



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

## **PROCEDURA**

### **Applicazione Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale**

**(A.S.O. – T.S.O. – T.S.O.E. – T.S.O. MINORI)**

|                                 |  |   |   |
|---------------------------------|--|---|---|
| Rev. 00/RM<br>Del<br>18/06/2019 | Approvata da:<br>Comitato Rischio<br>Clinico | Verificato da:<br>Direttore Sanitario<br>Aziendale<br>Dott. Raffaele Elia | Autorizzato alla diffusione<br>da:<br>Direttore Generale<br>Arch. Angelo Aliquò |
| Pag. 1 di 30                    |  | <i>Comitato Rischio Clinico</i>   |   |

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. PREMESSA .....   | 3  |
| 2. INTRODUZIONE .....   | 3  |
| 3. SCOPO .....  | 3  |
| 4. CAMPO DI APPLICAZIONE .....  | 4  |
| 5. RIFERIMENTI NORMATIVI .....  | 5  |
| 6. ACRONIMI DOCUMENTAZIONE .....  | 7  |
| 7. TERMINI E DEFINIZIONI .....  | 7  |
| 8. CORPO DELLA PROCEDURA .....  | 9  |
| 9. ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO- A.S.O. ....                       | 10 |
| 10. TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO – T.S.O. IN DEGENZA OSPEDALIERA... | 14 |
| 11. TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO EXTRAOSPEDALIERO –T.S.O.E.         |    |
| 12. ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO E TRATTAMENTO SANITARIO .....     | 22 |
| OBBLIGATORIO PER I MINORI .....   | 24 |
| 13. CIRCOSTANZE IN CUI NON SI APPLICANO LE PROCEDURE DI T.S.O. ....       | 27 |

## 1) **PREMESSA**

Il presente documento, fornisce indicazioni e raccomandazioni volte a facilitare l'applicazione delle procedure A.S.O., T.S.O., T.S.O.E. e T.S.O. nei minorenni in modo coerente ed omogeneo su tutto il territorio provinciale e regionale, in conformità con quanto espresso negli articoli 33-34-35 della legge n° 833/78, in ottemperanza con il D.A. 26 marzo 2013 **“Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale”**, e in sintonia con l'art.32 della Costituzione Italiana

## 2) **INTRODUZIONE**

Il percorso, complessivamente considerato, è articolato e sviluppato in sintonia e in linea di conformità, soprattutto, con i contenuti degli articoli 33, 34, e 35 della legge n. 833/78, e con l'art. 32 della Costituzione, al fine di definire e condividere alcune importanti norme procedurali adeguate alle esigenze di cura, assistenza e trattamento dei pazienti psichiatrici, e rispettose del diritto della difesa e della salvaguardia della salute della persona con malattia mentale.

**Il quadro di riferimento più attuale è dato dal Decreto 26 marzo 2013, di recepimento del documento “Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattie mentali”, di cui all'atto n. 09/038/CR/C7 della Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome.**

In tale luce, obiettivo strategico prioritario è quello di garantire una corretta armonizzazione tra le misure sanitarie adottate e le esigenze di legalità, sicurezza e collaborazione interattiva rivolte al miglioramento qualitativo del sistema delle cure psichiatriche razionalmente integrato e operativamente condiviso, cioè a un modello di Salute Mentale funzionale e affidabile a livello interdipartimentale, nonché trasversalmente efficace ed efficiente sotto il profilo multidisciplinare, pluriprofessionale e multimodale.

## 3) **SCOPO**

Finalità generale del presente documento è fornire Indicazioni e Raccomandazioni per specifica competenza, al fine di standardizzare il processo e il metodo di lavoro e semplificare l'applicazione omogenea e responsabile delle procedure A.S.O., T.S.O., T.S.O.E. e T.S.O. nei minorenni. Scopo

largamente condiviso, in aggiunta, è riuscire a razionalizzare e ridurre i tempi di attività e i relativi costi materiali e non.

La strategia collegata allo scopo, inoltre, è finalizzata a definire le responsabilità e ad agevolare i compiti istituzionali degli Operatori sanitari coinvolti, il ruolo della Polizia Municipale e la funzione di tutti gli attori sociali e professionali a cui la procedura è rivolta, all'interno del territorio locale, provinciale o regionale di appartenenza o di riferimento.

### **Obiettivi di scopo previsti e percorsi operativi dedicati:**

- a) Assicurare il superamento delle forme ambigue e confusive di Accertamento e Trattamento A.S.O./ T.S.O. attualmente presenti all'interno dei regolamenti sul tema in oggetto, in quanto spesso risultano essere fonti di notevole problematicità interpretativa, conflitto di competenza e disagio del ruolo di ciascuno e di tutti;
- b) Realizzare accordi interdipartimentali e interistituzionali condivisi sulle procedure standardizzate di esecuzione dei trattamenti e degli Accertamenti Sanitari Psichiatrici con i D.S.M. Integrati e con tutti gli stakeholders presenti nei territori di appartenenza e/o provenienza dei singoli pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi e gravose;
- c) Potenziare la definizione operativa degli strumenti organizzativi e delle linee programmatiche, di struttura e di processo, necessarie alla comune concertazione di tavoli di lavoro rispettivamente mirati:
  - sulle linee guida procedurali di attivazione e attuazione del percorso in oggetto;
  - sulla stipula di un Protocollo d'intesa discusso e condiviso tra tutte le parti coinvolte;
  - sulla implementazione del coordinamento interdipartimentale e interistituzionale dei Piani di Azione Locale per la Salute Mentale
  - sul recepimento del Decreto 26 marzo 2013 “ Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi per malattia mentale”.

#### **4) CAMPO DI APPLICAZIONE**

Tutte le UU.OO. del D.S.M sono chiamate a rispettare e ad applicare la procedura in questione: Centri di Salute Mentale e di NPI e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura delle due U.O.C. di Salute Mentale territorialmente competenti della Provincia di Ragusa .

