: non voleva stare lì.

I contatti con l'esterno erano limitati, ostacolati, talvolta negati. Anche un semplice saluto era subordinato all'autorizzazione dell'amministrazione di sostegno. Le visite venivano impediti, le telefonate controllate. Ogni parola pronunciata da **M.** veniva reinterpreta, riscritta, ribaltata nelle relazioni degli operatori.

Testimonianze esterne descrivono una ragazza triste, isolata, costretta ad assumere farmaci contro la sua volontà. Una giovane donna che chiedeva solo di essere ascoltata.

Negli anni, **M.** provò più volte a chiedere aiuto. Tentò di ottenere la revoca dell'amministrazione di sostegno o almeno la sostituzione della persona che decideva per lei. Chiese una perizia indipendente. Chiese di poter scegliere. Espresse il rifiuto dei farmaci, denunciando come le alterassero il corpo e la mente. Manifestò paura per l'ambiente in cui era costretta a vivere.

Anche queste richieste furono respinte.

La sua volontà, pur chiaramente espressa, non ebbe alcun peso.

Dopo undici anni trascorsi tra strutture e ricoveri, a trentun anni **M.** è morta. La sua morte è avvenuta a seguito dell'assunzione massiccia di psicofarmaci. Un gesto estremo, maturato in una condizione di esasperazione, segregazione e assenza di prospettive.

Ma la sua vita era stata spezzata molto prima. Il giorno in cui, "per il suo bene", le era stato tolto il diritto di decidere.

La storia di **M.** non è un'eccezione. È il risultato di un sistema che, pur dichiarando finalità di tutela e protezione, consente percorsi di istituzionalizzazione senza fine, fondati su decisioni prese al posto delle persone, contro la loro volontà, senza reali possibilità di uscita.

È una storia che interroga profondamente il senso delle misure di protezione giuridica, dell'amministrazione di sostegno e delle strutture residenziali, quando queste diventano strumenti di annullamento dell'identità e della libertà personale.

M. non chiedeva di essere salvata. Chiedeva di essere ascoltata.

Misure di sicurezza

4.1 Misure di sicurezza psichiatriche: la persistenza del paradigma della pericolosità sociale

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), avviata con la legge n. 81 del 2014, è stata presentata come una svolta storica nel superamento di istituzioni che, per decenni, hanno rappresentato uno dei luoghi più drammatici della negazione dei diritti delle persone autrici di reato sottoposte a misure di sicurezza in ambito psichiatrico. Le Residenze per l' Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), istituite in sostituzione degli OPG, avrebbero dovuto segnare il passaggio da una logica custodialistica a un modello centrato sulla cura, sulla temporaneità della misura e sul rispetto della dignità della persona.

A oltre dieci anni dalla chiusura degli OPG, tuttavia, emerge con sempre maggiore evidenza come il superamento delle strutture manicomiali non abbia comportato il superamento del paradigma giuridico e culturale che ne aveva giustificato l' esistenza. La *pericolosità sociale*, introdotta dal Codice Rocco del 1930 e ancora oggi al centro del sistema delle misure di sicurezza, continua infatti a consentire limitazioni della libertà personale fondate non su comportamenti attuali, ma sulla previsione di condotte future ritenute potenzialmente pericolose.

L' attuale sistema delle misure di sicurezza psichiatriche si fonda sull' intreccio tra due concetti particolarmente controversi: da un lato, la valutazione della capacità di intendere e di volere della persona al momento del fatto; dall' altro, la prognosi relativa alla sua futura pericolosità sociale. Entrambe queste valutazioni, pur producendo conseguenze gravissime sulla libertà personale, si basano su valutazioni che presentano inevitabili margini di incertezza e discrezionalità.

La ricerca scientifica contemporanea ha progressivamente messo in discussione l'idea che una diagnosi psichiatrica consenta di prevedere con sufficiente affidabilità il comportamento futuro di una persona. Le categorie diagnostiche oggi in uso hanno prevalentemente natura descrittiva e non consentono di stabilire un rapporto causale certo tra una diagnosi e la commissione di un determinato comportamento, mentre numerosi studi hanno evidenziato come la maggior parte delle persone con diagnosi psichiatriche severe non ponga in essere condotte violente e come il rischio di violenza sia fortemente influenzato da fattori sociali, relazionali, ambientali e biografici, ben oltre la semplice appartenenza a una categoria diagnostica.

Nonostante tali criticità, il sistema delle misure di sicurezza continua a operare attraverso un meccanismo che produce una radicale trasformazione dello status della persona: essa viene contemporaneamente considerata non pienamente responsa-

bile delle proprie azioni e, proprio per questo, sottoposta a limitazioni della libertà personale potenzialmente più durature della pena prevista per il reato commesso.

In questo quadro, la condizione di semimputabilità merita un'attenzione particolare. La persona riconosciuta come parzialmente capace di intendere e di volere viene infatti sottoposta, da un lato, a una pena detentiva ridotta; dall'altro, all'applicazione di una misura di sicurezza fondata sulla prognosi di pericolosità sociale. Ne consegue che, mentre nella generalità dei casi il soggetto pienamente imputabile è destinatario della sola pena, il semimputabile può essere sottoposto sia alla pena ridotta sia a una misura di sicurezza e ciò può tradursi in una privazione della libertà personale di durata complessiva maggiore rispetto a quella che subirebbe un autore di reato senza diagnosi psichiatrica. La dichiarazione di semimputabilità, lungi dal costituire un presidio di garanzia, rischia così di diventare il presupposto per un incremento del controllo e per un prolungamento della restrizione, giustificati da valutazioni prognostiche intrinsecamente incerte.

Il rischio non riguarda soltanto la trasformazione di queste misure in veri e propri "ergastoli bianchi", resa possibile dalla mancata o meramente formale revisione dello status di pericolosità psichiatrica, ma investe anche la legittimità costituzionale di una doppia pena : il carcere prima e la misura di sicurezza poi, in una sequenza sanzionatoria che riproduce il cosiddetto *doppio binario* introdotto dal Codice Rocco e pone in discussione i principi di eguaglianza sanciti dall'articolo 3 della Costituzione. Questa anomalia non riguarda infatti solo le persone dichiarate semimputabili, ma può coinvolgere anche i soggetti pienamente imputabili, che, una volta espiata la pena, restano sottoposti a ulteriori misure di sicurezza fondate sulla pericolosità (come l'assegnazione a una colonia agricola o a una casa di lavoro), con l'effetto di rendere la risposta dell'ordinamento più lunga e più gravosa rispetto alla pena formalmente irrogata. In questa sezione, tuttavia, l'attenzione resta concentrata sulle misure di sicurezza psichiatriche, dove il paradigma della pericolosità sociale si salda più direttamente alla diagnosi e alla limitazione dell'autodeterminazione.

