Linee di indirizzo per la tutela della salute mentale

L'analisi dei dati disponibili sull'attuale assetto organizzativo ed operativo dei dipartimenti di salute mentale mostra rimarchevoli disomogeneità rispetto agli standard di riferimento, indicati dagli atti normativi e programmatici in vigore, relativamente ai modelli di funzionamento e al fabbisogno strutturale.

Con le presenti linee di indirizzo, ci si prefigge il superamento di tali disomogeneità.

Presupposto principale per la realizzazione delle azioni proposte è l'attivazione di un modello di *governance* continuativa del sistema da parte della Regione, attraverso l'istituzione di organismi di coordinamento e verifica, a livello regionale, aziendale e dipartimentale. A supporto dell'attività di valutazione, detti organismi devono disporre di un insieme di indicatori di *performance*, rilevati tramite il Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale, in attuazione del Decreto Ministro della Salute 1 febbraio 2010 "*Istituzione del Sistema Informativo Nazionale per la salute mentale*" e recepito con Decreto del Dirigente Generale n. 12016 del 22. 09. 2011.

Sono anche oggetto delle presenti linee di indirizzo, gli interventi dei dipartimenti di salute mentale in favore dei detenuti e degli internati affetti da infermità mentali.

Sono, infine, fornite indicazioni sulla gestione dell'Area emergenza urgenza.

Interventi per il coordinamento delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale

Ferme restando le indicazioni normative nazionali e regionali sull'organizzazione e il funzionamento del dipartimento di salute mentale, relativamente agli strumenti di gestione ed ai compiti del direttore del dipartimento, la Regione disciplina l'istituzione dei seguenti organi collegiali.

Organi collegiali di coordinamento

Comitato di dipartimento, composto dal direttore del DSM, dai direttori delle Unità operative del Dipartimento (CSM e SPDC), e da un rappresentante per ciascuno dei profili professionali.

Compito del Comitato è quello di supportare il direttore di dipartimento nel governo delle attività gestionali ed assistenziali.

Consulta di dipartimento, che integra i componenti del Comitato, con rappresentanti dei servizi sociali degli Enti Locali e dei piani di zona, rappresentanti delle associazioni dei familiari e rappresentanti delle associazioni degli utenti del territorio del DSM.

Compito della Consulta è quello di orientare, con funzioni propositive, le politiche del dipartimento.

I servizi del Dipartimento di salute mentale

Fermi restando i compiti e le funzioni dei servizi (Centri di salute mentale, Centri diurni, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Day hospital, Strutture residenziali psichiatriche), così come definiti dagli indirizzi normativi e programmatici, nazionali e regionali, si riassume di seguito il fabbisogno strutturale di tutti i servizi, rispetto all'offerta attuale.

In considerazione del ruolo di coordinamento svolto dal Centro di Salute Mentale, in ordine a tutte le attività territoriali, va sottolineato che i centri diurni e le strutture residenziali costituiscono risorse del CSM, per lo svolgimento di programmi riabilitativi personalizzati.

Centri di Salute mentale:

secondo lo standard regionale di un CSM per 100 mila abitanti, corrispondente a un bacino distrettuale, l'obiettivo programmatico deve prevedere la seguente distribuzione:

7 ASP di Cosenza,

4 ASP di Catanzaro,

6 ASP di Reggio Calabria,

2 ASP di Crotone

2 ASP di Vibo Valentia.

Ambulatori periferici:

il loro numero è correlato alla densità della popolazione o alla estensione territoriale. Essi costituiscono componente organizzativa del Centro di Salute Mentale e garantiscono con orario ridotto (almeno sei ore) le funzioni preventive, terapeutiche e riabilitative proprie del CSM in aree territoriali difficilmente accessibili. E' compito della Regione la definizione dei criteri per la loro realizzazione e distribuzione nel territorio.

Centri Diurni:

secondo lo standard regionale di un CD per 100 mila abitanti, l'obiettivo programmatico deve prevedere la seguente distribuzione:

7 ASP di Cosenza,

4 ASP di Catanzaro,

6 ASP di Reggio Calabria,

2 ASP di Crotone,

2 ASP di Vibo Valentia.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Day Hospital:

secondo lo standard di 1 p.l. ogni 10.000 abitanti, il fabbisogno totale è pari a 201 posti letto totali, così distribuiti:

73 ASP di Cosenza,

37 ASP di Catanzaro,

57 ASP di Reggio Calabria,

17 ASP di Crotone

17 ASP di Vibo Valentia.

Il riordino dell'offerta residenziale

Al fine di qualificare il ruolo delle strutture residenziali, tenendo conto dell'attuale offerta e dei posti letto effettivamente accreditati, si forniscono i seguenti indirizzi mirati a:

- connotare le strutture residenziali in termini di appropriatezza di utilizzo, al fine di promuovere una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata per intensità riabilitativa, dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo;
- adottare specifiche misure per superare le criticità derivanti dall'esubero di posti letto non accreditati e dall'utilizzo di posti letto accreditati per altre patologie.

Le tipologie di strutture di assistenza residenziale extraospedaliara attualmente previste dalla normativa regionale di accreditamento sono le seguenti:

- Residenza Psichiatrica ad alta intensità assistenziale
- Residenza Psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale
- Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria
- Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sociale – Gruppo di convivenza

Al fine di adeguare le definizioni ad un criterio comune che consenta, fra l'altro, di rispondere alla rilevazione del Sistema Informativo Salute Mentale, concordato a livello nazionale, si fa riferimento alla denominazione delle strutture residenziali psichiatriche sulla base dell'intensità riabilitativa e assistenziale, adottata dal Documento del Ministero della Salute "*Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza*).

Detto documento classifica le strutture residenziali in residenze psichiatriche che erogano prestazioni terapeutico-riabilitative a carattere intensivo ed estensivo, e residenze psichiatriche che erogano prestazioni socio riabilitative.

Prendendo a riferimento le indicazioni di cui sopra e fermo restando lo standard sul numero complessivo dei posti letto residenziali già definito con DPGR 18_2010, si individuano le seguenti tipologie di strutture di assistenza residenziale extraospedaliara.

SRP 1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

Si tratta di strutture nelle quali vengono accolti pazienti, anche nella fase della post-acuzie, con gravi o molto gravi compromissioni del funzionamento **personale** e sociale, che richiedono assistenza tutelare e interventi da attuare in programmi ad alta intensità riabilitativa.

Indicazioni clinico-riabilitative:

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree: della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; oppure in presenza di livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psico-sociali territoriali, e l'inserimento nella vita socio-lavorativa e/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso;

La durata massima della permanenza è fissata dal progetto terapeutico, non superiore a 18 mesi. E' definibile una sola proroga di altri 6 mesi con motivazione scritta, concordata con gli operatori di riferimento del CSM.

SRP 2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata, che necessitano comunque di assistenza tutelare e di trattamenti terapeutico riabilitativi da attuare in programmi a media intensità riabilitativa.

Possono prevedersi due modelli: uno con personale presente nelle 24 ore (SRP 2.1.), uno con personale presente nelle 12 ore (SRP 2.2), in base ai livelli di autonomia personale (competenza a fronteggiare, da soli o col gruppo di convivenza, gli imprevisti e rispondere efficacemente alle emergenze nelle ore notturne).

Indicazioni clinico-riabilitative:

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con impossibilità o incapacità del paziente (ad es. a causa di non collaborazione, continua acuzie psicotica, necessità di tempi lunghi) di recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

Un ruolo fondamentale assume tutto quello che riguarda la vita di relazione, per cui ad es. necessitano di minor assistenza i pazienti che soddisfano i seguenti aspetti: reggere alcune ore da soli (senza operatori o co-degenti); stabilire rapporti di fiducia con gli operatori e accettazione di limiti o regole da loro proposti; buona capacità di prestare attenzione pure alle esigenze altrui, il che favorisce la convivenza con altri. Inoltre devono essere soddisfatti i criteri minimi della abilità della vita quotidiana: ritmo giorno-notte; igiene personale e dei propri spazi (almeno con stimolo e supervisione occasionale).

La durata massima della permanenza è di 36 mesi, eccezionalmente prorogabile per altri 12 mesi, con motivazione scritta, concordata con gli operatori di riferimento del CSM.

SRP 3 - Strutture Residenziali Psichiatriche Socio-Riabilitative per interventi di "mantenimento" e di supporto sociale

Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata o lieve, parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare, che necessitano di una soluzione abitativa e di interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa.

In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano due tipologie di struttura: uno con personale presente nelle 24 ore (SRP 3.1.), uno con personale presente nelle 12 ore (SRP 3.2).

La durata massima della permanenza non è predefinita.

Indicazioni clinico-riabilitative:

I trattamenti socio riabilitativi sono rivolti a pazienti clinicamente stabilizzati che presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; possono essere presenti livelli anche differenti di compromissioni persistenti nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali.

Le Aziende sanitarie si impegnano, inoltre a realizzare *gruppi-appartamento*, tramite appositi protocolli di collaborazione con gli Enti locali.

Il Gruppo Appartamento è un alloggio con un massimo di 6 posti letto in cui convivono soggetti affetti da patologie psichiatriche giunti in una fase avanzata del loro reinserimento sociale, che necessitano soprattutto di un supporto relazionale, ma con ampia autonomia nella vita quotidiana. E' una struttura

residenziale riservata ad utenti ad alto livello di autosufficienza e con un residuo minimo di bisogno assistenziale sanitario da parte del CSM di competenza.

Criteri di ammissione

Le diagnosi di inclusione e di esclusione per l'accesso alle strutture residenziali, a prescindere dalla singola tipologia, sono:

Diagnosi di inclusione: disturbi mentali gravi quali schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi (sindrome depressiva ricorrente grave, sindrome affettiva bipolare), gravi disturbi della personalità

Diagnosi di esclusione: demenza primaria, grave ritardo mentale, disturbo da abuso di sostanze quale diagnosi principale.

Modalità operative e verifiche

L'accesso alle strutture residenziali avviene su proposta del CSM nel cui territorio risiede l'assistito. Tale proposta deve contenere una valutazione globale delle condizioni del paziente e dovrà indicare, a grandi linee, gli obiettivi riabilitativi. Nella scelta della struttura di ricovero occorre rispettare le opzioni del cittadino- utente. E' obbligatorio il consenso informato da parte dell'assistito o da chi ne ha la tutela.