Pertanto, l'applicazione della procedura riguarda tutte le possibili richieste di A.S.O. e T.S.O., attraverso la corretta e omogenea attuazione ed esecuzione delle linee procedurali, raccordate secondo un comune modello operativo integrato e standardizzato, secondo i criteri della garanzia della libertà personale e della continuità terapeutica a beneficio del paziente.

L'azione integrata è prioritariamente rivolta a Utenti in situazione di Urgenza ed Emergenza. In modo funzionale e operativo, è indirizzata a:

- Pazienti psichiatrici che necessitano di interventi urgenti, ma che rifiutano il consenso e la collaborazione all'accertamento sanitario e/o al trattamento sanitario;
- Familiari dei pazienti;
- Sindaci e Polizia Municipale;
- Medici ed infermieri del D.S.M. e della NPI;
- Medici di Medicina Generale (M.M.G.);
- Medici del Servizio di Continuità Assistenziale e del Servizio di Urgenza ed Emergenza (118);
- Forze dell'Ordine;
- Associazioni non-profit;
- Tribunali per i diritti del malato;
- Amministratori di sostegno e Tutori;
- Giudici Tutelari.

#### **5) RIFERIMENTI NORMATIVI**

**Avvocatura Generale della Sanità:** Richiesta di chiarimenti sul TSO per soggetti con patologia mentale ( 21-09-1992 ).

**Circolare del Ministero dell'Interno ai Prefetti- 21 agosto 1993.**

**Circolare n. 3/2001 Ministero dell'Interno** - Trattamento Sanitario Obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della P.M.

**Codice Deontologico dei medici**

**Codice Penale - Artt. 40, 51, 54, 97 e 593.**

**Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (20/04/2009):** Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (Artt. 33-34-35 Legge 23 dicembre 1978, n.833)

**Costituzione della Repubblica Italiana** (in particolare gli Artt. 13 e 32)

**D.A. 17 giugno 2002 n. 690 e successive modifiche ed integrazioni (Accreditamento Istituzionale).**

**Decreto Assessoriale 1718 del 15 settembre 2011** - "Prontuario Terapeutico Ospedaliero - Territoriale della Regione Siciliana".

**Decreto Assessoriale 27 aprile 2012** di approvazione del "Piano strategico per la salute mentale".

**Decreto dirigenziale 24 settembre 2009** recepimento "Linee d'indirizzo nazionali per la salute mentale".

**Decreto Presidenziale 18 luglio 2011** di approvazione del "Piano della salute 201-2013".

**Decreto Regione Sicilia del 26-03-2013 (GURS 12.04- 2013) che recepisce il documento della Conferenza delle regioni e delle province autonome (29/04/2009): raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale ( art: 33- 34-35 legge 23 dicembre 1978, n. 833.**

**Legge n. 833 del 23-12-1978** ( art. 33, 34 e 35 )

**Legge n.180 del 13-05-1978**

**Linee guida Piano Qualità Aziendale Obiettivi Strategici Regionali (Direzione Generale-Sistema Qualità).**

**Piani di Azione Locale ( PAL ).**

**Piano Strategico della Salute Mentale della Regione Sicilia,** pagg. 22-23 (GURS 15-06- 2012).

**Protocollo congiunto per l'effettuazione dei trattamenti e degli accertamenti sanitari obbligatori psichiatrici.**

**Regione Veneto: ALLEGATO A) al Dgr n.847 del 31 marzo 2009:** Linee guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio.

**T.A.R. Sicilia- Catania, sezione seconda- Sentenza 6 maggio 2005 n.799.**

**T.U.P.L.S. (Testo Unico delle Attribuzioni delle Autorità di Pubblica Sicurezza e dei Provvedimenti d’Urgenza o per grave Necessità Pubblica) – Art. 1.**

## **6) ACRONIMI DOCUMENTAZIONE**

**A.S.O.:** Accertamento Sanitario Obbligatorio

**C.S.M.:** Centro di Salute Mentale

**C.T.A.:** Comunità Terapeutica Assistita

**D.S.M.:** Dipartimento di Salute Mentale

**ECG:** Elettrocardiogramma

**F.C.:** Frequenza Cardiaca

**G.U.R.S.:** Gazzetta Ufficiale Regione Sicilia M.M.G.: Medico di Medicina Generale

**N.P.I.:** Neuropsichiatria Infantile

**P.A.:** Pressione Arteriosa

**P.M.:** Polizia Municipale

**P.S.:** Pronto Soccorso

**S.P.D.C.:** Servizio di Psichiatria Diagnosi e Cura

**T.A.R.:** Tribunale Amministrativo Regionale

**T.S.O.:** Trattamento Sanitario Obbligatorio

**T.S.O.E:** Trattamento Sanitario Obbligatorio Extra-ospedaliero

**T.U.P.L.S.:** Testo Unico delle Attribuzioni delle Autorità di Pubblica Sicurezza e dei Provvedimenti d’urgenza o per grave necessità pubblica

**U.O.C.:** Unità Operativa Complessa

## **7) TERMINI E DEFINIZIONI**

Procedure applicative condivise inerenti agli Accertamenti ed ai Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale secondo definizioni operative, indicazioni amministrative, garanzie

giurisdizionali e raccomandazioni di buone pratiche di raccordo standardizzato per l'applicazione-attuazione corretta e omogenea di A.S.O., T.S.O. e T.S.O.E.

**Focus.** La fattispecie dell'obbligatorietà del A.S.O., del T.S.O. e del T.S.O.E. riveste carattere di eccezionalità. Infatti, è limitata ai soli casi previsti dalla legge, al fine di garantire il rispetto della dignità del paziente e della garanzia di godimento dei diritti civili e politici.