La chiusura degli OPG ha inoltre prodotto un fenomeno che potremmo definire di trasformazione delle forme del controllo, più che di loro superamento. Alla detenzione manicomiale si sono sostituite nuove forme di restrizione della libertà personale, spesso meno visibili ma non necessariamente meno invasive. Accanto alle REMS, assumono un ruolo sempre più rilevante le misure di sicurezza non detentive, e in particolare la libertà vigilata, che può tradursi nella pratica in obblighi di dimora, permanenze forzate in comunità terapeutiche, trattamenti farmacologici imposti o fortemente condizionati, controlli continuativi e reiterate valutazioni di pericolosità sociale.

Come abbiamo avuto modo di osservare nel corso della nostra attività associativa, il rischio è quello di una vera e propria "truffa delle etichette": cambiano i nomi delle istituzioni e delle misure, ma possono permanere dinamiche sostanzialmente analoghe di controllo, dipendenza e limitazione dell'autodeterminazione. L'internamento diventa "progetto terapeutico", la custodia diventa "presa in carico", la coercizione viene ridefinita come "protezione", mentre la persona continua a sperimentare la perdita della libertà e della capacità di decidere della propria vita.

Le testimonianze raccolte in questo dossier mostrano inoltre un ulteriore aspetto critico del sistema: la tendenza alla cronicizzazione istituzionale. Persone sottoposte a misure di sicurezza raccontano percorsi che si protraggono per anni, talvolta per decenni, caratterizzati dalla perdita del lavoro, delle relazioni affettive, delle risorse economiche, della possibilità di progettare il futuro e, progressivamente, della stessa identità sociale. La permanenza in strutture residenziali o comunitarie, spesso accompagnata da trattamenti farmacologici protratti e da continue rivalutazioni della pericolosità, può trasformarsi in un percorso dal quale appare sempre più difficile uscire.

Le testimonianze che seguono mostrano anche un altro elemento ricorrente: la percezione, da parte delle persone coinvolte, di essere state private non soltanto della libertà personale, ma anche della possibilità di essere ascoltate, credute e riconosciute come soggetti titolari di diritti e di responsabilità. La dichiarazione di non imputabilità e la conseguente attribuzione di una condizione di pericolosità sociale possono infatti produrre una forma di espropriazione della soggettività, nella quale la persona perde progressivamente la possibilità di partecipare alle decisioni che riguardano la propria vita.

L'obiettivo di questa sezione del dossier non è negare la complessità delle situazioni che possono condurre all'applicazione delle misure di sicurezza, né sottovalutare le esigenze di tutela della collettività. Il suo intento è, piuttosto, promuovere una riflessione critica sulla compatibilità dell'attuale sistema con i principi costituzionali, con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) e con le più recenti acquisizioni scientifiche in materia di salute mentale, responsabilità individuale e autodeterminazione.

Le testimonianze raccolte in questo dossier non rappresentano soltanto vicende individuali. Esse costituiscono la denuncia di un sistema che continua a consentire limitazioni della libertà personale fondate su categorie diagnostiche controverse, su valutazioni prognostiche intrinsecamente incerte e su un concetto di pericolosità sociale la cui legittimità scientifica, giuridica ed etica appare oggi più che mai oggetto di discussione.

Le pagine che seguono danno voce a persone che, pur attraverso percorsi differenti, condividono una medesima esperienza: quella di essersi sentite private della possibilità di decidere della propria vita e del proprio futuro.

4.2 Quando la comunità diventa una forma di detenzione

Tutto ha avuto inizio nel 2020, quando è nata una grave situazione di conflittualità con alcuni vicini di casa, che mi accusavano di presunte molestie nei loro confronti. Nel tempo il clima è diventato sempre più teso, fino a sfociare in un episodio particolarmente grave, durante il quale uno dei vicini mi ha aggredito fisicamente con un crick dentro casa mia.

Successivamente i vicini hanno presentato denuncia nei miei confronti. Nell'ambito del procedimento è stata disposta una perizia psichiatrica che, a mio avviso, si è fondata essenzialmente sulle loro dichiarazioni e mi ha attribuito una patologia psichiatrica.

Dopo l'aggressione subita mi sono rivolto alle forze dell'ordine con l'intenzione di denunciare quanto era accaduto. Invece di raccogliere la mia denuncia, sono stato accompagnato presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), dove è stato disposto il mio ricovero in SPDC, mi hanno contenuto subito, nonostante ero tranquillo e avevo la gamba gonfia e dolorante per i colpi ricevuti dal vicino con la mazza di ferro. Il motivo della contenzione mi avevano detto i medici, era perché non ero un paziente noto. Sono rimasto legato al letto per tre giorni. La mia famiglia e' stata fatta entrare in reparto dopo 20 giorni, in SPDC sono rimasto in tutto due mesi, perché dovevano cercarmi la comunità richiesta dalla consulente del pm.

Questa consulente e' arrivata in commissariato la stessa mattina della lite con il vicino, gli agenti mi avevano consegnato a casa l'invito a presentarmi in questura da solo, la settimana prima. Non mi hanno informato che attendermi ci sarebbe stata questa consulente per farmi la perizia psichiatrica.

È quindi seguito il procedimento penale. Ho avuto la sensazione che fin dall'inizio l'attenzione si sia concentrata principalmente sulla presunta presenza di un disturbo psichiatrico, sostenuta da numerose consulenze e perizie. Anche la mia famiglia, in particolare mia madre e mia sorella, è stata di fatto esclusa dal percorso che mi riguardava. Il cps dato che erano contrastanti e di intralcio aveva chiesto al giudice la nomina di un amministratore provvisorio.

Nella prima comunità ho subito violenza da parte di due pazienti violenti e da due operatori, sono dovuto andare al pronto soccorso. Ho sporto denuncia contro gli operatori e mi hanno rispedito in SPDC, dove sono stato altri tre mesi, in attesa di nuova collocazione comunitaria.

Nella seconda comunità e' stato peggio, totale privazione di ogni libertà, ci tenevano segregati dentro, costretti a stare seduti tutto il giorno, alcuni venivano picchiati dagli operatori anche se erano sulla sedia a rotelle, per una settimana ho sofferto di lombalgia, non potevo sdraiarmi a letto fuori dagli orari previsti, le regole erano carcerarie, il cellulare mai tenuto, sequestrato subito, le telefonate ai miei familiari erano tre a

settimane nei giorni feriali da 10 minuti, con il telefono della comunità e sotto il controllo della psicologa.

Dopo avere denunciato anche questa comunità sono stato riportato un'altra volta come un pacco al mittente in SPDC. Rimanendo parcheggiato questa volta sette mesi e mezzo prima di essere collocato in un'altra. Sicuramente è stata una forma punitiva.