La struttura che accoglie il paziente, entro 30 giorni dal ricovero, dovrà elaborare un progetto Terapeutico – Riabilitativo coerente e funzionale con l'indicazione del CSM inviante, che resta titolare del programma individuale di trattamento dell'utente, ancorché ricoverato nella struttura Residenziale.

Il progetto personalizzato d'intervento dovrà riportare:

- la valutazione del funzionamento personale e sociale, con strumenti standardizzati

- gli obiettivi in ordine agli ambiti della cura, della socializzazione, delle soluzioni abitative e lavorative;

- la descrizione degli interventi riabilitativi individuali e di gruppo con indicazione dell'attività.

- la descrizione delle risorse disponibili e dello stile relazionale presente nel contesto di vita del paziente, con particolare attenzione alle relazioni con la famiglia

- la durata del trattamento e le modalità di monitoraggio del trattamento;

- data presunta di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale del CSM territorialmente competente, che ha il compito di seguire il paziente durante la permanenza nella struttura, con controlli almeno trimestrali, e di prenderlo in carico nel territorio, a dimissione avvenuta.

Le strutture residenziali: superamento delle attuali criticità

Per il superamento delle notevoli criticità esistenti deve essere attivato dal Direttore generale aziendale, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto, un programma di lavoro con conclusione prevista nel breve-medio periodo, specifico per ciascuna delle Aziende Sanitarie Provinciali interessate, finalizzato a risolvere le discrasie peculiari di ogni singola Azienda.

L'ASP territorialmente competente attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale integrata dal Dipartimento di Salute Mentale a cui è affidata la valutazione del profilo psicopatologico e dei bisogni assistenziali di tutti i soggetti inseriti in tipologie di assistenza non appropriate . Da tale valutazione discende la prescrizione del percorso assistenziale appropriato a ciascun paziente, secondo le seguenti possibilità:

- permanenza in struttura residenziale psichiatrica, con indicazione della tipologia di struttura, individuata sulla base della classificazione adottata;

- inserimento in famiglia, con presa in carico da parte del CSM competente e l'eventuale attivazione di un supporto dei servizi sociali del distretto;
- indicazione per una struttura residenziale sanitaria non psichiatrica;
- indicazione per una struttura residenziale gestita dal Servizio sociale.

Sulla base delle indicazioni della UVM, l'ASP territorialmente competente adotta entro 90 giorni, dall'inizio della procedura di valutazione, un piano delle destinazioni concordato con il direttore del dipartimento di salute mentale.

Ulteriore criticità è rappresentata dalla attuale possibilità di trattamento dei pazienti psichiatrici in Casa Protetta per disabili. Infatti, il Regolamento 13 prevedeva che "Fino all'approvazione delle nuove linee guida regionali in materia di tutela della salute mentale, rientrano tra queste strutture (Casa Protetta per Disabili) quelle che erogano prestazioni ai soggetti disabili di cui alla DGR 685/02".

Ai fini dell'appropriatezza clinica ed organizzativa è necessario che i trattamenti riabilitativi residenziali destinati a pazienti psichiatrici debbano essere attuati esclusivamente nelle strutture residenziali riabilitative psichiatriche. A tal fine dovrà essere attivato un programma di lavoro di breve-medio periodo, specifico per ciascuna delle Aziende Sanitarie Provinciali interessate; più precisamente, l'ASP territorialmente competente dovrà attivare l'UVM, coordinata dal Dipartimento di Salute Mentale, per la definizione del percorso assistenziale appropriato a ciascun paziente.

Tutela della salute mentale dei detenuti e degli internati

E' compito dei dipartimenti di salute mentale dare piena attuazione alle direttive e agli indirizzi nazionali e regionali per la presa in carico dei soggetti affetti da disturbi mentali, detenuti negli istituti penitenziari del territorio regionale, sulla base dei contenuti delle "*Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*"*(Allegato A,* parte integrante del DPCM 1 aprile 2008) e dell'Accordo 13 ottobre 2011 Conferenza Unificata, che prevede che "o*gni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri Dipartimenti di salute mentale, in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria, attiva, entro il 30 giugno 2012, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio, in una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza un'idonea articolazione del servizio sanitario...*"

E' altresì, compito dei dipartimenti di salute mentale garantire la presa in carico dei soggetti, con residenza nella regione, cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, in attuazione della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, articolo 3 ter "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", che prevede la "r*ealizzazione di strutture residenziali dedicate ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, le cui caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative sono definite da apposito decreto del Ministero della Salute, di concerto col Ministero della Giustizia.*"

Rapporti con l'Università

Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi accordi (ai sensi del D.L.vo 502/1992 e successive modificazioni), vengono individuate le modalità di collaborazione con gli Istituti universitari di Psichiatria, in relazione alle specifiche funzioni assistenziali svolte, complementarmente a funzioni di formazione e di ricerca.

Vengono disciplinate, inoltre, nel rispetto dell'autonomia universitaria, intese finalizzate all'utilizzo delle competenze e delle strutture del DSM nella formazione universitaria.

Indicatori di performance

Il set di indicatori di seguito indicato, mira al monitoraggio dell'attività dei servizi di salute mentale nei singoli DSM, a cura del Comitato regionale di coordinamento, previa elaborazione da parte dei Comitati dipartimentali di coordinamento.

- l'unità di rilevazione è il Dipartimento di salute mentale
- l'arco temporale è il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre
- la rilevazione interessa gli utenti adulti, che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con i DSM
- I tassi sono costruiti sulla popolazione residente maggiore di 17 anni per 10.000 residenti
- gli indicatori relativi agli utenti trattati e l'attività erogata sono costruiti in modo da essere ricavati dai flussi informativi del Sistema Informativo per la Salute Mentale
- le aree coperte dagli indicatori sono l'attività territoriale, residenziale, semiresidenziale e ospedaliera e sono analizzati indicatori relativi a:
- utenti trattati per gruppi diagnostici e per tipologia di interventi
- interventi/ammissioni/giornate di degenza erogate
- pattern di trattamento

I gruppi diagnostici originano dal raggruppamento di più diagnosi affini tra di loro, appartenenti all'ICD9 CM e ICD10 (Classificazione Internazionale delle Malattie della Organizzazione Mondiale della Sanità).

TABELLA 1: GRUPPI DIAGNOSTICI

Raggruppamenti diagnostici	ICD9-CM	ICD10
01 - Schizofrenia e altre psico funzionali	295, 297, 298 (escl. 298.0), 299	F2
02 - Mania e disturbi affetti bipolari	296.0, 296.1,296.4-8,	F30, F31, F34.0,F38.0
03 - Depressione	296.2-3, 296.9, 298.0, 300.4, 309.0, 309.1, 311	F32,F33,F34.1-9,F38.1 8, F39, F41.2, F43.2,
04 - Sindromi nevrotiche somatoformi	300 (escl. 300.4), 306 307.4, 307.8-307.9, 308, 316	F4 (escl. F41.2, F43.2)
05 - Disturbi della personalità del comportamento	301, 302, 312	F6
06 - Alcolismo e tossicomanie	291, 292, 303, 304, 305	F1
07 - Demenze e disturbi menta organici	290, 293, 294, 310	F0
08 - Altri disturbi psichici	307.0-307.3, 307.5-307.7, 309.2-309. 313, 314, 315	F5, F8, F9
99 - Non disturbi psichiatrici		

gli interventi territoriali sono rilevati secondo la classificazione derivata dal Glossario del Sistema Informativo per la Salute Mentale (Decreto Ministero Salute 1 febbraio 2010)

TABELLA 2 : ATTIVITA' ED INTERVENTI TERRITORIALI	
Tipologia di attività	**Interventi**
Attività psichiatrica	Visita psichiatrica, accertamento medico legale, consulenza Ospedale Generale
Attività psicologica psicoterapica	Colloquio clinico-psicologico, psicoterapia individuale, familiar di coppia e di gruppo, valutazione standardizzata
Attività infermieristica	Colloquio dell'infermiere, somministrazione di farmaci
Attività rivolta alla famiglia	Colloquio con i familiari, intervento informativo e psicoeducativ con i familiari (individuale e di gruppo)
Attività di integrazione dei trattamenti	Riunione/incontro con medici di medicina e generale e alt strutture sanitarie incentrate sul caso, intervento di rete
Attività di riabilitazione	Intervento sulle abilità di base (individuale e di gruppo addestramento e formazione al lavoro, intervento risocializzazione (individuale e di gruppo), intervento di tip espressivo, pratico manuale e motorio (individuale e di gruppo) soggiorno vacanza, colloquio dell'educatore, colloquio di alt figura professionale
Attività socio-assistenziale	Colloquio dell'assistente sociale, intervento finalizzato al soluzione di problemi amministrativi e sociali, intervento supporto alla vita quotidiana

Indicatori Centri di Salute mentale (CSM)

Il Centro di Salute Mentale rappresenta: "la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti". In particolare il CSM svolge:

- attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari e di "rete", nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i medici di base;
- consulenza Specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze, ecc.), alle residenze per anziani e per disabili;
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuro psichiatriche private;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

Esso è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana"

Numero	1
Definizione:	Utenti con almeno un contatto con il Centro di Salute Mentale p gruppo diagnostico
Misura	tasso per 10.000
Numeratore:	numero totale di utenti trattati nell'anno (con almeno un contatt col Centro di Salute Mentale) per gruppo diagnostico
Denominatore:	popolazione del territorio di riferimento del CSM > 17 anni
Note	• l'indicatore corrisponde alla prevalenza trattata • per i gruppi diagnostici vedi Tabella 1

Numero	2
Definizione:	Utenti con conclusione di trattamento
Misura	percentuale
Numeratore:	numero di utenti con conclusione di trattamento
Denominatore:	numero di utenti con almeno un contatto nell'anno col Centro d Salute Mentale

Numero	3
Definizione:	Utenti entrati in contatto per la prima volta nell'anno
Misura	percentuale
Numeratore:	numero di utenti entrati in contatto per la prima volta nell'anno
Denominatore:	numero di utenti con almeno un contatto nell'anno col Centro d Salute Mentale
Note	• l'indicatore corrisponde alla incidenza trattata

Numero	4
Definizione:	Attività erogate nei CSM
Misura	percentuale
Numeratore:	numero di interventi erogati dal CSM per tipologia di attività
Denominatore:	numero totali di interventi erogati nei CSM
Note	• le tipologie di attività sono individuate raggruppando gli interventi individuati dal Glossario delle Attività Territoriali del Sistema Informativo Salute Mentale secondo la Tabella 2