Alle diverse forme di limitazione di libertà vengono correlate numerose garanzie, quali:

- ✓ garanzia amministrativa (ordinanza del Sindaco) per gli interventi sanitari obbligatori senza una obbligatoria degenza ospedaliera;
- ✓ garanzia giurisdizionale (decreto del giudice tutelare) per il T.S.O. ospedaliero;
- ✓ garanzia di incolumità personale durante un accompagnamento ad un luogo di cura, o in occasione di un trasferimento del paziente in regime di T.S.O. ospedaliero da parte della Polizia Municipale e Operatori dei D.S.M. e della N.P.I.;
- ✓ garanzie supplementari a garanzia del limite di durata di 7 (SETTE) giorni del T.S.O. e del T.S.O.E.;
- ✓ garanzia di poter ricorrere contro il provvedimento di T.S.O. e T.S.O.E., ecc.

**Fatto.** Il livello di complessità delle normative e delle direttive giurisdizionali che regolano gli interventi sanitari obbligatori, è motivata dalla necessità di tutelare i diritti della persona, del rispetto personale e sociale, della tutela civile e penale della propria salute.

A maggior riguardo del punto in oggetto, alcune definizioni operative appaiono adesso necessarie, al fine di mettere più in avanti in evidenza i punti fondamentali delle modalità di effettuazione degli interventi A.S.O.-T.S.O.-T.S.O.E. di emergenza/urgenza h.24 tutti i giorni dell'anno, e delle rispettive attività previste e garantite da parte degli Operatori tenuti a rispettare la procedura.

### **Definizione operativa di URGENZA psichiatrica.**

Stato di sofferenza mentale acuta da parte di un cittadino qualsiasi che, in modo improcrastinabile, necessita di un intervento di natura sanitaria urgente.





Figure professionali interessate: Responsabile U.O.; Medico di turno o reperibile; altri Operatori coinvolti nel caso.

### **Definizione operativa di EMERGENZA psichiatrica.**

Situazione di sofferenza mentale acuta improvvisa e imprevedibile da parte di un qualsiasi cittadino causante uno stato di allarme sociale e/o di ordine pubblico, riconoscibile, per esempio, nella richiesta da parte dei vicini di casa, di singoli cittadini, ecc. di un pronto intervento sanitario a salvaguardia del diritto della tutela della salute e dell'incolumità sia del paziente sia della gente intorno e sia della comunità.

Figure Professionali interessate: Direttore Modulo; Responsabile U.O.; Medici ed Operatori coinvolti nel caso.

## **8) CORPO DELLA PROCEDURA**

### **Disposizioni generali**

Nel corso degli interventi sanitari obbligatori, il personale sanitario e il personale di polizia svolgono attività congiunte di intervento nell'ambito delle rispettive competenze.

Gli Accertamenti e i Trattamenti Sanitari Obbligatori sono disposti dal Sindaco in qualità di massima Autorità sanitaria locale, e nella loro fase attuativa, per la corretta esecuzione dell'ordinanza, coinvolgono, rispettivamente, la P.M. e il Personale Sanitario, in maniera congiunta. La P.M. deve assicurare la propria presenza per tutta la durata dell'intervento, nonché svolgere opera di prevenzione di possibili comportamenti pericolosi per la collettività e per gli operatori.

Come previsto da specifiche indicazioni interne, il personale di PM redige apposita relazione di servizio che motivi l'avvenuto ricorso alla contenzione fisica, sempre a garanzia dell'incolumità del paziente e dei presenti, e laddove sussista un serio pericolo per l'incolumità altrui, la PM può richiedere la collaborazione delle altre Forze dell'Ordine.

Durante l'esecuzione di una Ordinanza, il Personale Sanitario è titolare di un ruolo tecnico finalizzato alla tutela della salute del paziente, alla eventuale somministrazione di terapie, all'adozione di modalità idonee al rispetto ed alla cura della persona del paziente, al recupero della compliance.

La presenza del Personale del Servizio Psichiatrico Territoriale durante tutta la durata della procedura è obbligatoria.

**Negli orari di chiusura dei Servizi Psichiatrici Territoriali si fa riferimento al Personale Sanitario del 118 e della Guardia Medica.**

## **9) ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO – A.S.O.**

### **(DEFINIZIONE, AMMISSIONE)**

L 'A.S.O. è un istituto a carattere eccezionale finalizzato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile, per la quale si sospetti fondatamente l'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. L'inavvicinabilità della situazione non può essere solo presunta ma verificata tramite un tentativo adeguato di entrare in contatto con il paziente **(Art. 33 comma 5, Legge n.883/1978).**

La proposta di A.S.O. può essere avanzata sia da un medico del DSM che da altro medico.

**a)** Il medico del D.S.M. potrà proporre l'A.S.O. solo nei casi in cui:

1. in base alle informazioni avute, appaia legittimo, in scienza e coscienza, ipotizzare la necessità urgente di una (prima o ennesima) valutazione psichica al fine di valutare la necessità di un trattamento psichiatrico ma lo psichiatra non riesca a visitare il cittadino perché ha potuto sperimentare personalmente che la persona in questione (sia essa o meno già conosciuta) si sta sottraendo attivamente al contatto (allontanamento al momento dell'incontro, chiusura e rifiuto di permettere il contatto, non disponibilità a concordare appuntamenti associata o meno a ripetute irreperibilità)
2. nel caso in cui, pur avendo potuto visitare il paziente in qualità di medico proponente il T.S.O., non sia stato in grado di attivare una seconda visita per la convalida prevista dalla legge, per il rifiuto attivo del paziente.

**b)** Il medico non psichiatra (Medico della Medicina Generale, della Continuità terapeutica, del 118) potrà proporre l'A.S.O., oltre che nelle due condizioni precedenti, anche allorquando, pur avendo potuto visitare il cittadino, nutrendo un dubbio sulla attualità di tutti gli elementi

richiesti dalla legge per l'attivazione di una proposta di T.S.O. ritenga necessaria una valutazione specialistica psichiatrica, visita per la quale però il cittadino non fornisce il consenso.