Nel 2025, quando mi trovavo già da tempo inserito in una comunità terapeutica, sono stato riconosciuto responsabile dei reati di atti persecutori, minacce e lesioni personali nei confronti dei vicini di casa. Contestualmente sono stato dichiarato incapace di intendere e di volere e ritenuto socialmente pericoloso.

A tale dichiarazione è seguita l'applicazione della misura di sicurezza della libertà vigilata. Nel mio caso, tuttavia, essa non si è tradotta nella forma ordinariamente prevista, ma nell'obbligo di permanenza presso una comunità terapeutica, una condizione che continua ormai da anni e che vivo come una vera e propria limitazione della mia libertà personale.

Il mio desiderio più grande è poter tornare a vivere con la mia famiglia, con la quale mantengo un legame profondo e affettuoso. Sono convinto che, in un ambiente familiare sereno e accogliente, avrei maggiori possibilità di ricostruire la mia vita e di affrontare responsabilmente quanto accaduto. Ho ancora molti anni davanti a me e credo di meritare la possibilità di dimostrare che un percorso diverso è possibile.

4.3 Misura di sicurezza e percorsi coercitivi

La misura di sicurezza applicata alla persona è stata eseguita in due strutture differenti nel corso di due anni.

Il primo anno si è svolto in una struttura di tipo ReGIA (Residenza per Giovani Adulti), dalla quale non era prevista alcuna possibilità di uscita. Il secondo anno è stato trascorso in una residenza psichiatrica “aperta”, nella quale la persona poteva uscire per svolgere un tirocinio concordato con la struttura.

Verso la fine del secondo anno, la persona si è allontanata dalla struttura senza autorizzazione. Successivamente è stata rintracciata dalle forze dell’ordine e ricoverata in un SPDC, dove è rimasta in attesa di conoscere le modalità di prosecuzione della misura di sicurezza.

Nel corso della permanenza in entrambe le strutture si sono verificati diversi ricoveri in SPDC e in una clinica privata convenzionata, in genere a seguito di episodi definiti come “agitazione psicomotoria”. Tali episodi emergevano soprattutto durante discussioni legate alla somministrazione della terapia farmacologica antipsicotica, che la persona rifiutava di assumere per timore degli effetti collaterali già sperimentati in passato.

La misura di sicurezza era stata inizialmente disposta per un anno e successivamente prorogata per un ulteriore anno dal magistrato di sorveglianza.

L’origine della misura risale a una denuncia per “maltrattamenti in famiglia” presentata dai genitori. Nella denuncia si faceva riferimento, in un arco temporale compreso tra i 18 e i 25 anni della persona, a conflitti familiari caratterizzati da aggressioni verbali, minacce, richieste di denaro, episodi di distruzione di oggetti e, in alcune occasioni, contatti fisici.

Già a 18 anni la persona aveva subito un primo TSO ed era stata presa in carico dai servizi territoriali. Nel tempo si erano susseguiti ulteriori ricoveri, anche in regime di TSO. Durante questa presa in carico non si era mai instaurata una reale convinzione, da parte della persona, dell’utilità della terapia farmacologica, soprattutto a causa di effetti indesiderati quali ottundimento mentale, perdita di vitalità e difficoltà di concentrazione.

Dopo la denuncia, a seguito di un nuovo ricovero, un consulente tecnico d’ufficio ha formulato una diagnosi di schizofrenia, dichiarando la persona incapace di intendere e volere al momento dei fatti e socialmente pericolosa, anche in ragione del rifiuto della terapia farmacologica. In precedenza, tuttavia, erano state formulate diagnosi differenti (psicosi, disturbo di personalità, disturbo da uso di sostanze).

Durante la permanenza in struttura, il percorso è apparso fortemente centrato sull’obbligo farmacologico, spesso imposto contro la volontà della persona. Le richieste di sospensione o modifica della terapia, motivate dagli effetti collaterali, hanno generato conflitti con il personale e ulteriori ricoveri.

Nel secondo anno, pur essendo presenti attività riabilitative, è rimasta la dimensione coercitiva legata all’assunzione dei farmaci.

Nel tempo, anche gli operatori hanno avviato una revisione diagnostica, giungendo

a escludere la schizofrenia e a formulare una diagnosi di disturbo di personalità. Nonostante ciò, il rifiuto della terapia è stato spesso interpretato come “mancanza di consapevolezza di malattia”. In alcuni documenti il magistrato ha esplicitamente imposto l’obbligo di assumere la terapia prescritta.

Dopo due anni, non emergono miglioramenti significativi nelle condizioni di vita della persona. Al contrario, il vissuto riferito è quello di un’ingiustizia subita, di una condizione senza via d’uscita e di un’esperienza percepita come coercitiva e distruttiva, con pensieri di morte e profonda sfiducia verso la psichiatria e le istituzioni.

Alla fine del secondo anno, si prospetta una possibile ulteriore proroga della misura di sicurezza.

4.4 Trent'anni di psichiatria, fino alla misura di sicurezza

Per oltre trent'anni ho vissuto le conseguenze di un percorso psichiatrico che, a mio avviso, ha compromesso la mia salute, il mio lavoro, le mie relazioni e la mia libertà personale.

Nel 1994, su consiglio dei familiari, mi rivolsi volontariamente ai servizi psichiatrici. Dopo alcuni anni iniziai una terapia con flufenazina e successivamente con Moditen Depot, trattamento che sarebbe proseguito per oltre vent'anni. Convivevo già con un'epatite C e, secondo la mia esperienza e convinzione, i trattamenti farmacologici ricevuti hanno contribuito all'aggravamento delle mie condizioni epatiche. Nel 2021 la cirrosi di cui soffrivo si trasformò in cirrosi macronodulare. Ritengo particolarmente grave il fatto che, nonostante le raccomandazioni ricevute da specialisti epatologi di utilizzare il minor dosaggio possibile e farmaci meno epatotossici, mi sia stata prescritta una terapia che considero ancora più dannosa per il fegato.

Nel corso degli anni ho subito numerosi ricoveri e TSO. Ho perso cinque lavori, tre in Italia e due all'estero. Le conseguenze economiche sono state tali da rendermi impossibile sostenere le spese legali necessarie per proseguire le iniziative che avevo intrapreso nei confronti dei servizi psichiatrici. Progressivamente mi sono sentito privato degli strumenti necessari per difendere i miei diritti e contestare decisioni che ritenevo ingiuste.