Numero	5
Definizione:	Utenti dimessi da SPDC, che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione
Misura	percentuale
Numeratore:	numero di utenti dimessi nell'anno da SPDC che ricevono dopo dimissione una visita psichiatrica in CSM entro 4 giorni
Denominatore:	utenti dimessi nell'anno da SPDC

Indicatori Centri Diurni (CD)

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. E' aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana. E' dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Numero	6
Definizione:	Utenti in contatto con i Centri Diurni per gruppo diagnostico
Misura	tasso per 10.000
Numeratore:	numero di utenti con almeno un contatto nell'anno con i Centri Diurni del DSM e privati accreditati per gruppo diagnostico
Denominatore:	popolazione regionale > 17 anni
Note	• per i gruppi diagnostici vedi Tabella 1

Indicatori Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero; esso, inoltre, esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. Esso è ubicato nel contesto di Aziende ospedaliere, o di presidi ospedalieri di Aziende U.S.L., o di Policlinici Universitari. E' parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il DSM fa parte

Numero	7
Definizione:	Dimissioni da SPDC per gruppo diagnostico
Misura	tasso per 10.000
Numeratore:	numero di dimissioni nell'anno per gruppo diagnostico
Denominatore:	popolazione del territorio di riferimento > 17 anni

Note	• per i gruppi diagnostici vedi Tabella 1

Numero	8
Definizione:	Giornate di degenza erogate
Misura	tasso per 10.000
Numeratore:	numero di giornate di degenza erogate
Denominatore:	popolazione del territorio di riferimento > 17 anni

Numero	9
Definizione:	Riammissioni in SPDC a 30 e 180 giorni
Misura	percentuale
Numeratore:	numero totale di riammissioni in SPDC
Denominatore:	numero di dimissioni nell'anno
Note	• nelle riammissioni a 180 giorni sono incluse le riammissioni a 30 giorni

Numero	10
Definizione:	Durata media di degenza
Misura	proporzione
Numeratore:	numero totale di giornate di degenza
Denominatore:	numero di ricoveri

Indicatori Strutture residenziali psichiatriche

Si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. Le strutture residenziali dovranno soddisfare i requisiti minimi strutturali e organizzativi, indicati dal DPR 14.1.1997. Saranno, quindi, differenziate in base all'intensità terapeutico riabilitativa e assistenziale

Numero	11
Definizione:	Utenti presenti in Strutture Residenziali per gruppo diagnostic
Misura	tasso per 10.000
Numeratore:	numero di utenti presenti nell'anno in Strutture Residenziali per gruppo diagnostico

Denominatore:	popolazione del territorio di riferimento > 17 anni
Note	• per i gruppi diagnostici vedi Tabella 1 • Sono rilevati i pazienti presenti al 1 gennaio sommati a quelli ammessi nel corso dell'anno

Numero	12
Definizione:	Utenti ammessi in Strutture Residenziali
Misura	tasso per 10.000
Numeratore:	numero di utenti ammessi nell'anno in Strutture Residenziali d DSM e private accreditate
Denominatore:	popolazione del territorio di riferimento > 17 anni

Numero	13
Definizione:	Utenti dimessi da Strutture Residenziali
Misura	tasso per 10.000
Numeratore:	Numero di utenti dimessi nell'anno da Strutture Residenziali d DSM e private accreditate
Denominatore:	popolazione del territorio di riferimento > 17 anni

Numero	14
Definizione:	Giornate di degenza erogate in Strutture Residenziali
Misura	tasso per 10.000
Numeratore:	numero di giornate di degenza erogate nell'anno in Strutture Residenziali del DSM e private accreditate
Denominatore:	popolazione del territorio di riferimento > 17 anni

Numero	15
Definizione:	Pazienti inviati in SPDC
Misura	percentuale
Numeratore:	Numero di pazienti inviati in SPDC nell'anno
Denominatore:	numero di utenti presenti nell'anno nelle Strutture Residenziali

Area Emergenza Urgenza

L'esperienza maturata nel corso degli anni dai servizi psichiatrici e i dati epidemiologici sull'argomento suggeriscono la necessità di delineare un modello operativo per la corretta e omogenea esecuzione delle procedure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio (ASO-TSO) a malati di mente su tutto il territorio regionale.

TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Le condizioni

Le condizioni che motivano l'effettuazione di un TSO in regime di degenza ospedaliera sono contenute nell'art. 34 della L.833/78 che prevede il contestuale verificarsi di:

1. **alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici**: il che comporta una adeguata valutazione esclusivamente affidata alla responsabilità professionale del medico. Deve ricordarsi che l'art. 34 riguarda espressamente solo i casi di malattia mentale, sicché non è la presenza di alterazioni psichiche che di per sé giustifica il ricorso al TSO, ma il loro specifico riferimento a una malattia mentale.

2. **che tali interventi non vengano accettati dal malato.** La Legge fa riferimento ad un malato che è sempre in grado di esprimere dissenso o consenso, seppure non valido poiché inficiato dalla patologia, e pone in capo ai sanitari ogni ulteriore iniziativa volta ad assicurarlo in ogni momento del provvedimento. Il medico deve, pertanto, ricercare, anche fornendo tutte le informazioni necessarie, il consenso del paziente illustrando tutti gli elementi la cui mancata conoscenza potrebbe far propendere il paziente per un rifiuto. Il consenso si deve tuttavia basare sulla condivisione di un programma e non può trattarsi ovviamente di un atto formale che ha il solo scopo di impedire un provvedimento.

3. **che non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.** È altresì necessario che i comportamenti del soggetto siano tali da non costituire immediato pericolo per l'incolumità propria od altrui, poiché in caso contrario, sussistendo lo stato di necessità di reprimere i comportamenti auto- o eterolesivi, si dovrà intervenire immediatamente, senza attendere l'attuazione del TSO.

Per attuare un TSO in regime di degenza ospedaliera sono necessari:

1) la proposta motivata da parte di un qualunque medico,

2) la convalida della stessa proposta da parte di un secondo medico che abbia un rapporto di dipendenza o di convenzione con il servizio sanitario nazionale,

3) infine l'emissione dell'ordinanza da parte del sindaco del Comune in cui viene effettuato il TSO. Solo successivamente all'ordinanza il TSO può essere eseguito.

Il provvedimento va espletato anche quando il paziente:

- sia residente nel territorio di un'altra ASP,

- sia senza fissa dimora,

- sia ospite della casa circondariale,

- sia cittadino straniero, con domicilio o meno, in regola o meno con permesso di soggiorno.

Nel redigere la certificazione per il TSO il medico descriverà i dati clinici concernenti il paziente certificando solo le notizie acquisite in modo diretto e personale, avendo cura di documentare dal punto di vista diagnostico l'esistenza di una malattia mentale e ciò che giustifica la valutazione di gravità e urgenza,il fatto che siano stati fatti tutti i possibili tentativi per coinvolgere il paziente e

motivarlo all'intervento, poichè la legge prescrive "iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato" (art. 33, comma 5). La legge indica, inoltre, la necessità, "per ridurre il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori", di iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria. In tale fattispecie potrebbero rientrare programmi di prevenzione centrati sui casi per i quali siano stati attivati TSO ripetuti, nell'ambito di programmi di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i pazienti c.d. revolving doors.

Se accettiamo con coerenza questa politica di prevenzione dei TSO appariranno non condivisibili quelle impostazioni che portano ad attribuire un carattere preventivo al TSO, il che avviene quando l'attivazione del TSO scaturisce dalla convinzione del medico che vi è probabilità si manifestino quelle alterazioni psichiche che già altre volte hanno obbligato a far ricorso a un TSO. Solo l'attualità delle alterazioni psichiche e il rifiuto attuale del trattamento necessario giustificano il TSO.

Il medico è abilitato al riconoscimento della presenza di "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici" (L. 833/78, Art.34, Comma 4). Ma come per ogni malattia degna di cura ci può essere, fin dalla fase diagnostica, e sicuramente nella fase del trattamento, il bisogno di un intervento specialistico. Pertanto, quando disponibili, dovrebbero essere usate tutte le competenze necessarie: direttamente dovrebbero intervenire, o portare un contributo in consulenza, lo psichiatra, lo psichiatra del servizio di territorio, l'équipe del servizio di territorio (in quanto portatori di conoscenze utili alla diagnosi, alla diagnosi differenziale tra alterazione psichica di rilevanza psichiatrica e manifestazioni comportamentali di origine dissociale, ecc.).

Le certificazioni

Il medico a cui sia giunta segnalazione dell'esistenza di una persona affetta da gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, e per la quale si richiede un TSO, prima di redigere il certificato di proposta, deve verificare direttamente e personalmente la situazione, la quale non può essere assolutamente desunta da notizie, anche dettagliate, fornite da parte di terzi.

Le stesse procedure devono essere applicate anche per la certificazione relativa alla convalida. Nella compilazione delle certificazioni mediche da parte del sanitario, va sempre rispettato il concetto di "proposta motivata" nella quale devono essere contenute in modo dettagliato le notizie cliniche relative al paziente e non semplici definizioni diagnostiche, nonché la descrizione delle condizioni e delle circostanze attuali che rendono necessario il provvedimento.

Rispetto al problema della doppia certificazione, prevista per il TSO in regime di degenza, la normativa non indica specificamente la necessità del coinvolgimento dello psichiatra; si ritiene opportuno, al fine di raccogliere e valutare nella maniera più adeguata e completa la situazione clinica del paziente, che in tali atti venga coinvolto, quando possibile, lo specialista e il servizio della salute mentale presente nel territorio.

Nello specifico, ai sensi di legge un'ordinanza di TSO viene emessa dal Sindaco dietro presentazione di proposta e convalida rispettivamente presentate da due medici. La proposta può essere redatta da qualsiasi medico abilitato alla professione, mentre la convalida può essere redatta solo da un medico che esercita una funzione di pubblico servizio nel Sistema Sanitario Nazionale. Si rileva come il Servizio di Continuità Assistenziale debba avere piena competenza clinica e abbia piena competenza formale per le relative certificazioni.