Non sono richieste né certificazioni di convalida, né notifica dell'ordinanza al Giudice Tutelare. Sebbene non sia obbligatoriamente previsto dalla normativa, si ritiene buona pratica che la valutazione del paziente sia assicurata da un Medico Psichiatra del D.S.M. Si rammenta a tal fine che il Commissario Europeo per i Diritti Civili ha censurato la legislazione italiana che in materia di interventi obbligatori per malattia mentale non prescrive l'intervento di uno psichiatra (**"Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale."** G.U.R.S. Parte I n.18/2013, pag.42).

E' pertanto necessario che il medico proponente, se non appartenente a tale servizio, prenda con esso contatti per informarlo dell'avvenuta emissione dell'A.S.O., descriverne dettagliatamente le motivazioni e concordarne accuratamente le modalità esecutive.

**a) Proposta** (Art. 33 comma 3, legge 833/1978)

Può essere avanzata da qualunque Medico abilitato all'esercizio della professione, preferibilmente se Psichiatra del D.S.M.

Non sono richieste né certificazioni di convalida, né notifica dell'ordinanza del Giudice Tutelare.

Il medico proponente si assicurerà che la propria certificazione giunga al Sindaco del Comune dove fisicamente si trova il paziente, consegnandola alla P.M.

**b) Modulistica A.S.O.** (Allegato 1)

Per quanto riguarda il modulo da adottare per la Proposta di questo provvedimento si ritiene preferibile usare quello stesso in seno a questo D.S.M., essendo descritte, oltre che i dati identificativi salienti della persona, anche le motivazioni, i riferimenti di legge ed il luogo in cui si intende effettuare l'Accertamento.

Al fine di uniformare e rendere utilizzabili da più Servizi, sia Sanitari che non, lo stesso modulo, si è scelto di fare una intestazione aziendale, priva di una indicazione specifica di un particolare Servizio. Ciò rende più facile la diffusione di una modulistica che sarà così reperibile, oltre che in tutti i Servizi del D.S.M., anche presso gli Organi di Polizia Municipale e le altre Agenzie Sanitarie

(P.S. Ospedalieri, Servizio Pubblico di Guardia Medica ed il Servizio del 118, M.M.G.) che potrebbero essere coinvolte in questo provvedimento

Sarà compito degli Operatori del D.S.M. dare massima diffusione della nuova modulistica.

**c) Ordinanza del Sindaco** (Art. 33 comma 3 e Art. 35 comma 1, legge 833/1978)

Il Sindaco, nella sua veste di massima Autorità sanitaria locale, può emettere l'ordinanza entro 48 ore, o comunque nel più breve tempo possibile. La validità dell'ordinanza è di 48 ore.

Qualora l'ordinanza di A.S.O. non fosse eseguita entro le 48 ore, è prassi da ritenersi decaduta e necessita di una nuova proposta (**“Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.” G.U.R.S. Parte I n.18, pag.43).**

**d) Ricerca ed eventuale prelevamento del paziente** (“Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.” GURS Parte I n.18/2013, pag.43)

L'ordinanza di A.S.O. è eseguita dalla P.M. che accompagna la persona al luogo indicato perché vi si svolga l'accertamento richiesto.

Il Personale Sanitario del DSM, qualora fosse richiesto dopo l'intercettazione del soggetto, svolge solo funzioni di assistenza.

“La P.M. potrà, se necessario, richiedere l'intervento di supporto delle altre Forze dell'Ordine e dei Vigili del Fuoco” (Sentenza del T.A.R. Sicilia-Catania, sezione seconda del 6 Maggio 2005 n. 799).

Nelle ore in cui è attivata la reperibilità del Personale Sanitario del DSM presso il PS degli Ospedali della Provincia, sarà tenuto a svolgere funzione di assistenza il Personale del 118, che dovrà proseguire fino al momento dell'accoglimento dell'ASO (**“Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.” G.U.R.S. Parte I n.18/2013, pag.43).**

**e) Luoghi dove è possibile fare l'A.S.O.** (“Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.(GURS Parte I n.18/2013, pag.43)

La proposta contiene, come si è già scritto, anche indicazioni per il luogo più opportuno per l'esecuzione dell'ASO.

Primariamente presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di competenza territoriale, individuato in base alla residenza/domicilio della persona che dovrà essere accertata nel suo stato psichico o secondo il luogo di individuazione, se il soggetto fosse senza fissa dimora.

Può essere fatto anche presso il domicilio del paziente, presso il CSM negli orari di apertura o ambulatorio di Medicina Generale

Non può comunque mai essere svolto negli spazi di degenza ospedaliera del SPDC.

**f) Chi firma l'accoglimento dell'avvenuto A.S.O.**

Una volta giunti nel luogo dell'Accertamento saranno gli Operatori della P.M. ad interessarsi di trovare il riscontro dell'accoglimento dell'A.S.O. attraverso accettazione con firma. Nello specifico chi opera la valutazione sarà tenuto a firmarlo: se l'Accertamento dovesse avvenire in un P.S. di un Presidio Ospedaliero è necessario che una prima valutazione diretta (e non rimandata al consulente Psichiatra) debba essere svolta dal Medico del Pronto Soccorso, il quale, solo se avesse evidenziato delle situazioni riconducibili ad uno scompenso psichico, potrà richiedere una consulenza psichiatrica. Pertanto, se la valutazione fosse conclusa senza l'intervento dello Psichiatra, l'accoglimento dell'A.S.O. mediante firma sarà a carico del Medico di P.S., se l'intervento prosegue con la consulenza dello Psichiatra, sarà a carico di questo l'accoglimento.