Nel 2020, dopo avere segnalato ai servizi materiali critici nei confronti dell'industria farmaceutica e dopo avere manifestato le mie contestazioni riguardo ai trattamenti ricevuti, fui sottoposto a un TSO che durò l'intero mese di giugno. Da quel momento la mia sfiducia nei confronti dei servizi aumentò ulteriormente. Negli anni ho sviluppato una forte paura dei ricoveri e delle pratiche coercitive, arrivando ad associare il suono delle sirene e la vista dei mezzi sanitari al rischio di un nuovo TSO.

Nel frattempo si aggiunsero le difficoltà derivanti dall'amministrazione di sostegno. L'amministratore non provvedeva regolarmente ai pagamenti e risultava spesso difficile da contattare. Mi ritrovai in più occasioni senza disponibilità economica e con problemi pratici che non riuscivo a risolvere. In questo contesto di crescente esasperazione, arrivai a danneggiare la porta dell'ufficio dell'amministratore di sostegno. Non ho mai aggredito fisicamente nessuno nel corso della mia vita, ma mi trovavo in una condizione di forte rabbia e frustrazione dopo anni di conflitti con i servizi e di progressiva perdita di autonomia.

Nel 2022 fui sottoposto a un lungo TSO e successivamente collocato in una Comunità Terapeutica Riabilitativa Psichiatrica (CTRP). Ho trascorso quasi tre anni in una struttura di tipo A e dal marzo 2025 sono collocato in una CTRP di tipo B. Attualmente permane una misura collegata alla valutazione della mia pericolosità sociale, con permanenza obbligatoria in struttura fino al 2027.

Nel corso della permanenza in comunità mi è stata somministrata terapia 'depot' e attualmente ricevo Clopixol ogni ventotto giorni. Le conseguenze fisiche che attribuisco a questi trattamenti, in particolare in relazione alla mia patologia epatica,

rappresentano per me una sofferenza costante. Vivo inoltre con il timore che tali trattamenti possano aggravare ulteriormente una condizione che considero già molto compromessa.

Nel corso della mia vita ho sviluppato studi e ricerche personali che considero importanti. Ritengo che tali interessi e convinzioni siano stati interpretati come manifestazioni patologiche e abbiano contribuito alla costruzione di una diagnosi psichiatrica che contesto da anni.

Oggi vivo con la sensazione di essere stato progressivamente privato della possibilità di decidere della mia vita e del mio futuro. La mia testimonianza nasce soprattutto da una richiesta: che altre persone non debbano vivere esperienze simili alla mia. A mio avviso, troppe persone subiscono conseguenze gravissime a causa di trattamenti e percorsi imposti senza che la loro voce venga realmente ascoltata.

Conclusioni

5.1 I meccanismi strutturali dell'abuso

I casi presentati nelle diverse sezioni del Dossier non appaiono, nel loro insieme, come episodi completamente isolati. Le testimonianze raccolte in territori e contesti differenti restituiscono infatti alcuni meccanismi ricorrenti attraverso i quali strumenti nati con finalità di cura, protezione o sicurezza possono tradursi, nella pratica, in limitazioni dell'autonomia, della libertà personale e della capacità della persona di incidere sulle decisioni che la riguardano. Il Dossier non pretende di stabilire, sulla base delle sole testimonianze, la responsabilità dei singoli operatori o la frequenza statistica delle singole condotte. Intende piuttosto mettere in evidenza pattern ricorrenti che meritano di essere verificati e affrontati anche sul piano istituzionale.

5.1.0.1 La soglia di attivazione eccessivamente bassa

Uno degli elementi che ricorrono nelle esperienze raccolte riguarda le circostanze che possono precedere l'attivazione di un TSO, di un'amministrazione di sostegno, di un ricovero o di una misura di sicurezza. In diversi casi, le persone raccontano che l'intervento istituzionale sia stato attivato nel contesto di conflitti familiari, comportamenti ritenuti non conformi, rifiuto di trattamenti sanitari, difficoltà emotive o relazionali oppure situazioni considerate difficili da gestire.

Il problema che emerge non riguarda necessariamente la legittimità di ogni singolo intervento, che deve essere valutata sulla base dei fatti e della documentazione del caso concreto, ma il rischio che valutazioni ampie, soggettive o non sufficientemente verificate diventino il punto di partenza di limitazioni significative della libertà e dell'autonomia.

Quando il dissenso, la difficoltà o un comportamento considerato problematico vengono interpretati direttamente come prova di incapacità, pericolosità o necessità di protezione, si produce una trasformazione particolarmente grave: la condizione che dovrebbe essere ascoltata e compresa diventa essa stessa il motivo per limitare i diritti della persona.

5.1.0.2 L'uso del sapere medico come strumento di potere

Un secondo meccanismo riguarda il ruolo attribuito alla valutazione psichiatrica. Nelle testimonianze raccolte, alcune persone descrivono la diagnosi non co-

me uno degli elementi attraverso i quali comprendere la propria situazione, ma come uno strumento capace di determinare in anticipo il significato di ciò che successivamente diranno o faranno.

Una volta attribuita un'etichetta diagnostica, la protesta può essere interpretata come sintomo, una richiesta di aiuto come manipolazione, il dissenso rispetto a una terapia come incapacità di comprendere il proprio interesse e il tentativo di contestare una misura come ulteriore conferma della condizione che l'ha determinata.

Si crea così un meccanismo circolare nel quale più la persona protesta per difendere la propria libertà, più la sua protesta rischia di essere interpretata come prova della propria incapacità di esercitarla. In questo modo il sapere specialistico può assumere una funzione che va oltre quella propriamente sanitaria e diventare, di fatto, uno strumento attraverso il quale la parola della persona perde valore proprio nel momento in cui essa cerca di opporsi alla limitazione dei propri diritti.

5.1.0.3 La cancellazione della volontà

Un ulteriore elemento ricorrente riguarda la distanza tra la volontà espressa dalla persona e le decisioni che vengono assunte nei suoi confronti. Formalmente, la volontà della persona dovrebbe avere un ruolo centrale nelle decisioni che riguardano la sua vita, la sua salute e le sue relazioni. Le testimonianze raccolte descrivono invece situazioni nelle quali la persona dichiara chiaramente ciò che vuole, ma le sue decisioni vengono sostituite da ciò che familiari, operatori, amministratori o autorità ritengono essere nel suo interesse.

Quando questo meccanismo si consolida, la protezione rischia di trasformarsi in sostituzione. La persona non viene più messa nelle condizioni di esercitare i propri diritti con il sostegno necessario, ma viene progressivamente privata della possibilità di decidere, mentre altri assumono il ruolo di interpreti della sua volontà e dei suoi interessi.

Il problema non è quindi soltanto la singola decisione assunta contro la volontà della persona, ma un modello nel quale la volontà della persona perde progressivamente il proprio valore proprio perché viene considerata incapace di esprimere ciò che realmente vuole.