La proposta deve contenere le seguenti informazioni:

- Generalità del medico proponente. A tal fine si ritiene che per i dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale sia sufficiente indicare (oltre a nome e cognome) il servizio di appartenenza; per tutti gli altri medici è necessario fornire indicazioni che garantiscano la rintracciabilità in tempi brevi (n. telefonico,indirizzo dell'ambulatorio, iscrizione all'Ordine dei Medici o Codice Regionale);

▪ Generalità del paziente da sottoporre a TSO, comprensive di data e luogo di nascita, residenza e luogo in cui il paziente si trova al momento, se disponibili; se questi elementi non sono disponibili occorre specificarlo;

▪ Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in cui effettuare il TSO;

▪ Descrizione adeguata delle condizioni che soddisfano i tre requisiti di legge; - L'alterazione psichica deve riguardare una malattia mentale ed essere tale da richiedere un urgente intervento terapeutico; a tale riguardo si rende necessario che la diagnosi sia integrata da una accurata descrizione clinica e dai presupposti di gravità delle condizioni di salute;

- L'esplicito rifiuto da parte dell'infermo dell'intervento terapeutico;

- L'impossibilità di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

▪ data ed ora;

▪ Timbro e firma leggibile.

La convalida deve contenere gli stessi elementi: può essere tralasciata una descrizione dettagliata delle condizioni che soddisfano i requisiti di legge, limitandosi a richiamare e confermare quanto contenuto nella proposta del collega.

Entrambi i certificati devono essere redatti con grafia leggibile ed anche la firma deve essere leggibile e non sovrapposta al timbro.

Deve essere incoraggiata l'uniformazione delle modalità di redazione delle certificazioni, anche attraverso l'uso di moduli prestampati, che lascino comunque sufficiente spazio alla descrizione delle condizioni cliniche e degli elementi qualitativi che permettano al Sindaco ed al Giudice Tutelare di esprimere giudizi documentati.

I certificati, devono essere redatti in triplice copia, firmati a calce, consegnati alla Polizia Locale direttamente da operatori sanitari. Il personale della Polizia Locale preleverà quindi presso le strutture sanitarie proposta e convalida per recarle al Sindaco del Comune ove si trova il paziente, per la stesura dell'ordinanza.

Ordinanza del Sindaco

Come previsto dagli artt. 33 e seguenti della Legge 833/78, gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del Sindaco nella sua veste di autorità sanitaria. Il Sindaco può emanare l'ordinanza entro 48 ore dalla relativa proposta e convalida. Premesso che è solo l'ordinanza del Sindaco che rende eseguibile il provvedimento, va sottolineato che tale ordinanza non è una mera conseguenza burocratica delle certificazioni mediche, ma un atto sul quale il Sindaco è chiamato a pronunciarsi, in quanto referente istituzionale per la sanità che ha la responsabilità ultima su tutte le procedure inerenti le proprie ordinanze.

Se è vero che per garantire una tutela giurisdizionale, il Sindaco può emanare l'ordinanza entro 48 ore, è altresì evidente che, dovendo rispondere a condizioni di urgenza, tale periodo della durata di 48 ore deve intendersi come una possibilità . Appare opportuno che la presenza di "gravi disturbi psichici" che richiedono "urgenti interventi terapeutici", debba ordinariamente comportare l'emanazione dell'ordinanza e l'esecuzione della stessa nel più breve tempo possibile.

Si ritiene indispensabile, in ragione dell'urgenza, che i Sindaci possano assumere iniziative di tipo organizzativo tali da poter rendere al più presto esecutiva l'attuazione del provvedimento, anche laddove si presentassero particolari criticità organizzative.

Durata e validità delle certificazioni e delle ordinanze

La Legge 833/78 prevede che il Sindaco abbia 48 ore di tempo dal momento della convalida per emanare l'ordinanza di TSO (o motivare la non emanazione della stessa) e che l'ordinanza debba essere notificata tramite messo comunale al Giudice Tutelare entro 48 ore dal ricovero.

Il certificato di ricovero deve essere nello stesso termine depositato presso la cancelleria del Giudice Tutelare.

Sussistono nella pratica interpretazioni discordanti in merito alla durata dell'ordinanza sindacale, nel caso in cui non si riesca a rintracciare il paziente o in cui questi si sottragga alle cure in regime di TSO.

Si ritiene che l'esatta temporizzazione sia la seguente:

a) dal momento della convalida il Sindaco ha 48 ore di tempo per procedere ad emettere l'ordinanza o a non emetterla motivando la sua decisione;

b) una volta emanata l'ordinanza questa deve essere eseguita immediatamente e comunque non oltre 48 ore; nel caso in cui il paziente sia irreperibile, trascorso tale termine dovrà essere eventualmente attivata una nuova procedura;

c) dal momento in cui il paziente entra in reparto vengono computati i sette giorni di durata del trattamento e le 48 ore per dare comunicazione al Giudice Tutelare ai fini della convalida ;

d) il Giudice Tutelare ha a sua volta 48 ore per convalidare o meno il TSO; in caso di mancata convalida il Sindaco dispone l'immediata cessazione del trattamento stesso (in condizioni di degenza); in caso di avvenuta convalida questo prosegue fino alla sua scadenza naturale, salvo decadenza;

e) in caso di allontanamento del paziente dal reparto, ne viene data immediata comunicazione alla Forza Pubblica affinché il paziente possa essere da questa reperito e ricondotto in SPDC. Qualora il paziente risulti irreperibile, il responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ne dà comunicazione al Sindaco, specificando che il TSO deve considerarsi decaduto per impossibilità a proseguirlo.

L'effettuazione di un nuovo ricovero in SPDC, stante le condizioni di cui alla Legge, richiede che venga nuovamente reimpostata la procedura per il TSO.

Esecuzione dell'ordinanza

L'ordinanza del Sindaco ha carattere di provvedimento amministrativo diretto alla generale tutela, sotto il profilo sanitario, dell'interesse della collettività alla salute. Il provvedimento che dispone il TSO rientra nella competenza dell'ente Comune, sia sotto il profilo dell'autorità che lo emana, sia sotto il profilo della sua attuazione.

Nella fase di attuazione di un'ordinanza di ASO o di TSO, il Comune conserva uno specifico interesse alla corretta esecuzione della medesima da attuarsi attraverso il proprio personale, nella fattispecie il Corpo di Polizia Locale. L'impostazione forzata che ne discende riveste, come per tutte le ordinanze, il carattere di una operazione di "polizia amministrativa" diretta all'osservanza di regolamenti e di provvedimenti dell'autorità, quali i trattamenti sanitari obbligatori. In tal senso appare necessario, l'attivazione da parte di ogni Comune di una reperibilità del Sindaco o degli Assessori all'uopo delegati alla firma e del Corpo di Polizia Locale, al fine di rendere esecutiva in tempi e modi corretti l'ordinanza.

A questo riguardo va precisato che la competenza burocratica amministrativa ed esecutiva dei TSO ed ASO non può ricadere su figure professionali diverse da quelle citate (anche per la stesura dell'ordinanza e la verifica di validità delle procedure amministrative), in considerazione dei profili di responsabilità posti in essere dalla norma.

Così come esplicitato nelle Circolari del Ministero dell'Interno (n.3 del 20.07.2001)e della Sanità (n.900.3/SM-E1/896 del 21.9.1992), ai fini della operatività del personale entrambi collaborano alla esecuzione del TSO mantenendo ruoli e funzioni distinte.

Appare opportuno distinguere le funzioni terapeutiche proprie del personale sanitario da quelle amministrative concernenti la gestione e l'esecuzione diretta dei provvedimenti obbligatori. La ricerca del soggetto, la notifica e l'esecuzione di una ordinanza di ASO o di TSO (prelevamento ed accompagnamento) non si configura, sul piano giuridico, come atto sanitario, ma riveste il carattere di operazione di polizia amministrativa, pertanto il personale di cui il Sindaco si dovrà avvalere per dare attuazione al proprio provvedimento mediante tempestivo trasporto al reparto psichiatrico designato (SPDC), deve essere individuato nel Corpo di Polizia Locale, titolare anche di eventuali atti di coazione finalizzati all'osservanza del provvedimento obbligatorio, secondo le norme previste, e a sostenere l'assistenza sanitaria in atto.

Il ruolo del personale sanitario

Nel corso dell'attuazione di una ordinanza rimangono ben distinti i ruoli del personale sanitario e di quello della Polizia Locale o in generale della Forza Pubblica: al personale sanitario spetta assistere e tutelare comunque la salute del paziente, alla Polizia Locale portare a compimento l'esecuzione dell'ordinanza sindacale.

Il ruolo del personale sanitario (Dipartimento di Salute Mentale, SUEM, Medici di Medicina Generale, Medici del Servizio di Continuità Assistenziale) deve essere inteso come adempimento di quei doveri sanitari che non vengono meno anche durante l'esecuzione di una ordinanza e la cui omissione si può configurare quale reato.

La presenza di detto personale durante la durata della procedura deve ritenersi necessaria e trova il proprio fondamento nell'ambito più generale dell'assistenza ad un malato. Durante tutta la durata della procedura esecutiva dell'ordinanza, il personale sanitario continua a svolgere la propria attività di assistenza sanitaria a favore del paziente sottoposto a provvedimento (tra cui ad esempio: fornire informazioni corrette, suggerimenti su come meglio rapportarsi al paziente ed al suo contesto, eventuale esecuzione di terapie farmacologiche). Dovrà altresì fornire tutte le informazioni necessarie ai fini di una buona effettuazione del TSO con le condizioni meno traumatiche possibili.

Le competenze e le responsabilità di ordine sanitario non possono essere sospese o surrogate dall'intervento della Polizia Locale; durante l'esecuzione di una ordinanza il personale sanitario continua ad essere titolare di un ruolo tecnico finalizzato alla tutela della salute del paziente sottoposto al provvedimento, all'adozione delle modalità più idonee al rispetto ed alla cura della sua persona, nonché al recupero di un eventuale consenso.

L'opera del personale sanitario non potrà mai essere sostitutiva di quella della Polizia Locale, istituzionalmente preposta a superare l'eventuale resistenza manifestata dal paziente, nonché a richiedere anche l'intervento della forza pubblica o dei vigili del fuoco al verificarsi di situazioni di particolare rischio per l'incolumità del paziente o di terzi. Pertanto, qualora ogni possibile intervento del personale sanitario si dimostri vano e si renda necessario l'uso della coazione fisica per vincere la resistenza opposta dal paziente, subentra la specifica competenza della Polizia Locale istituzionalmente chiamata a provvedere all'esecuzione del provvedimento

Nel caso in cui l'utente sia barricato in casa, la Polizia Municipale può avvalersi dell'intervento dei Vigili del Fuoco, in possesso degli strumenti più idonei per accedere all'abitazione, arrecandovi il minor danno possibile.