Ciò si spiega perché il provvedimento trova conclusione solo quando l'Accertamento dello stato psichico della persona trova soluzione.

Si ricorda, infine, che indipendentemente dell'esito dell'A.S.O., la sua proposta e la sua Ordinanza devono essere mantenute. Quindi, anche l'eventuale esito successivo in T.S.O., non fa decadere la necessità di avere tra i documenti, anche il provvedimento che ha giustificato l'intercettazione della persona ed il trasporto presso il luogo individuato per l'A.S.O.

**g) Visita psichiatrica**

Viene assicurata tutti i giorni, 24 h al giorno, da un medico del D.S.M, mediante turni di pronta disponibilità notturna e festiva presso i Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Ragusa (Ragusa, Modica e Vittoria)

**h) Trasferimento paziente presso altro S.P.D.C.**

Se all'A.S.O. facesse seguito il T.S.O., l'accompagnamento del paziente in autoambulanza presso S.P.D.C. di altro Presidio Ospedaliero e nell'eventualità di assenza di posti letto, è a carico della P.M. della città in cui ricade il P.O.

L'ambulanza verrà fornita dal P.O. in cui è presente il Pronto Soccorso che prende in carico il paziente; nel caso in cui fosse necessaria la presenza di un medico e/o di un infermiere gli stessi saranno garantiti dal D.S.M

Nel caso in cui nessuna ambulanza fosse disponibile si chiederà, attraverso procedure da concordare con la centrale operativa del 118, all'ambulanza del 118 che ha trasportato il paziente in pronto soccorso di farsi carico di trasportare lo stesso presso l'S.P.D.C. individuato.

**10) TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO – T.S.O. IN DEGENZA OSPEDALIERA**

**a) Condizioni giuridicamente necessarie**

Le condizioni giuridicamente necessarie al fine di legittimare il Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera sono:

- A. la presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- B. il rifiuto degli stessi da parte del paziente;
- C. l'assenza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il T.S.O. ospedaliero costituisce il provvedimento con la massima restrizione della libertà individuale e prevede pertanto il massimo di garanzia: certificazione medica di proposta, certificazione medica di convalida, ordinanza del sindaco, decreto del Giudice Tutelare.

**b) Proposta** (Art. 33 comma 3, legge 833/1978).

Il medico del D.S.M. a cui giunge la segnalazione dell'esistenza di una persona affetta da gravi alterazioni psichiche, tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, prima di redigere il certificato di Proposta, deve sempre prima verificare direttamente e personalmente la situazione.

Il certificato di proposta deve contenere:

- i dati del paziente
- la situazione clinica e le ragioni di urgenza che motivano la proposta
- il rifiuto del paziente di sottoporsi al trattamento
- la mancanza di condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure extra ospedaliera

**c) Convalida** (Art. 34 comma 5, legge 833/1978).

Condizione necessaria per l'attivazione della procedura è che la proposta sia convalidata dalla certificazione di un altro medico dell'ASP che di persona faccia una seconda valutazione e la descriva in modo da motivare la convalida.

Essendo richiesta una valutazione psichica è comunque buona prassi che la Convalida venga ad essere svolta da un Medico Psichiatra (vedi considerazioni già fatte per l'A.S.O. e sostenute anche nelle “Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale” della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 2009).

Infine, l'intervento prevede la presenza di almeno un infermiere del DSM qualora sia presente in servizio o attivabile tramite reperibilità

**d) Modulistica da adottare e recapito delle certificazioni mediche al Sindaco**

(“Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.” G.U.R.S .Parte I n.18/2013, pag.43).

Il Medico Proponente e Medico Convalidante si assicureranno che la propria certificazione giunga al Sindaco del Comune dove fisicamente si trova il paziente.

A tale scopo le certificazioni saranno tempestivamente consegnate alla P.M, che le farà pervenire senza ritardo al Sindaco o a chi ne fa le veci.

Riguardo al modulo da adottare per la Proposta e la Convalida del T.S.O. (come per l'A.S.O.) è opportuno l'utilizzo di quello steso, in unico foglio, in seno a questo D.S.M. (Allegato 2).

Al pari del modulo dell'A.S.O., sarà compito degli Operatori del D.S.M. dare massima diffusione agli stessi Servizi individuati per il precedente provvedimento.

Il Comune garantisce nelle 24 ore di tutti i giorni la pronta disponibilità della P.M. e la reperibilità del Sindaco o di chi ne fa le veci.

**e) Ordinanza del Sindaco** (Art. 33 comma 3 e Art. 35 comma 1, legge 833/1978).

Il Sindaco, nella sua veste di autorità sanitaria, può emettere l'ordinanza entro 48 ore, tuttavia, considerato "che un così lungo arco di tempo non appare in grado di rispondere alla condizione di urgenza" di norma garantirà l'emanazione dell'ordinanza (e l'esecuzione della stessa) "nel più breve tempo possibile". La validità dell'ordinanza è di 48 ore.

**f) Ricerca e prelievo del paziente** ("Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale." G.U.R.S. Parte I n.18/2013, pag.43).

"La titolarità della procedura appartiene alla P.M. in tutta la fase della ricerca dell'infermo e del suo trasporto al luogo ove inizierà il trattamento".

"Al Personale Sanitario spetta la collaborazione per suggerire le precauzioni opportune per rendere meno traumatico il procedimento e per praticare gli interventi sanitari che si rendessero necessari. La collaborazione tra le due componenti permetterà di conciliare sicurezza e qualità dell'assistenza"

"Per l'esecuzione del T.S.O. dovranno quindi essere sempre presenti, recandosi nel più breve tempo possibile presso il domicilio del paziente (dall'emissione dell'ordinanza): la P.M. e i Sanitari del D.S.M. con l'ambulanza fornita dal 118."