5.1.0.4 L'irreversibilità del sistema

Infine, molte testimonianze descrivono la difficoltà di uscire dai percorsi istituzionali una volta che questi siano stati attivati. L'ingresso in un circuito di amministrazione di sostegno, ricovero psichiatrico, struttura residenziale o misura di sicurezza può determinare una situazione nella quale ogni successiva richiesta di cambiamento deve essere valutata all'interno dello stesso sistema che ha prodotto o mantiene la misura.

In alcuni racconti, i tentativi di opposizione vengono percepiti come ulteriori conferme della necessità di controllo; le richieste di revoca o di riduzione delle limitazioni diventano percorsi lunghi e complessi; la persona incontra difficoltà nel recuperare pienamente il controllo sulle proprie decisioni, sulle proprie relazioni, sulla propria casa o sulle proprie risorse economiche.

Il sistema rischia così di diventare autoreferenziale: controlla, valuta e giudica la stessa persona che è sottoposta al controllo, rendendo particolarmente difficile ottenere una valutazione realmente indipendente della necessità e della proporzionalità della misura.

Quello che emerge dalle testimonianze non è quindi soltanto un insieme di possibili errori individuali, ma la necessità di interrogarsi sul funzionamento complessivo di strumenti che, quando vengono applicati senza limiti sufficientemente chiari, garanzie effettive e controlli indipendenti, possono produrre segregazione, isolamento sociale, perdita del controllo sui propri beni e compressione dei diritti civili fondamentali.

Si crea così una zona nella quale la persona può non essere formalmente detenuta e, nello stesso tempo, può non sentirsi realmente libera di decidere della propria vita.

5.2 Profili di rilievo alla luce della CEDU e della CRPD

Le esperienze raccolte nel Dossier sollevano inoltre questioni che riguardano direttamente il sistema internazionale di protezione dei diritti umani. In particolare, le situazioni descritte possono coinvolgere le garanzie previste dalla **Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU)** e dalla **Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD)**.

Non si intende affermare che ogni singola testimonianza costituisca automaticamente la prova di una violazione di una specifica disposizione. La qualificazione giuridica richiede l'esame del caso concreto e della relativa documentazione. Le testimonianze, considerate nel loro insieme, evidenziano tuttavia alcune aree di particolare attenzione rispetto agli obblighi internazionali assunti dall'Italia.

5.2.0.1 Divieto di tortura e di trattamenti inumani o degradanti

L'**articolo 3 CEDU** stabilisce che nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti. Si tratta di una garanzia assoluta, che assume particolare rilievo nelle situazioni nelle quali una persona si trova sottoposta a coercizione, privata della libertà o affidata a una struttura dalla quale non può liberamente allontanarsi.

Nel contesto psichiatrico, il divieto assume particolare importanza rispetto alle modalità concrete con cui vengono effettuati i trattamenti e utilizzati i mezzi di coercizione. Contenzione meccanica, sedazione, somministrazione forzata di farmaci, isolamento, condizioni di ricovero e altre pratiche devono quindi essere valutati

anche alla luce del rischio che possano determinare trattamenti contrari all'articolo 3, tenendo conto delle circostanze concrete, della durata, delle modalità di applicazione e delle garanzie previste.

È proprio in relazione alla prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti che si colloca il lavoro del **Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT)**. Il CPT svolge visite nei luoghi di privazione della libertà, comprese le strutture psichiatriche e socio-sanitarie, per esaminare le condizioni concrete in cui si trovano le persone private della libertà e formulare raccomandazioni volte a prevenire abusi e maltrattamenti. I suoi standard sulla contenzione, sul ricovero involontario, sulle garanzie procedurali e sulle condizioni di trattamento sono quindi strumenti di prevenzione funzionali a rendere effettivo il rispetto dell'articolo 3 CEDU.

Le testimonianze raccolte nel Dossier assumono particolare rilievo proprio quando descrivono contenzioni protratte, sedazioni intense, trattamenti farmacologici contro la volontà della persona, isolamento, umiliazioni o altre forme di coercizione. Anche in questi casi, l'accertamento di un'eventuale violazione dell'articolo 3 richiede naturalmente la valutazione delle circostanze specifiche di ciascuna vicenda; il Dossier intende però segnalare situazioni che meritano attenzione e verifica alla luce degli standard europei di prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti.

5.2.1 Libertà personale e sicurezza

L'**articolo 5 CEDU** tutela il diritto alla libertà e alla sicurezza della persona e stabilisce che ogni privazione della libertà debba avvenire nei casi previsti dalla Convenzione e secondo una procedura stabilita dalla legge. La persona privata della libertà deve inoltre poter ottenere rapidamente un controllo giudiziario sulla legittimità della privazione della libertà.

Queste garanzie assumono particolare rilievo nei casi di ricovero psichiatrico involontario, ma anche rispetto ad altre situazioni nelle quali una persona può trovarsi concretamente impossibilitata ad allontanarsi da una struttura o a determinare autonomamente le condizioni della propria permanenza. Per questo motivo, nell'analisi delle testimonianze non è sufficiente considerare soltanto la denominazione formale della misura: occorre verificare la concreta possibilità della persona di lasciare il luogo nel quale si trova e gli strumenti effettivamente disponibili per contestare la restrizione.

La questione assume una dimensione ancora più ampia alla luce dell'**articolo 14 CRPD**, che tutela il diritto delle persone con disabilità alla libertà e alla sicurezza e stabilisce che l'esistenza di una disabilità non possa costituire, di per sé, una giustificazione della privazione della libertà.

5.2.2 Vita privata, familiare e autodeterminazione

L'**articolo 8 CEDU** tutela il rispetto della vita privata e familiare, della casa e delle comunicazioni. Le misure che incidono sulla possibilità di scegliere dove vivere, mantenere rapporti con familiari e altre persone, organizzare la propria vita quotidiana o disporre della propria sfera personale possono quindi assumere rilievo anche sotto questo profilo. Ogni ingerenza deve essere prevista dalla legge e rispettare i requisiti di necessità e proporzionalità stabiliti dalla Convenzione.

La CRPD rafforza questa tutela attraverso l'**articolo 19**, che riconosce il diritto delle persone con disabilità a vivere indipendentemente e a essere parte della comunità, scegliendo il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere su base di uguaglianza con gli altri. Il Comitato ONU ha chiarito che l'istituzionalizzazione, compresa quella forzata, è incompatibile con il diritto di vivere indipendentemente e nella comunità e ha collegato questo principio ai processi di deistituzionalizzazione.

Assumono inoltre rilievo l'**articolo 23 CRPD**, relativo al rispetto della casa e della famiglia, e le situazioni nelle quali interventi sanitari, sociali o giudiziari finiscono per incidere in maniera sostanziale sulle relazioni familiari senza che la volontà della persona venga adeguatamente considerata.