Qualora il paziente si sia allontanato dalla propria abitazione compete alla Polizia Locale rintracciare l'utente per le successive 48 ore, coinvolgendo eventualmente la forza pubblica. I sanitari, in rapporto con i familiari del paziente garantiranno informazione e supporto, ricercando attivamente la condivisione sul percorso di cura.

Nel caso in cui il soggetto venisse rintracciato, la Polizia Locale avviserà l'equipe sanitaria di competenza e verrà riattivata la procedura di esecuzione del provvedimento.

Al di là delle 48 ore dovrà essere effettuata una ulteriore valutazione sanitaria da parte dei curanti.

Articolazione organizzativa tra SUEM e DSM

La legge n. 1 /1996, istitutiva del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica impone che ogni condizione morbosa di interesse medico- chirurgico, insorgente sul territorio, in modo acuto e grave, sia oggetto di intervento da parte di un servizio erogato dall'Azienda titolare della salute pubblica, organizzato intorno a una Centrale Operativa, funzionante su base provinciale (SUEM 118). La legge non ammette che prestazioni complesse, quali quelle di urgenza – emergenza in luoghi non protetti, né attrezzati da un punto di vista sanitario (domicilio, spazio pubblico ecc) vengano affidate a personale o a servizi non addestrati specificamente, intensivamente e ripetutamente.

La Legge non ammette che personale non specificamente addestrato possa sostituire in modo intenzionale e programmato le competenze riconosciute , continuamente verificate e accreditate, in possesso del personale SUEM.

La Legge non ammette una differenziazione tipologica tra i diversi quadri clinici o tra i diversi pazienti; differenziazione che produrrebbe una discriminazione illegittima tra soggetti sempre titolari di eguale diritto, vale a dire di assistenza sanitaria in condizioni di acuzie morbosa.

Anche in psichiatria le condizioni di urgenza ed emergenza coincidono con quelle codificate e classificate nella medicina generale. L'urgenza e l'emergenza appartengono di natura e di diritto ai compiti e all'attività generale della medicina d'urgenza, poiché nel loro accadimento, si riconosce una condizione acuta di specifico interesse medico. In quanto specialità medica la psichiatria partecipa, altresì, alla costituzione e al funzionamento integrato del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) attraverso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. (SPDC).

Le articolazioni organizzative tra SUEM e Dipartimento di Salute Mentale, sperimentate da più anni in alcune Aziende Calabresi e dimostratesi valide, sia in termini di efficacia (basso numero di TSO) sia di economicità e di spesa (es. evitamento di doppioni assistenziali), consigliano di estendere il modello su tutto il territorio calabrese.

Le fasi operative individuate sono le seguenti:

1- In caso di richiesta di intervento urgente per disturbo mentale, il SUEM con proprio personale, mezzi mobili e strumenti interviene direttamente e autonomamente per valutare e dare una prima risposta al problema clinico emergente.

2- Valutatane la necessità, il SUEM può avvalersi della consulenza del personale medico del CSM territorialmente competente, che verrà erogata, secondo necessità, a domicilio del paziente, presso le sedi dei Centri di Salute Mentale durante il loro orario di apertura settimanale, o presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. La sede in cui può svolgersi la consulenza sarà concordata con lo Psichiatra territorialmente competente per rendere più efficiente e tempestiva la prestazione da erogare. In ogni caso la consulenza deve essere esercitata in strutture idonee a garantire la tutela sanitaria del paziente e consentire, ove necessario, l'accesso ad accertamenti strumentali o laboratoristici per dirimere situazioni complesse ed assicurare, quindi, parità di trattamento come per tutti i pazienti in condizioni mediche critiche.

3- Il personale sanitario del CSM territorialmente competente, durante l'esecuzione del provvedimento di TSO avrà il ruolo di facilitare l'intervento del personale SUEM, trasferendo informazioni cliniche, attivando altri attori istituzionali (Vigili Urbani, Sindaci ecc.), suggerendo eventuali procedure alternative.

4- Il trasporto del paziente verso il Presidio Sanitario individuato avverrà con autoambulanze e personale del SUEM.

Trasporto del malato

I mezzi con cui trasportare la persona ammalata presso il presidio sanitario, di regola vanno individuati nelle autoambulanze.

L'intervento dell'autoambulanza dovrà avvenire senza ritardo, compatibilmente con la disponibilità di mezzi e la presenza di altre urgenze in atto, in specie qualora il prolungamento dei tempi di attesa potrebbero essere di nocumento all'effettuazione del TSO, che deve considerarsi, sia per la Polizia Locale, che per tutti i sanitari interessati, un intervento di carattere urgente (possibili profili di responsabilità in merito alle conseguenze cliniche conseguenti a dilazioni).

Anche nella fase di trasporto al Presidio Sanitario, dovranno sempre essere garantite le attività di assistenza da parte dei sanitari e di custodia da parte della Polizia Locale. Qualora le condizione psico-fisiche dell'interessato siano tali da far ragionevolmente supporre una reazione violenta del paziente e gli operatori della Polizia Locale non siano - anche per circostanze di tempo o di luogo - nelle condizioni di poter garantire adeguata cornice di sicurezza, questi potranno richiedere l'ausilio delle Forze dell'Ordine, compatibilmente con le loro prioritarie esigenze di servizio.

Ragione di tale prescrizione, oltre a generali profili di tutela della salute e di sicurezza, trova sua naturale motivazione nella già citata necessaria e indispensabile integrazione delle competenze considerando il momento del trasporto del malato, come solo una delle diverse fasi di cui si articola l'esecuzione del TSO: attività sottoposta in ogni sua fase alla responsabilità della Polizia Locale, che di fatto termina solo al momento dell'affidamento del soggetto al personale sanitario del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

L'accompagnamento in SPDC, avverrà anche se questo è situato in un ospedale diverso rispetto alla sede di provenienza dell'equipe sanitaria e del personale della Polizia Locale (in tal senso, in assenza di posti letto disponibili, il TSO può essere portato a termine con lo stesso personale recando il paziente in un SPDC situato in altro presidio ospedaliero o ASP vicinioria o extra regionale, di cui l'SPDC di competenza ha assicurato la disponibilità di posto letto, purchè sia stata in precedenza allertata in tal senso la Centrale Operativa del SUEM).

Nell'esecuzione del TSO compete infine alla Polizia Locale, seppure in collaborazione con i sanitari, l'individuare e il sottrarre al soggetto eventuali mezzi atti a recare offesa a sé stesso o ad altri.

Individuazione del SPDC per TSO

Il sindaco, dovendo indicare il luogo dove trasportare l'infermo, deve conoscere la disponibilità di un posto letto in SPDC e quindi decidere per l'SPDC più vicino sulla base delle informazioni che il sistema 118 raccoglie e fornisce.

Il ricovero in un SPDC fuori Regione, in caso di mancanza di posti letto, si giustifica con la necessità di ottemperare all'obbligo della cura. Per ridurre al minimo il disagio del paziente si dovrebbe rispettare sempre il criterio di scegliere il SPDC più vicino.

Anche i trasferimenti di pazienti, dal SPDC indicato nell'ordinanza di TSO a quello di residenza del paziente, devono avvenire nel rispetto della dignità della persona e attuati per favorire i benefici di una successiva, più adeguata, presa in carico che garantisca una continuità terapeutica.

Libertà di scelta del luogo e del servizio in caso di ASO/TSO

L'Art. 33, comma 2, ricorda che anche gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori non debbono violare il principio del "rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici", compreso il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Quest'ultimo viene limitato dall'espressione "per quanto è possibile" Pertanto deve essere garantita al paziente la libera scelta del luogo e del servizio, nei limiti posti dalla disponibilità di posti letto e dall'opportunità di non sottoporre il paziente ad un viaggio di trasferimento di durata eccessiva. Comunque occorre verificare la disponibilità, del servizio scelto dal paziente, ad accoglierlo e a svolgere un programma che preveda la presa in carico successiva o l'impegno a favorire il ritorno al DSM inviante. Di questa mediazione si farà carico il DSM del luogo dove avviene l'avvio della procedura di TSO. La scelta del paziente che non è stato possibile rispettare nell'immediato deve sempre essere tenuta presente ed esaudita "per quanto è possibile".

Accoglimento del malato presso l'S.P.D.C.

Il personale di Polizia Locale, accompagnato il paziente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura indicato nell'ordinanza, avrà cura di affidare lo stesso, collaborando in sede affinché siano attuate e verificate le condizioni di sicurezza, direttamente al medico di reparto, ritirando infine due delle tre copie dell'ordinanza che da questi verrà firmata a calce (di cui una verrà trasmessa dal sindaco all' ufficio del Giudice Tutelare entro le 48 ore successive).

Fatto salvo l'obbligo di mezzi da parte dei sanitari nel prevenire qualsiasi conseguenza o complicanza del quadro patologico, qualora queste consistessero nell'imminenza di comportamenti violenti in SPDC, o di pericolo attuale per l'incolumità del soggetto o di terzi, i sanitari possono coinvolgere durante la degenza il personale della Forza Pubblica (carabinieri, polizia di stato), sia in "sostegno all'opera di soccorso" che per le specifiche competenze di tutela della sicurezza e dell'ordine pubblico. Si ricorda che l'eventuale contenzione può essere giustificata, come per qualsiasi altro cittadino, solo dallo stato di necessità (serio, concreto ed immediato pericolo) o dalla repressione di reati, mai dalla natura del ricovero in regime di TSO.

- Avvertenze nell'esecuzione del T.S.O.

Il rispetto di tutte le cautele richieste dalla legge al fine di salvaguardare la dignità della persona, non deve essere vanificato da modalità di effettuazione del TSO troppo invasive e "spettacolari": non va dimenticato che purtroppo la malattia mentale è ancora fortissimo veicolo di "stigma" - quindi di esclusione sociale - e che le recenti normative sul rispetto della privacy consigliano di mantenere durante l'intervento il più basso profilo possibile nella situazione data.

Il diritto riconosciuto all'infermo, nel corso del TSO, di comunicare con chi ritenga opportuno, costituisce una garanzia per il paziente. Non solo è un rimedio contro l'isolamento ma anche contro eventuali soprusi a cui lo stato di scarsa contrattualità potrebbe esporlo.

Le persone ricoverate volontariamente in SPDC, se viene meno il loro assenso alle cure dovrebbero essere dimesse, salvo il configurarsi di una situazione di urgenza o l'esistenza delle tre condizioni previste per il TSO in degenza ospedaliera, che deve essere attivato con le garanzie previste dalla legge.