Al pari dell'A.S.O., nelle ore in cui è attivata la reperibilità del Personale Sanitario del D.S.M. presso il P.S. dei P.O. della provincia di Ragusa, sarà tenuto a svolgere funzione di assistenza il Personale del 118 (e potrà coadiuvarsi con il Personale della Guardia Medica), che dovrà proseguire fino al momento dell'arrivo al P.S. del Consulente Psichiatra e dopo essersi assicurato che questo



sia nella condizione di proseguire l'assistenza sanitaria del paziente (**“Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.” G.U.R.S. Parte I n.18/2013, pag.43).**

“La P.M. potrà se necessario richiedere l'intervento di supporto delle altre Forze dell'Ordine e dei Vigili del Fuoco” (**Sentenza del T.A.R. Sicilia-Catania, sezione seconda del 6 Maggio 2005 n. 799).**

“La contestualità degli interventi degli Operatori Sanitari e degli Agenti della Polizia Municipale, fermo restando in capo a quest'ultimi la notifica ed esecuzione del T.S.O., comporta, rispetto al paziente, la compresenza di tutti gli attori in ogni momento e luogo del provvedimento in esecuzione”.

“ Nell'esecuzione del T.S.O. compete infine alla P.M., seppure in collaborazione per l'assistenza sanitaria con il Personale Medico ed Infermieristico, individuare ed sottrarre al soggetto eventuali mezzi atti a recare offesa a sé stesso o ad altri”.

g) **Mezzo di trasporto** (Allegato A) Dgr n. 847/2009, Regione Veneto: Linee Guida per i dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio, pag. 21).

“I mezzi con cui trasportare la persona ammalata presso il presidio sanitario, di regola ed in via prioritaria vanno individuati nelle autoambulanze, non escludendo però, in considerazione della peculiarità della malattia, l'uso di qualsiasi automezzo, in caso di necessità ed ove possibile, purché in condizioni di sicurezza sia dal punto di vista sanitario che di polizia per tutti coloro che sono coinvolti nell'esecuzione del TSO, comprendendo ovviamente la necessaria assistenza sanitaria al paziente.”

La P.M., a collaborazione del Personale Sanitario, provvederà al reperimento dell'autoambulanza. (118) Il reperimento del mezzo di trasporto dovrà avvenire nel più breve tempo possibile.

In caso contrario, se si avesse un prolungamento dei tempi di attesa per il suo reperimento ai fini di esecuzione di un T.S.O. in degenza ospedaliera e ciò determinasse un nocumento, si potrebbe profilare una condizione di responsabilità penale per chi abbia causato un ritardo non

adeguatamente giustificato, secondo quanto è previsto dall'Art. 40 c.p.: “non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”.

**h) Accompagnamento e trasporto fino al S.P.D.C.** (“Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.” GURS Parte I n.18/2013, pag.43).

“Nella fase di trasporto del malato al Presidio Sanitario, dovranno sempre essere garantite le attività di assistenza da parte dei sanitari e di accompagnamento da parte della PM che ove si ritiene opportuno e possibile, potrà avvalersi ed integrarsi di agenti di PM (**Circolare del Ministero degli Interni ai Prefetti del 21 Agosto 1993 e Circolare Ministero degli Interni n.3/2001: Compiti della P.M. nei trasferimenti di persone assoggettate ai T.S.O.**) appartenenti al comune di residenza del paziente in T.S.O. Pertanto, oltre al personale sanitario, dovrà essere presente secondo necessità di assistenza e sicurezza la “Polizia Municipale, in numero di operatori adeguato alle necessità di sicurezza, sia del paziente che degli operatori stessi.” “Va sempre garantita un'adeguata assistenza sanitaria, per la quale la presenza per numero, profilo professionale e servizio di appartenenza degli Operatori Sanitari è commisurata alle valutazioni di ordine medico-clinico” (**Allegato A Dgr n. 847/2009, Regione Veneto: Linee Guida per i dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio, pag. 21**). Lo psichiatra che convalida il T.S.O. al P.S. accompagna al S.P.D.C. il paziente.

Si ritiene opportuno, prima del trasferimento, effettuare al P.S.:

visita generale;

misurazioni dei parametri vitali (in particolare P.A. e F.C.);

un ECG;

esami ematici di routine;

se esistessero presupposti emersi dall'esame psichico ed obiettivo, di alcolemia e di sostanze di abuso esecuzione esami tossicologici.

Questa buona pratica potrà essere omessa solo in caso di buona conoscenza del soggetto e recente accertamento strumentale ed ematico.

Se il paziente in TSO presentasse problematiche organiche tali da non consentire il ricovero in SPDC lo stesso verrà trattenuto dal P.S per il ricovero nella U.O. di competenza. Se il paziente in TSO dovesse rimanere in Pronto Soccorso per qualsivoglia motivo il DSM garantirà l'assistenza infermieristica e medica per quanto di sua competenza.

Per consentire un eventuale ricovero nella unità operativa di competenza è necessario sospendere il T.S.O.

E' fatto obbligo agli S.P.D.C. l'attivazione della pronta disponibilità infermieristica.

- i) **Assenza di posti letto presso il S.P.D.C. del P.S. in cui si è reso necessario l'esecuzione del T.S.O. e quindi si opera trasferimento presso altro S.P.D.C. Buone pratiche da adottare**

Valgono le stesse procedure individuate nel paragrafo precedente( h)

- l) **Accoglimento dell'avvenuto inizio del T.S.O.** (Allegato A) Dgr n. 847/2009, Regione Veneto: Linee Guida per i dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio, pag. 23)

Una volta giunti nel S.P.D.C. saranno gli Operatori della P.M. ad interessarsi di trovare il riscontro dell'accoglimento del T.S.O. che avverrà attraverso accettazione del Medico di Guardia con firma ed indicazione dell'ora e data in cui si dà avvio al T.S.O.