5.2.3 Capacità giuridica e diritto di decidere

Una delle questioni centrali che attraversano il Dossier riguarda la sostituzione della volontà della persona con quella di altri soggetti ritenuti autorizzati a decidere nel suo interesse.

L'**articolo 12 CRPD** riconosce alle persone con disabilità il diritto al riconoscimento della capacità giuridica su base di uguaglianza con gli altri e richiede agli Stati di predisporre il sostegno necessario all'esercizio di tale capacità, con garanzie adeguate per impedire abusi e assicurare il rispetto dei diritti, della volontà e delle preferenze della persona.

Il Comitato ONU ha distinto espressamente i sistemi di decisione sostitutiva dai modelli fondati sul sostegno all'esercizio della capacità giuridica, individuando come elemento problematico proprio la sostituzione della volontà della persona con ciò che altri ritengono essere il suo "migliore interesse".

Questo principio attraversa anche le testimonianze relative all'amministrazione di sostegno, nelle quali la protezione viene talvolta descritta come trasformazione progressiva del rapporto tra la persona e le decisioni che riguardano la sua vita.

5.2.4 Accesso alla giustizia e garanzie procedurali

L'**articolo 6 CEDU** tutela il diritto a un processo equo davanti a un tribunale indipendente e imparziale, mentre l'**articolo 13** richiede l'esistenza di un ricorso effettivo per la tutela dei diritti riconosciuti dalla Convenzione. Queste garanzie as-

sumono particolare rilievo quando una misura incide sulla libertà personale, sulla vita familiare, sulla capacità di agire o su altri diritti fondamentali.

La CRPD dedica inoltre l'**articolo 13** all'accesso alla giustizia e richiede che le persone con disabilità possano accedervi su base di uguaglianza con gli altri, anche attraverso accomodamenti procedurali adeguati.

Le testimonianze raccolte pongono quindi una questione che va oltre l'esistenza formale di un rimedio: la persona deve essere concretamente messa nella condizione di conoscere la misura che la riguarda, contestarla, partecipare al procedimento e ottenere una valutazione indipendente della propria situazione.

5.2.4.1 Integrità della persona, coercizione e trattamenti

Particolare rilievo assumono le esperienze che descrivono contenzione meccanica, sedazione, somministrazione forzata di farmaci, isolamento o altre forme di coercizione.

L'**articolo 15 CRPD** protegge le persone con disabilità dalla tortura e da trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti, mentre l'**articolo 17** tutela l'integrità fisica e mentale della persona. Queste disposizioni assumono quindi particolare importanza nell'esame delle pratiche coercitive utilizzate nei servizi psichiatrici e nelle strutture residenziali.

Anche il **CPT**, nell'ambito della propria attività di prevenzione, dedica particolare attenzione all'uso dei mezzi di contenzione nelle strutture psichiatriche. Il CPT sottolinea la natura intrusiva della contenzione e il suo potenziale di abuso e richiede che essa sia utilizzata soltanto come misura di ultima istanza, per il tempo più breve possibile e con adeguate garanzie, registrazione e controllo.

Questi standard sono particolarmente rilevanti per le testimonianze che descrivono contenzioni protratte, sedazioni intense, trattamenti farmacologici contro la volontà della persona o difficoltà nel comprendere e contestare ciò che stava accadendo

5.2.5 Violenza, abuso e responsabilità istituzionale

L'**articolo 16 CRPD** impone agli Stati di adottare misure efficaci per proteggere le persone con disabilità da sfruttamento, violenza e abuso, anche attraverso meccanismi indipendenti di monitoraggio delle strutture e dei servizi destinati alle persone con disabilità.

Questa disposizione assume particolare rilievo in presenza di testimonianze che descrivono episodi di violenza fisica, psicologica, sessuale o istituzionale, ma anche rispetto alla necessità di garantire che le persone possano denunciare eventuali abusi senza che la loro stessa condizione venga utilizzata per screditarne la parola o ostacolare l'accesso alla giustizia.

La tutela non può quindi limitarsi alla previsione astratta di divieti: richiede strumenti effettivi di prevenzione, controllo, segnalazione, indagine e riparazione.

5.2.6 Deistituzionalizzazione e diritto a vivere nella comunità

Il problema dell'istituzionalizzazione attraversa molte delle esperienze raccolte nel Dossier, anche quando non assume la forma tradizionale dell'ospedale psichiatrico. Ricoveri ripetuti, permanenze prolungate in strutture, comunità terapeutiche, percorsi residenziali e misure che rendono difficile il ritorno alla vita autonoma possono infatti determinare forme diverse di dipendenza istituzionale.

L'**articolo 19 CRPD** riconosce il diritto a vivere indipendentemente e a essere parte della comunità. Le Linee guida del Comitato ONU sulla deistituzionalizzazione sottolineano inoltre gli effetti dannosi dell'istituzionalizzazione e richiamano espressamente le esperienze di violenza, abuso, maltrattamento e uso di contenzione fisica, meccanica e chimica all'interno delle istituzioni.

La deistituzionalizzazione non consiste quindi semplicemente nella chiusura di una determinata struttura. Richiede che alla persona sia concretamente restituita la possibilità di vivere nella comunità, scegliere dove e con chi vivere e ricevere, quando necessario, forme di sostegno che non comportino la perdita della propria libertà e della propria capacità decisionale.

5.3 Il quadro del CPT e dell'OPCAT

Le questioni documentate dal Dossier assumono particolare rilievo anche alla luce del sistema europeo di prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti. Il **CPT** ha elaborato standard specifici per gli istituti psichiatrici e per le strutture sociali nelle quali le persone possono essere private della libertà, dedicando attenzione alle procedure di ricovero involontario, alla contenzione, alle garanzie procedurali e ai meccanismi di reclamo e controllo.

La prospettiva del CPT è importante perché sposta l'attenzione dalla sola legittimità formale della misura alle condizioni concrete della privazione della libertà. Una volta che una persona si trova in una struttura dalla quale non è libera di allontanarsi, devono essere verificati non soltanto i presupposti che hanno determinato l'ingresso, ma anche il modo in cui la persona viene trattata, la durata della restrizione, le possibilità di comunicare con l'esterno, l'accesso alle informazioni, la possibilità di presentare reclami e l'esistenza di controlli indipendenti.

Lo stesso CPT ha richiamato, anche nei confronti dell'Italia, la necessità di rafforzare le garanzie nelle procedure di ricovero involontario e ha raccomandato che, come regola, la persona sia ascoltata personalmente dal giudice competente. Ha inoltre posto attenzione alla necessità di valutazioni mediche adeguate e, per quanto possibile, indipendenti rispetto alla struttura nella quale la persona è trattenuta.