Quanto alla "ulteriore durata presumibile del trattamento" la legge non pone limiti, anche se nella prassi corrente si tende ad applicare il limite di sette giorni. Questo è un esempio di una ulteriore garanzia offerta al paziente e comporta una periodica valutazione. Se da questa scaturisce la necessità di una continuazione della limitazione della libertà personale, si chiederà una convalida amministrativa e giurisdizionale.

Per il TSO in degenza ospedaliera "chi è sottoposto a TSO, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare".

Anche il Tribunale ha facoltà di fare una indagine supplementare e quindi pronunziarsi in merito al provvedimento impugnato.

Le 48 ore disponibile per la notifica, da parte del messo comunale, al giudice tutelare dell'ordinanza di TSO in condizioni di degenza ospedaliera, decorrono dal momento del ricovero che viene attestato dal medico accettante con firma autografa su copia dell'ordinanza del sindaco che gli è presentata dalla Polizia municipale accompagnante il paziente in SPDC.

L'eventuale prolungamento della durata del TSO, dopo la scadenza dei primi sette giorni, avviene in seguito a una proposta motivata del Responsabile del SPDC, in cui il paziente è stato ricoverato, al Sindaco. La dizione "in tempo utile", che è inserita nella descrizione della procedura, è stata intesa nel senso che deve giungere al Sindaco 48 ore prima della scadenza del TSO perché questi sono i termini temporali indicati nel primo comma dell'Art. 35. Nella prassi corrente il rinnovo del TSO avviene, se è ancora necessario, di sette giorni in sette giorni, per una prassi ovunque consolidata, che pone un limite temporale là dove la legge non dà indicazioni chiare.

- Revoca dell'Ordinanza di TSO per accettazione della terapia da parte del malato in fase di esecuzione del provvedimento

Qualora in fase di attuazione dell'ordinanza di TSO il medico del DSM, anche all'arrivo del paziente in SPDC, decida di interromperne l'esecuzione poiché nell'estremo tentativo finalizzato a favorire il consenso del paziente questi accetta infine l'intervento terapeutico proposto; il sanitario formula contestuale e formale richiesta al Sindaco di revoca del provvedimento, essendone decaduti i presupposti.

Tale richiesta, viene consegnata immediatamente agli operatori di Polizia Locale presenti. Alla richiesta di revoca farà seguito l'emissione di un provvedimento di revoca dell'ordinanza di TSO.

- Procedure da attuare in caso di allontanamento del paziente dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

In caso di allontanamento dal reparto il responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve inviare immediata segnalazione alla Forza Pubblica, specificando le condizioni cliniche del paziente e da quanto tempo lo stesso si trovi ricoverato in regime di TSO, affinché questi possa essere rintracciato dalla Forza Pubblica e quindi immediatamente ricondotto in SPDC.

Qualora il paziente risulti oggettivamente irreperibile alla Forza Pubblica, il responsabile dell'SPDC dovrà comunicare al Sindaco l'impossibilità di proseguire il TSO, avviando eventualmente una nuova procedura per il TSO nel momento in cui, stante le condizioni previste dalla Legge, il paziente si rendesse reperibile.

Nel caso in cui si sia a conoscenza che il paziente si trovi in un Comune afferente ad altra e diversa ASP, il responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura darà informazione al Servizio Psichiatrico Territoriale competente che provvederà a valutare la situazione ed eventualmente ad attivare una nuova procedura di TSO. sotto la giurisdizione del Comune in cui il paziente si trova

in quel momento.

Interventi sanitari che non necessitano di TSO

Esistono condizioni che, pur limitando per motivi di salute la libertà personale, non richiedono necessariamente l'attivazione delle procedure per gli interventi sanitari obbligatori.

1 - L'intervento in "stato di necessità".

L'art. 54 C.P. recita: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona..." Accanto ad altre disposizione normative, questo articolo del Codice Penale supporta la possibilità di intervento della Forza Pubblica nella prevenzione dei reati, giustificando, di fronte a comportamenti che evidenzino un

rischio attuale, ovvero immediato, per l'incolumità del soggetto o di terzi, interventi di tipo ispettivo e coattivo.

Tra questi, nel sospetto di gravi alterazioni psichiche, è possibile l'immediato accompagnamento coattivo in Pronto Soccorso per la valutazione sullo stato di salute del soggetto. Quest'ultima possibilità, definita come sostegno all'opera di soccorso, introduce un punto di vista sanitario. In quest'ultima accezione lo stato di necessità viene affrontato dall'art. 39 del Codice Deontologico, che impone l'intervento medico, "sia in casi di necessità e di urgenza, sia nell'ipotesi in cui il paziente non sia in grado di esprimere una volontà contraria".

Esistono quindi situazioni di interesse psichiatrico che caratterizzate da urgenza e drammaticità, non richiedono l'attivazione della procedura di TSO, ma interventi immediati.

Nelle condizioni sanitarie in cui la presenza di gravi alterazioni psichiche non è espressione di una malattia mentale (patologie neurologiche, internistiche, tossiche, traumatiche...) non è mai è consentito il ricorso al TSO ma è solo possibile, essendovene le condizioni, attuare interventi in stato di necessità. Il sanitario, in presenza di situazioni cliniche nelle quali si riconosca un grave e attuale rischio per l'incolumità del paziente o di terzi (a domicilio del soggetto, in ambulatorio, in Pronto Soccorso...), deve intervenire direttamente, anche a costo di limitare la libertà del paziente. In questa situazione, dovrà avvalersi dell'intervento delle forze dell'ordine. Di particolare rilievo a questo riguardo è la valutazione del clinico sul "rischio o pericolo attuale" (immediato) di danno grave alla salute, anche di terzi, conseguenza di una patologia, tale da richiedere interventi improrogabili, rispetto al "rischio o pericolo potenziale" per il quale l'eventuale trattamento è da considerarsi urgente seppure non ancora improrogabile. Va sottolineato che la giurisprudenza evidenzia che, rispetto a comportamenti violenti aventi nesso di causa con un quadro clinico che comprometta la volizione del paziente, il medico ha la specifica responsabilità, sia della cura che di prevenirne le conseguenze, fatta salva la più specifica competenza per intervenire a questo scopo, della Forza Pubblica. Oltre alla valutazione sullo stato di necessità, è quindi compito del medico valutare in merito allo stato della volizione compromesso dalla patologia, ovvero sulla capacità di consenso/dissenso del paziente rispetto alle cure. In tal senso un soggetto che presenti una volizione integra, eppure vi sia stato di necessità, ha facoltà di opporre rifiuto alle cure.

Da questo punto di vista si distingue:

- mancanza di consenso, che richiama una condizione in cui il soggetto non è in grado di esprimere alcun consenso o dissenso, condizione che ritroviamo nei disturbi psichici dovuti a patologie organiche, rispetto alle quali l'unico intervento possibile è solo quello in condizioni di consenso presunto, in stato di necessità, oppure, come nel caso degli incapaci naturali (demenza, oligofrenia), l'assenza di uno stato di necessità richiede, rispetto ad eventuali cure, il coinvolgimento del Giudice Tutelare ,

- dissenso, che riguarda le malattie mentali, in cui il soggetto è capace di esprimersi ma il dissenso non è valido causa la patologia psichiatrica ed è possibile:

1) in caso di pericolo attuale di salute, l'intervento in stato di necessità,

2) in caso di pericolo potenziale, il ricorso al TSO.

Va precisato che la Legge riferisce la possibilità del TSO solo alle malattie mentali, nelle quali il soggetto è sempre in grado di esprimersi sul consenso, tant'è che in ogni fase del provvedimento è compito del sanitario ricercarlo; infine non a caso il ricovero ospedaliero può solo avvenire in SPDC.

D'altra parte è assolutamente incompatibile con la norma avviare un TSO nell'ipotesi che esista uno stato di necessità, perché in tale circostanza il TSO determinerebbe un dannoso rallentamento di intervento.

Ne deriva che non è mai ammissibile, a seguito della stessa valutazione medica, avviare le procedure per il TSO e contestualmente invocare lo stato di necessità.

2- Stato di coscienza gravemente alterato.

La presenza di stati confusionali o di stato di coscienza gravemente alterato - es: da causa tossica, infettiva, traumatica, neurologica, internistica, etc... - determina, da parte del paziente, l'incapacità di esprimersi (né consenso né dissenso) nei confronti di qualsiasi proposta di intervento sanitario.

Il sanitario è tenuto a mettere in atto tutti gli interventi ritenuti necessari, senza ricorrere alla procedura del TSO. Lo stato di necessità si pone sulla necessità di agire (es: agitazione psicomotoria in alcolismo acuto, aspetti confusivi nel corso di patologie cerebrali), nei riguardi dell'eventuale comportamento disorganizzato o violento con l'eventuale primaria competenza della Forza Pubblica, ai fini del contenimento e della messa in atto degli accertamenti e trattamenti urgenti e improrogabili sulla causa organica sottostante.

Per quanto gli psichiatri siano di frequente chiamati per il trattamento di simili pazienti, a causa delle grandi difficoltà e complessità di gestione che essi comportano, l'intervento più adeguato è al più di consultazione, senza una presa in carico che compete primariamente ai Medici di medicina generale, di Continuità Assistenziale, del DEA, del SUEM, e dell'ambito specialistico indicato dalla patologia sottostante.

Va ricordato che, al di fuori di un immediato stato di necessità, il rifiuto generico di cure mediche in un soggetto che pur presenti uno stato di incapacità (demente, insufficiente mentale), non può giustificare interventi coattivi, ma richiede il coinvolgimento del Giudice Tutelare (o del magistrato di turno).

3 - Pericolo immediato per comportamenti violenti auto-etero diretti in malattia mentale, tali da comportare immediato pericolo.

Lo stato di necessità avviene tipicamente nel caso in cui vi sia un rischio immediato: evidenza di tipo suicidario o presenza di comportamenti violenti in atto (a domicilio del soggetto, ambulatorio, ospedale), oppure vi sia un concreto pericolo attuale legato alla pianificazione/imminenza di violenza auto o eterodiretta.