**m) Allontanamento del paziente sottoposto a T.S.O. ospedaliero.**

Per i pazienti ricoverati per T.S.O. o T.S.V. in S.P.D.C, affetti da grave disordine del comportamento determinato da stati di alterazione psichica, a diversa etiologia clinica, e di pregiudizio per la propria salute, possono delinearsi due situazioni:

- **Allontanamento nel corso dell'esecuzione del provvedimento, cioè prima del ricovero:** la P.M. provvederà a cercare il paziente e rintracciato lo richiederà l'intervento dell'autoambulanza e del Personale Sanitario del D.S.M., qualora fosse necessario, coinvolgendo, a propria discrezione, le altre forze di polizia presenti sul territorio.
- Allontanamento dal reparto, cioè a ricovero effettuato, nel corso della degenza (Allegato A) Dgr n. 847/2009, Regione Veneto: Linee Guida per i dipartimenti di Salute **Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio, pag. 25):**

il Responsabile dell'S.P.D.C. o persona da lui delegata ne darà immediata comunicazione alla P.M. territorialmente competente che provvederà a cercare il paziente, coinvolgendo a propria discrezione le altre forze di polizia presenti sul territorio. Rintracciato il paziente, la P.M, qualora fosse necessario, potrà richiedere l'intervento dell'autoambulanza e del Personale del Servizio Psichiatrico territoriale (negli orari di apertura dello stesso) e riaccompagnerà il paziente in reparto. Poiché la durata del T.S.O. ospedaliero è fissata in 7 giorni, trascorso tale termine l'accompagnamento del paziente in reparto richiede l'emissione di una nuova ordinanza, quindi la riattivazione dell'intera procedura dall'inizio (cioè dalla valutazione clinica del paziente).

Qualora il paziente allontanatosi raggiunga un Comune diverso da quello che ha emesso l'ordinanza è necessario inoltrare al sindaco del nuovo comune le certificazioni di proposta e convalida, ai fini dell'emissione di una nuova ordinanza valida per il nuovo territorio.

Se il nuovo Comune si trova fuori dal territorio di competenza del Servizio è necessario informare il Servizio Psichiatrico competente per il territorio circa l'esistenza di un T.S.O. in corso al fine di concordare un intervento.

È opportuno che il Responsabile, o una persona da lui delegata, del S.P.D.C. presso cui il paziente era ricoverato informi della presenza di un T.S.O. in corso anche la PM del luogo e, se ritenuto opportuno, anche le altre Forze dell'Ordine presenti sul territorio.

Qualora, infine, entro 24 ore, non fosse ancora il paziente reso reperibile si riterrà decaduto il T.S.O. per impossibilità a proseguirlo. Si informerà il Sindaco o suo Delegato che provvederà a notificare al Giudice Tutelare o Prefetto, in caso di cittadino straniero o apolide.

- n) **Cessazione dell'Ordinanza di T.S.O. per decadenza di uno o più presupposti del T.S.O. in fase di esecuzione del provvedimento, in particolare di arrivo e di accoglimento in S.P.D.C.** (Art. 35 comma 5, legge 833/1978; Allegato A) Dgr n. 847/2009, Regione Veneto: Linee Guida per i dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio, pag. 25)

Se all'arrivo in S.P.D.C. il Dirigente Medico Psichiatra che accoglie l'assistito, nell'estremo (e doveroso: **Artt. 13 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana e Art. 33 comma 2, legge 833/1978**) tentativo finalizzato a favorire il consenso del paziente dovesse rendersi conto che la condizione di compenso clinico è stata recuperata in modo sufficiente e/o l'adesione al trattamento è stata ottenuta in forma volontaria, è nella condizione di formulare, contestualizzando, richiesta al Sindaco di CESSAZIONE del provvedimento, essendo decaduti uno o più presupposti che rendono attuabile il T.S.O.

Tale richiesta verrà consegnata immediatamente agli operatori della PM presenti che dovranno provvedere a dar seguito alle attività di emissione di un provvedimento di CESSAZIONE dell'Ordinanza di T.S.O.

Riguardo il paziente:

se fosse del territorio di appartenenza del S.P.D.C., sarà libero di andare;

se fosse di un territorio diverso e non vi fossero risorse familiari, sarà cura degli operatori presenti della P.M., trovare il modo per porre il paziente nella condizione di poter raggiungere il luogo di residenza/domicilio.

- o) **Modulistica CESSAZIONE T.S.O. in degenza Ospedaliera** (Allegato 3)

Anche per questo provvedimento è stato steso, in unico foglio, un modulo in seno a questo D.S.M. Sarà cura di tutti i Responsabili degli S.P.D.C. del D.S.M. di questa Azienda di renderli nella disponibilità.

**p) Proroga e/o Cessazione del T.S.O. ospedaliero** (Art. 35, commi 4 e 5, legge 833/1978)

In entrambi i casi è richiesta una Proposta motivata in ordine alle ragioni che dettano il provvedimento e inoltrata al Sindaco tramite il Corpo di Polizia Municipale. La proposta di Proroga deve giungere al Sindaco 48 ore prima della scadenza del T.S.O. perché questi sono i termini temporali previsti per l'emissione dell'Ordinanza.

**q) Modulistica PROROGA T.S.O. in degenza Ospedaliera** (Allegato 4).

Anche per questo provvedimento è stato steso, in unico foglio, un modulo in seno a questo D.S.M. Sarà cura di tutti i Responsabili degli S.P.D.C. del D.S.M. di questa Azienda di renderli nella disponibilità.

**r) Trasferimento di un paziente in regime di T.S.O. ospedaliero**

È richiesta una Proposta motivata in ordine alle ragioni che dettano il provvedimento.