Questa prospettiva è strettamente collegata anche al **Protocollo opzionale alla Convenzione ONU contro la tortura (OPCAT)** e ai meccanismi nazionali di prevenzione, perché la prevenzione degli abusi richiede che i luoghi nei quali le persone sono private della libertà siano sottoposti a controlli indipendenti e regolari.

In questo senso, il Dossier intende offrire non soltanto una raccolta di esperienze individuali, ma anche un materiale utile a individuare aree nelle quali potrebbero essere necessari ulteriori approfondimenti, verifiche indipendenti e interventi istituzionali.

5.4 I Garanti nazionali

Le esperienze raccolte nel Dossier vengono sottoposte anche all'attenzione dei **Garanti nazionali**, in ragione delle specifiche competenze che questi organismi esercitano nella tutela delle persone private della libertà personale e dei diritti delle persone con disabilità.

5.4.1 Al Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale

Le testimonianze raccolte nel presente Dossier vengono sottoposte all'attenzione del **Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale** in considerazione delle sue competenze di monitoraggio dei luoghi e delle situazioni nelle quali può verificarsi una privazione della libertà personale, comprese quelle di natura sanitaria, socio-sanitaria e psichiatrica.

Particolare rilievo assumono le esperienze relative ai TSO, agli SPDC, alla contenzione meccanica e farmacologica, alle sedazioni, alle permanenze prolungate nelle strutture psichiatriche, alle REMS e alle misure di sicurezza, nonché alle situazioni nelle quali le persone raccontano di non aver avuto una concreta possibilità di contestare la propria permanenza o di esercitare i propri diritti.

Il Dossier intende offrire al Garante elementi utili per valutare l'eventuale presenza di criticità ricorrenti nelle modalità di privazione della libertà, nelle garanzie procedurali, nell'accesso alle informazioni e ai rimedi, nell'uso della forza e della contenzione e nelle condizioni concrete delle persone sottoposte a tali misure.

Particolare attenzione merita inoltre la distanza che può esistere tra la qualificazione formale di una misura e la sua concreta incidenza sulla libertà della persona. Le testimonianze raccolte descrivono infatti situazioni nelle quali le persone riferiscono di non essere state libere di interrompere il ricovero, di lasciare una struttura o di sottrarsi a determinate decisioni, pur in presenza di una qualificazione formale diversa.

In questa prospettiva, il Dossier viene sottoposto al Garante anche quale possibile base per ulteriori attività di monitoraggio, approfondimento e verifica nei luoghi e nei contesti di sua competenza.

Le criticità relative al TSO e alla contenzione assumono particolare rilievo anche alla luce delle osservazioni già formulate dal Garante nazionale, che ha richiamato la necessità di rafforzare il monitoraggio dei TSO e ha posto attenzione alle modalità di utilizzo della contenzione e alle garanzie delle persone sottoposte a restrizioni della libertà personale.

5.4.2 Al Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità

Il presente Dossier viene sottoposto all'attenzione del **Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità** anche in relazione agli obblighi derivanti dalla **Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità**.

Le testimonianze raccolte evidenziano infatti situazioni nelle quali la diagnosi psichiatrica, la disabilità o la presunta incapacità possono diventare il presupposto per limitare la libertà personale, sostituire la volontà della persona, incidere sulla possibilità di scegliere dove e con chi vivere, limitare le relazioni personali e familiari, condizionare l'accesso alle cure e determinare forme di istituzionalizzazione o di controllo prolungato.

Si tratta di questioni che chiamano direttamente in causa il principio di uguaglianza e non discriminazione e, in particolare, il diritto al riconoscimento della capacità giuridica previsto dall'articolo 12 della CRPD e il diritto al sostegno nell'esercizio della stessa, con garanzie volte ad assicurare il rispetto dei diritti, della volontà e delle preferenze della persona.

Rilevano inoltre le garanzie relative alla libertà e alla sicurezza della persona previste dall'articolo 14, il divieto di tortura e di trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti previsto dall'articolo 15, la protezione da sfruttamento, violenza e abuso prevista dall'articolo 16 e il diritto all'integrità fisica e mentale sancito dall'articolo 17.

Un rilievo particolare assume inoltre l'**articolo 19**, che riconosce il diritto delle persone con disabilità a vivere indipendentemente e nella comunità, scegliendo dove e con chi vivere. La Convenzione e le successive elaborazioni del Comitato ONU sulla deistituzionalizzazione pongono in questo senso una questione che attraversa diverse delle esperienze raccolte: la possibilità che percorsi sanitari, sociali o giudiziari producano forme di istituzionalizzazione o di dipendenza istituzionale che si protraggono nel tempo e rendono difficile il ritorno a una vita autonoma.

Rileva infine l'**articolo 13 CRPD**, relativo all'accesso alla giustizia, soprattutto nei casi nei quali la persona incontra ostacoli nel contestare una misura, nel far valere la propria volontà o nell'ottenere una valutazione indipendente della propria situazione.

Il Dossier intende quindi sottoporre all'attenzione del Garante la distanza che può emergere tra questi principi e le esperienze concrete raccontate dalle persone direttamente interessate, chiedendo che tale distanza venga considerata anche sotto il profilo della possibile discriminazione fondata sulla disabilità e della compatibilità delle pratiche descritte con il modello di diritti umani affermato dalla Convenzione.

In particolare, il Dossier pone una questione che attraversa trasversalmente molte delle testimonianze: se e in quale misura una diagnosi psichiatrica, una condizione di disabilità o una presunta incapacità possano continuare a essere utilizzate per giustificare una diversa soglia di tutela della libertà, della capacità giuridica, dell'integrità personale e del diritto della persona di decidere della propria vita.

5.5 Un problema di effettività dei diritti

Il filo comune che attraversa le testimonianze non è quindi soltanto l'esistenza di una determinata misura — un TSO, un'amministrazione di sostegno, un ricovero, una struttura residenziale o una misura di sicurezza — ma la possibilità concreta della persona di continuare a essere titolare e protagonista dei propri diritti mentre quella misura viene applicata.

La questione centrale è se la persona venga effettivamente ascoltata, se la sua volontà e le sue preferenze siano prese in considerazione, se disponga di informazioni comprensibili, se possa contestare le decisioni che la riguardano, se abbia accesso a un controllo indipendente e se esista una possibilità concreta di uscire dalla misura quando non ne sussistano più i presupposti.

È su questa distanza tra diritti formalmente riconosciuti e possibilità concreta di esercitarli che le testimonianze raccolte chiedono di concentrare l'attenzione.