In questi casi il sanitario, come varie sentenze testimoniano, ha sì obbligo di mezzi ma non di risultato, tuttavia, trattandosi di comportamenti espressione sintomatologica di una malattia mentale che altera la volizione del soggetto, deve prevenirli dando corso alle cure necessarie. Si riferirà pertanto alla Forza Pubblica per il sostegno all'opera di soccorso, oltre che per l'eventuale repressione/prevenzione del reato. Ciò può accadere anche nel corso di una degenza ospedaliera in SPDC, in cui, nelle circostante indicate è d'obbligo ricorrere, sino al superamento del pericolo in atto, alla contenzione (a cui mai si può ricorrere per la mera somministrazione di terapia in assenza di stato di necessità o solo perché il paziente è ricoverato in regime di TSO).

Può presentarsi il caso di un cittadino che manifesti inequivocabilmente alterazioni psichiche tali da costituire pericolo immediato e conseguentemente da richiedere un'attivazione da parte di chiunque (e quindi tanto più da parte delle Forze dell'Ordine e del Corpo di Polizia Locale) ancor prima o senza che sia consentito avviare procedure formali di ASO o TSO.

L'evidente o sospetta alterazione psichica, in presenza disturbi del comportamento giustifica il ricorso alla forza da parte degli organi di cui sopra appare pienamente giustificato sulla base dell'art. 51 CP [adempimento di un dovere], 54 CP [stato di necessità], 93 CP [omissione di soccorso] e dell'art. 1 TULPS [Capo I - Delle attribuzioni dell'autorità di pubblica sicurezza e dei provvedimenti d'urgenza o per grave necessità pubblica].

In questi casi l'intervento sanitario potrà essere attuato solo dopo che le Forze dell'Ordine saranno intervenute per garantire l'incolumità del personale sanitario. Potranno essere quindi utilizzati mezzi

coercitivi al fine di trattenere il cittadino e consentire una valutazione medica che potrà essere compiuta nei seguenti modi:

1. Accompagnando in forma coattiva il cittadino, da parte della Forza Pubblica, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale (direttamente o tramite ambulanza del SUEM) sulla base dello stato di necessità.

2. Mediante invio del medico di medicina generale o di continuità assistenziale e/o, in caso di emergenza, di ambulanza del SUEM, volto ad escludere patologie non psichiatriche, seguito da eventuale trasporto al Pronto Soccorso. La Centrale Operativa del SUEM contatterà il CSM territorialmente competente (o il SPDC competente negli orari di chiusura) per appurare se l'utente è conosciuto dal Servizio e per avviare, in tal caso, eventuali interventi del CSM in collaborazione.

Resta assodato che qualora il cittadino ammalato abbia compiuti fatti che si configurano come reati, l'iter normale di Polizia Giudiziaria seguirà il suo corso.

Si ribadisce quindi che la repressione dei comportamenti violenti è di competenza delle Forze dell'Ordine e che l'intervento sanitario può essere messo in atto solo dopo che le Forze dell'Ordine saranno intervenute per garantire l'incolumità del personale sanitario. L'assistenza delle Forze dell'Ordine deve essere garantita sino all'avvenuta effettuazione in Pronto Soccorso e/o in SPDC degli interventi atti a gestire la situazione.

Va inoltre rimarcato che la repressione dei reati prescinde dalla presenza o meno di una patologia psichiatrica e richiede gli specifici e differenziati interventi di competenza da parte delle Forze dell'Ordine, anche nel caso di pazienti già ricoverati in SPDC o in altra struttura sanitaria.

Nel caso in cui, tali alterazioni psichiche non siano inequivocabilmente manifeste ovvero non offrano elementi per ipotizzare un immediato pericolo, le procedure da adottare saranno le seguenti:

1. in caso di cittadino sconosciuto ai Servizi Psichiatrici, il medico di medicina generale o del Servizio di Continuità Assistenziale, possono avviare, consultatosi telefonicamente con il Centro di Salute Mentale o con il medico di guardia in SPDC, eventuale procedura di ASO presso il Pronto Soccorso o di TSO, oppure reinviare a successiva valutazione da parte del medico di medicina generale e del Centro di Salute Mentale. In caso di richiesta pervenuta alla Centrale Operativa del SUEM questa invierà sul posto il medico di MG o di CA; qualora tale condizione si evidenzi dopo l'invio dell'ambulanza, il personale della stessa giunto sul posto richiederà l'eventuale attivazione del medico di MG o di CA.

2. in caso di cittadino conosciuto ai Servizi Psichiatrici interverrà al più presto, in orario di apertura dello stesso, il Centro di Salute Mentale territorialmente competente. In orario di chiusura dello stesso ci si richiama al punto 1.

3. qualora la Forza Pubblica ritenga opportuno segnalare un caso, l'effettuerà in forma verbale o scritta al Centro di Salute Mentale e al medico di medicina generale del cittadino, per dar corso a successivi interventi atti a consentire una valutazione ed eventualmente una presa in carico.

4. Richiesta al medico psichiatra di trattamento sanitario obbligatorio in assenza di patologie psichiatriche.

Accade che il medico psichiatra venga interpellato da altro medico allo scopo di legittimare l'impostazione di trattamenti sanitari per patologie non psichiatriche, sulla base dell'art. 33 della Legge 833/78.

A tale proposito si evidenzia che qualsiasi intervento sanitario è praticabile in forma obbligatoria solo quando le finalità e le modalità operative sono previste da una specifica norma di Legge oppure quando è in atto una minaccia alla salute e alla incolumità della collettività.

L'art. 33 non può pertanto essere utilizzato come strumento di contrasto contro un'opposizione del singolo ad interventi medici volti al trattamento di affezioni morbose produttive di nocumento, anche estremo, alla sola salute individuale.

Il paziente capace, competente e consapevole, ha infatti il diritto di rifiutare il consenso all'atto medico. Nei casi in cui un paziente ricoverato per patologie non mentali rifiuti un trattamento sanitario, il coinvolgimento del medico psichiatria può essere richiesto dal medico curante, sulla base di fondate motivazioni di ordine clinico, esclusivamente al fine di valutare eventuali limitazioni derivanti da possibili disturbi mentali sulla capacità di dare adeguato consenso.

La decisione circa la condotta professionale da adottare in presenza del rifiuto di un trattamento da parte di un paziente non affetto da malattia mentale compete esclusivamente al medico curante, tenuto conto degli indirizzi normativi e deontologici, fermo restando che anche qualora questi decidesse di agire in assenza del consenso del paziente in nessun caso dovrà e potrà essere attivata una procedura di TSO.

Si ribadisce che in presenza di evidenti alterazioni dello stato di coscienza conseguenti a patologie non psichiatriche, l'intervento in assenza del consenso del paziente può avvenire in regime di consenso presunto e/o di stato di necessità; qualora a seguito di tali alterazioni il pazienti manifesti comportamenti violenti che mettano a rischio l'incolumità del personale sanitario le Forze dell'Ordine sono tenute a prestare l'assistenza occorrente a consentire l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza.

Il TSO non può dunque essere avviato nei pazienti non affetti da patologie psichiatriche che rifiutino di sottoporsi alle cure; in questo casi:

a) se il paziente non ha limitazioni della capacità di intendere e volere il suo rifiuto è valido e deve essere accettato.

b) se il paziente presenta limitazioni della capacità di intendere e volere dovute a patologie non psichiatriche (disturbi psichici secondari a malattie neurologiche, internistiche, traumatiche) o ad assunzione di sostanze, il trattamento può avvenire solo laddove sussista lo "stato di necessità", ovvero un "pericolo di salute attuale" per l'incolumità del soggetto che necessiti di "interventi urgenti e improrogabili"; anche in questo caso qualora il paziente manifesti comportamenti violenti che mettano a rischio l'incolumità di soggetti terzi e/o del personale sanitario, le Forze dell'Ordine sono tenute a prestare l'assistenza occorrente a reprimere il comportamento e a consentire l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza. Va altresì precisato che l'intervento da parte delle Forze dell'Ordine costituisce un "sostegno all'opera di soccorso" anche per la sola realizzazione degli interventi diagnostico clinici. Nei casi descritti, l'intervento da parte delle Forze dell'Ordine può anche consistere nell'accompagnamento coattivo presso il Pronto Soccorso.

c) se il paziente presenta limitazioni alla capacità di intendere e di volere e il rifiuto delle cure non è accompagnato dalle condizioni di cui allo stato di necessità, ovvero al di fuori dell'urgenza e dell'improrogabilità degli interventi, i sanitari (di ospedale o distretto) dovranno coinvolgere il Giudice Tutelare o il magistrato di turno presso il Tribunale.

Trattamento Sanitario Obbligatorio con Interdetti

Per quanto riguarda gli interdetti l'informazione e il consenso sono compiti del tutore, che prenderà le decisioni per la persona sotto tutela. In entrambi i casi il rifiuto attivo del soggetto rispetto alle cure e/o l'assunzione di determinati comportamenti, può determinare la necessità di un coinvolgimento diretto del Giudice tutelare (magistrato di turno del Tribunale).

A maggiore garanzia del paziente, e per consentire una esecuzione del ricovero obbligatorio con la dovuta correttezza di procedure e personale, si ritiene necessario, qualora ovviamente ne ricorrano le condizioni, attuare un TSO.

Condizioni per il Trattamento Sanitario Obbligatorio nei disturbi comportamento alimentare

Il trattamento obbligatorio dei disturbi del comportamento alimentare è tuttora oggetto di controversie di carattere etico, legale e clinico, in particolare per quanto riguarda l'anoressia nervosa (AN). Le considerazioni, non direttive, da tenere presente sono le seguenti.

L'AN è il disturbo psichiatrico che presenta i più elevati indici di mortalità (10%-20% nei follow-up a lungo termine); in alcune pazienti la negazione della malattia e della gravità delle condizioni mediche, la paura di ingrassare, il disturbo dell'immagine corporea, l'inflessibilità cognitiva, inducono al rifiuto del trattamento anche in condizioni di grave rischio per la sopravvivenza. Nonostante non vi sia una compromissione globale delle capacità, in alcune pazienti il deterioramento del pensiero, della percezione del giudizio, del comportamento e della capacità di rispondere alle normali necessità di sopravvivenza, è motivo per proporre l'obbligatorietà della cura.

Nella legislazione italiana l'Anoressia Nervosa può essere considerata come una delle malattie psichiatriche in cui si possono verificare le condizioni previste dalla legge 833/78 (Art. 34) per l'imposizione di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO): la presenza di "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici", l'impossibilità di "adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere"e la negazione del consenso da parte del paziente.

É vero che alcuni ritengono che nell'AN il motivo urgente dell'ospedalizzazione sia costituito dalla compromissione fisica che richiede un trattamento di carattere medico e/o la rialimentazione forzata, non da motivi psichiatrici.