Il Dossier sottopone quindi all'attenzione delle istituzioni e degli organismi di tutela non soltanto singoli episodi, ma un insieme di esperienze che, considerate nel loro complesso, sollevano interrogativi sulla compatibilità di determinate pratiche con gli obblighi derivanti dalla CEDU, dalla CRPD e dagli standard internazionali di prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti.

L'obiettivo non è sostituire alle autorità competenti l'accertamento delle singole responsabilità, ma chiedere che queste esperienze vengano considerate anche nella loro dimensione strutturale: quali meccanismi rendono possibile la perdita progressiva di autonomia? Quali garanzie impediscono che la protezione si trasformi in controllo? Quali strumenti consentono alla persona di contestare efficacemente una misura che limita la sua libertà? E quali controlli indipendenti esistono quando chi decide, chi cura e chi controlla appartengono allo stesso circuito istituzionale?

Sono queste le domande alle quali il Dossier intende affidare la voce e le esperienze delle persone direttamente interessate.

La necessaria “legalizzazione” della condizione del paziente psichiatrico in Italia

Con il termine “legalizzazione”, l'Associazione intende indicare la necessità di ricondurre pienamente la condizione delle persone sottoposte a psichiatrizzazione nell'ambito delle garanzie costituzionali e degli obblighi internazionali in materia di diritti umani. Ciò significa anche “legalizzare” effettivamente gli strumenti che comportano coercizione e limitazione della libertà, a partire dal TSO, attraverso una disciplina che ne definisca con chiarezza presupposti, limiti, procedure,

garanzie e controlli.

L'associazione "Diritti alla Follia", nell'indifferenza mediatica e istituzionale che circonda questi temi (scomodi e politicamente ed amministrativamente impopolari perché confliggenti con radicati pregiudizi sottoculturali, capaci di dettare silenziosamente "linee guida" ad operatori sociali, sanitari e giudiziari, oltre che ai rappresentanti politici) ha nel corso del tempo elaborato **progetti di riforma del TSO, dell'amministrazione di sostegno (con le connesse abolizioni dell'interdizione e dell'inabilitazione) e delle misure di sicurezza per i non imputabili**, cercando senza successo (per il TSO e l'ADS) di raccogliere le 50.000 firme necessarie per il deposito di progetti di legge di iniziativa popolare.

Le proposte mirano ad allineare la legislazione italiana al quadro giuridico sovranazionale sopra richiamato (oltre che ad una Carta costituzionale ben interpretata).

5.5.0.1 Sul TSO

Proposta di modifica della legge 23 dicembre 1978, n. 833 - artt. 33, 34 e 35

«Adeguamento della procedura e dell'esecuzione del TSO psichiatrico alla Costituzione e agli obblighi internazionali dell'Italia»

La proposta di riforma mira a rendere la procedura del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) in ambito psichiatrico maggiormente garantista e articolata, nel rispetto della Costituzione e degli obblighi internazionali dell'Italia. L'obiettivo è intervenire sulle criticità del sistema, rafforzando la trasparenza della procedura, le garanzie della persona sottoposta a TSO, la possibilità di conoscere e contestare il provvedimento e le forme di supervisione e controllo esterno.

5.5.0.2 Sull'Amministrazione di sostegno

Proposta di modifica della legge 9 gennaio 2004, n. 6

«Abolizione degli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione. Riforma dell'Amministrazione di sostegno»

L'intento dell'associazione è promuovere una revisione complessiva dell'istituto, recuperandone la funzione di supporto alla persona, anziché di sostituzione o mortificazione della sua autonomia. La proposta interviene, tra l'altro, sulla possibilità per la persona coinvolta di partecipare effettivamente alla procedura e di esprimere la propria volontà, sulla scelta della persona di fiducia e sulla necessità di preservare spazi di decisione autonoma anche quando viene nominato un amministratore di sostegno.

5.5.0.3 Sulle misure di sicurezza per le persone non imputabili

Per quanto riguarda le misure di sicurezza applicate alle persone non imputabili, l'associazione propone il superamento dell'attuale sistema, aprendo la strada a modalità di risposta ai reati commessi in condizioni di disagio psico-sociale che siano differenziate e individualizzate e che non si fondino sulla presunzione di una futura pericolosità della persona.

In questa prospettiva, la riforma dovrebbe spostare il baricentro dalla privazione della libertà fondata sulla pericolosità sociale verso percorsi individualizzati, rispettosi dei diritti fondamentali, dell'autodeterminazione e della volontà della persona.

Per approfondire le proposte di riforma, si veda: [la pagina dedicata alle proposte di riforma](#)

Considerazioni finali

La Corte costituzionale, ridestatasi dopo mezzo secolo di imbarazzante silenzio, ha aperto nel 2025 una prima breccia nel sistema delle garanzie del TSO, intervenendo sull'articolo 35 della legge n. 833 del 1978 e riconoscendo l'illegittimità della disciplina nella parte in cui non assicurava alla persona sottoposta alla misura adeguate garanzie di informazione, ascolto e conoscibilità del provvedimento di convalida.

Nel 2026, con la sentenza n. 157, la Corte è tornata sulla medesima disciplina, compiendo un ulteriore passo: ha riconosciuto la necessità della difesa tecnica obbligatoria nella procedura di convalida e nell'eventuale proroga del TSO, prevedendo, in assenza di un difensore di fiducia, la nomina di un difensore d'ufficio. La persona sottoposta a TSO viene così riconosciuta non soltanto come destinataria di una misura coercitiva, ma come soggetto titolare di un effettivo diritto di difesa nel procedimento che incide sulla sua libertà personale.

Le due pronunce, pur intervenendo su specifici profili della disciplina, rappresentano un passaggio di particolare rilievo e un incoraggiamento a continuare ed arricchire la complessiva proposta "legalizzante" di cui l'Associazione è portatrice: una proposta volta a ricondurre effettivamente nell'alveo delle garanzie costituzionali e degli obblighi internazionali tutte le forme di coercizione e limitazione della libertà che ancora caratterizzano il sistema.

È in questa direzione che l'Associazione intende proseguire l'elaborazione, alla quale è impegnata, di un "pacchetto" di riforme da proporre e, talora, riproporre all'attenzione di cittadine e cittadini, riguardanti il TSO, l'Amministrazione di sostegno e le misure di sicurezza per le persone non imputabili. Riforme capaci di raccogliere fino in fondo quella "promessa di libertà e di liberazione" che il quadro della CRPD e della CEDU porta con sé.



Contatti

Email: dirittiallafollia@gmail.com

Sito web: www.dirittiallafollia.it

Facebook: Associazione Diritti alla Follia

Instagram: @dirittiallafollia

YouTube: Canale YouTube Diritti alla Follia

Telegram: Associazione Diritti alla Follia

Associazione Diritti alla Follia
Via Posidonia, 307 bis - 84129 Salerno
Fondata il 25 luglio 2018