L'AN potrebbe rientrare nei casi in cui "il rifiuto del trattamento di malattia fisica può essere il sintomo di malattia psichica: il che però deve essere diagnosticato e il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche. Per il trattamento di quelle fisiche occorre comunque l'assenso del paziente. Salvo quel che è previsto per l'urgenza e lo stato di "pericolo immediato di vita". Tuttavia la gravità delle condizioni mediche è una conseguenza dei problemi psicopatologici, il cui principale trattamento è proprio un'alimentazione adeguata e il miglioramento delle condizioni fisiche.

Nonostante l'importanza del problema esistono pochi dati pubblicati sulla percentuale di pazienti con AN che vengono ricoverate senza il loro consenso e sull'esito di tale trattamento; negli studi pubblicati negli ultimi 20 anni, sono state rilevate percentuali comprese tra 16 e 26 per cento sul totale dei ricoveri; non risulta che l'evoluzione a breve termine dei pazienti ricoverati obbligatoriamente sia sostanzialmente diversa dall'evoluzione dei pazienti che hanno accettato il trattamento e l'obbligatorietà della cura non sembra aver compromesso il successivo sviluppo di una valida alleanza terapeutica.

Trattamenti senza consenso con i Minori

Nei minorenni la capacità di esprimere un consenso valido è considerata imperfetta e incompleta, e la competenza formale all'espressione del consenso è obbligatoriamente in capo ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale, il cui consenso è sufficiente a fare ritenere "volontario" il ricovero del minore.

Ciononostante, le recenti evoluzioni del diritto a livello nazionale ed internazionale considerano il consenso un atto giuridico unilaterale, che non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere, accordabile anche al minore "maturo" che può e deve esprimere il suo assenso alle cure.

Nel caso di contrasto tra tutore/genitore e minore maturo, relativamente ad atti medici che incidano significativamente sulla integrità personale e la qualità di vita del ragazzo, il parere dei genitori non può automaticamente prevalere sul parere del minore, ma è possibile un intervento del Giudice, come garante del suo diritto di autodeterminazione.

Linee di indirizzo operativo:

Sul piano pratico, in ambito neuropsichiatrico infantile per quanto riguarda gli accertamenti e i trattamenti sanitari per malattia mentale si possono porre cinque diverse situazioni:

1- Sia il minore che entrambi i genitori danno il proprio assenso ad accertamenti e cure e sono sufficientemente collaboranti. Non vi è necessità di investire autorità esterne e si procede secondo quanto man mano necessario e concordato, che si tratti di valutazioni o trattamenti ambulatoriali od ospedalieri.

2- Il minore dà il proprio assenso alle cure, ma uno o entrambi i genitori rifiutano.

L'elemento principale è rappresentato dalla mancata collaborazione di uno o entrambi i genitori, spesso all'interno di una dinamica fortemente conflittuale. Se ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, appare necessaria la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni.

3- Né il minore né i genitori danno il proprio assenso alle cure, o vi acconsente uno solo dei genitori.

L'elemento principale è rappresentato dal rifiuto e dalla mancata collaborazione generalizzata, spesso all'interno di una dinamica fortemente conflittuale. In genere, ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, che richiede la segnalazione alla Procura del presso il Tribunale per i Minorenni.

A volte può invece essere opportuno attivare in prima battuta la procedura dell'ASO (che peraltro ha il vantaggio di segnalare comunque la situazione anche al sindaco), attraverso il quale rinegoziare il consenso, e lasciare il passaggio al TM ad un secondo momento.

4- Il minore non acconsente alle cure, mentre entrambi i genitori danno il proprio consenso e la situazione ambientale e familiare appare adeguata e collaborante.

L'elemento principale è rappresentato dal rifiuto dell'infermo; e in questo caso appare opportuno il ricorso ad ASO e TSO.

5- Il minore non acconsente alle cure, i genitori esprimono formalmente il proprio consenso, ma la situazione ambientale familiare nel suo complesso appare di pregiudizio per la salute del minore.

Appare comunque opportuno per motivi clinici che la prescrizione avvenga da parte di un'autorità esterna nei confronti del nucleo familiare nel suo complesso e non solo nei confronti del minore.

In questo caso appare più opportuna la segnalazione alla Procura presso il TM, evidenziando non solo la situazione complessiva e le motivazioni del pregiudizio, ma anche tutto quanto è stato messo in atto per giungere al consenso del minore, e gli interventi necessari per modificare la situazione di pregiudizio.

Accertamento Sanitario Obbligatorio

L'accertamento sanitario obbligatorio (ASO), va ritenuto di applicazione per situazioni eccezionali e si configura come strumento mirato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via presuntiva, si ha il fondato sospetto della presenza della prima condizione di legge prevista per poter intervenire in forma obbligatoria, vale a dire l'esistenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

La richiesta di ASO per malattia mentale viene fatta dal medico che, essendosi attivato per entrare in contatto con persona per la quale è ipotizzabile la necessità di una valutazione, perché sospettato di essere affetta da gravi disturbi psichici, ha sperimentato personalmente che essa si sottrae attivamente al contatto e si è fatto il convincimento che la stessa rifiuta la propria collaborazione.

Le informazioni dei professionisti, in pratica pubblica o privata, che abbiano avuto in cura precedentemente il paziente, le richieste di intervento avanzate dai familiari, dai vicini, dalle forze dell'ordine, sono elementi che sollecitano l'intervento del medico ma non sono sufficienti a motivare la richiesta di ASO.

Ai fini della emissione della ordinanza di ASO occorre la sola certificazione medica di proposta contenente le motivazioni cliniche che suggeriscono la richiesta di tale provvedimento. Inoltre deve sempre considerarsi che l'ASO potrebbe dar luogo ad un successivo TSO, come pure rivelare l'assenza di una patologia psichiatrica.

Nell'ordinanza del Sindaco deve essere specificato dove si intende effettuare l'ASO (Centro di Salute Mentale, domicilio del paziente, Pronto Soccorso di ospedale civile). Appare utile ipotizzare fra le possibili sedi dell'accertamento, anche l'ambulatorio del Medico di Medina Generale.

L'accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera. In analogia con quanto previsto per i TSO alla ordinanza del Sindaco deve essere data esecuzione immediata, senza ritardo, e comunque non oltre le 48 ore , termine entro oltre il quale dovrà essere eventualmente ripresentato il certificato di proposta.

Nel caso in cui il sanitario che richiede l'ASO ritenga che non sussistano condizioni di urgenza tali da giustificare l'uso di mezzi coercitivi importanti, come ad esempio l'apertura forzata della porta di casa, se tempestivamente informato dagli operatori di Polizia Locale, potrà richiedere il rinvio dell'esecuzione dell'ASO ad altro momento più favorevole, sempre nei limiti temporali di validità sopra riportati.

Come per il TSO, le procedure relative all'acquisizione della documentazione da parte del Comune, nonché la notifica e l'esecuzione del provvedimento coattivo (ordinanza), sono sempre di esclusiva competenza della Polizia Locale (salvo l'ulteriore coinvolgimento da parte di questa della forza pubblica).

Va sottolineato che l'ASO di norma riguarda cittadini non in carico ai Servizi, su proposta di un solo medico. La competenza della Polizia Locale si integra con la possibilità di richiedere l'ambulanza del SUEM per l'accompagnamento, tuttavia deve sottolinearsi che non essendovi stata una valutazione sanitaria, di per sé l'esecuzione è un mero atto di accompagnamento che potrebbe avvenire solo a cura della Polizia Locale. È importante che nel definire la necessità di un ASO e nell'espletamento della sua procedura, pur nel rispetto della privacy, si cerchi un adeguato coinvolgimento dei familiari.

Poiché la norma non specifica in modo dettagliato procedure e tutele giurisdizionali , alla luce dell'esperienza maturata nel tempo,si ritiene di adottare la seguente procedura:

- La proposta deve poggiarsi su molteplici segnalazioni, in primis da parte dei familiari, rispetto alle quali gli altri segnalanti dovranno dare forma scritta assumendosene la responsabilità.

- Segue una prima valutazione del medico di medicina generale, che effettivamente cerca di entrare in contatto con il suo assistito, anche recandosi a domicilio;

- Viene coinvolto il Centro di Salute Mentale, con cui congiuntamente il medico di medicina generale effettua un tentativo di accesso.

- Solo nel caso di comprovata non rintracciabilità del soggetto è possibile dar corso alla proposta, che di norma dovrà avvenire su iniziativa di uno psichiatra del CSM (in orario di chiusura dei CSM saranno attivi i medici di continuità assistenziale, che potranno consultarsi con il medico di guardia o in pronta disponibilità ospedaliera dell'SPDC).

- Si ritiene che notifica ed esecuzione possano effettuarsi con modalità operative analoghe a quelle previste per il TSO, salvo la diversa sede di effettuazione che sarà di norma il Centro di Salute Mentale o il Pronto Soccorso dell'Ospedale Generale (in orario di chiusura del CSM).

- Nell'ordinanza sindacale di ASO deve essere indicata la sede dove si intende effettuare l'ASO: domicilio del paziente, servizio territoriale, Pronto soccorso ospedaliero, Ambulatorio del Medico di Medicina Generale.

L'ASO non può essere svolto in degenza ospedaliera. È opportuno che a valutare il paziente sia il medico o l'équipe del servizio pubblico che ha già tentato di entrare in contatto con lui, dopo che, a seguito dell'ASO, è possibile finalmente garantirne la presenza.

Sarebbe fuori luogo attivare un ASO quando esistono sufficienti elementi di valutazione che fanno già progettare un TSO. Ma è opportuno che il medico si limiti all'attivazione di una procedura di ASO, quando, pur venuto in contatto con il paziente, sia in dubbio di aver identificato tutti gli elementi che sono richiesti per avanzare una proposta di TSO e ritenga gli sia necessaria una consulenza specialistica psichiatrica per sciogliere i dubbi, consulenza che non è attualmente disponibile. In questi casi l'ASO, eventualmente presso il Pronto soccorso di un ospedale, dove sia disponile una consulenza psichiatrica, o in altro luogo dove sia reperibile uno psichiatra, eventualmente anche presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale, sarebbe l'intervento più corretto, soprattutto per evitare un TSO non necessario. Appartiene alla prassi consolidata ritenere che un'ordinanza di ASO, non eseguita entro 48 ore, non sia più valida e si richieda una nuova proposta.