La Proposta è inoltrata al Sindaco del Comune ove è collocato il S.P.D.C. in cui è ricoverato il paziente dal Responsabile del S.P.D.C. o da persona da lui delegata in cui il paziente è ricoverato. L'Ordinanza del Sindaco dispone il trasferimento del paziente con l'accompagnamento della P.M. Esempi di questa necessità di trasferimento sono:

- la libera scelta del Medico e del luogo di cura e quindi del S.P.D.C. da parte del paziente, garantita **dall'Art. 32 (Diritto Sanitario) della Costituzione della Repubblica Italiana, dall'Art. 33 comma 2 della legge 833/1978 ed indicata dalle "Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale."** G.U.R.S. Parte I n.18/2013, pag.44;

l'esser stato ricoverato in S.P.D.C. per necessità in sovrannumero;

per dinamiche relazionali tra pazienti divenute pericolose, tanto da rischiare di incorrere nella condizione prevista dall'Art. 40 c.p. "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

### **11) TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO EXTRAOSPEDALIERO (TSOE)**

(Art. 33, comma 2, legge 833/1978 e “Raccomandazioni in merito all’applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.” GURS Parte I n.18/2013, pag.43)

Il T.S.O.E. è la forma di T.S.O. che è possibile attivare nella condizione in cui, pur sussistendo le prime due condizioni previste per il T.S.O. in degenza ospedaliera (lo stato di scompenso psichico e la non adesione al trattamento) manca la terza condizione e quindi “è possibile adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere”.

In questo caso il dispositivo si caratterizza per il vincolo alla persona alla cura ma non al luogo che può essere diverso, purché rimanga attuabile la cura.

I luoghi più facilmente indicabili nel provvedimento sono:

1. la casa del paziente (mediante l’attivazione di visite domiciliari)
2. ed il C.S.M. (quando la persona è obbligata a visite ambulatoriali).

In questi casi non vi è l’obbligo di legge del Sindaco o suo delegato a comunicare al Giudice Tutelare, anche se è buona prassi farlo come espressione di una garanzia aggiuntiva che si offre alla persona.

- a) **Accoglimento dell’avvenuto** Saranno gli Operatori della P.M. ad interessarsi di trovare il riscontro dell’accoglimento del T.S.O.E. che avverrà attraverso accettazione del Medico che ha proposto o convalidato il provvedimento con firma ed indicazione dell’ora e data in cui si dà avvio al T.S.O.E.

A tal riguardo si ritiene che tra i due Medici che sono stati coinvolti in questo provvedimento quello che firmerà l’accoglimento del T.S.O.E. e quindi il suo avvio sia il Medico coinvolto nella cura obbligata del paziente nei giorni a seguire.

- b) **Situazioni in cui potrebbe essere utile il ricorso al provvedimento del TSOE**

1. Se si fosse nell’eventualità in cui si avesse una indisponibilità di posti letto negli S.P.D.C vicini o addirittura in quelli regionali e si avesse certezza della disponibilità dei famigliari a rendersi corresponsabili dell’assunzione della terapia farmacologica e delle indicazioni ad

essa legate. D'altronde particolari condizioni economiche e sociali della famiglia potrebbero rendere difficoltoso o persino impossibile mantenere un contatto diretto con il paziente durante il periodo della sua degenza ospedaliera, dando luogo così ad un "grave" suo disagio.

2. Quando si è avuta una adesione alla terapia da parte della persona al momento dell'intervento di vari Operatori (Sanitari e delle Forze dell'Ordine) ma sarebbe solo finalizzata ad impedire il T.S.O. e quindi ancora insufficiente a garantire il proseguo delle cure nei giorni a seguire.

3. Quando la richiesta di T.S.O. è stata effettuata da operatori di Strutture Residenziali (CTA, Comunità Alloggio, Casa-famiglia, etc.) ed al momento della visita sono venuti a decadere uno o più delle condizioni previste dalla legge ma si ritiene che l'adesione al trattamento, da parte del paziente, sia stata finalizzata solo ad impedire il T.S.O. e quindi ancora insufficiente a garantire il proseguo delle cure nei giorni a seguire.

In questo caso specifico l'affidamento alla cura nei giorni successivi al provvedimento potrà essere affidato anche agli operatori sanitari della stessa Struttura Residenziale che dovranno mantenere un contatto quotidiano (anche solo telefonico) con gli operatori sanitari del D.S.M. a scopo di relazionare l'adesione al trattamento del paziente.

Tale contatto quotidiano dovrà essere mantenuto per almeno tutto il periodo del provvedimento (7 giorni o più, in caso di proroga).

c) **Modulistica T.S.O.E.** (Allegato 5)

Anche per questo provvedimento è stato steso, in unico foglio, un modulo in seno a questo DSM.

Al pari dei moduli dell'A.S.O. e del T.S.O., sarà compito degli Operatori del D.S.M. dare massima diffusione agli stessi Servizi individuati per il precedente provvedimento.

**12) ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO E TRATTAMENTO  
SANITARIO OBBLIGATORIO PER I MINORI.**

("Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale." GURS Parte I n.18/2013, pag.45).



Negli Artt. **33, 34 e 35** della **L. 833/1978** non vi sono riferimenti ai Minori, facendo, così, intendere che le procedure debbano essere del tutto sovrapponibili a quelli degli Adulti.

Tuttavia la disamina di questa questione ha messo alla luce una specifica complessità del problema del consenso dei Minori che trova una certa definizione attraverso l'attuazione di alcune Raccomandazioni.

La capacità di esprimere un consenso nei Minorenni è considerata imperfetta ed incompleta, essendo la competenza formale della sua espressione affidata obbligatoriamente ai genitori o a coloro i quali esercitano la patria potestà (tutore). Di fatto, però, l'evoluzione che si è avuto nel diritto, sia a livello nazionale che internazionale, ha permesso di cogliere come il consenso non debba essere inteso come un atto contrattuale, bensì come un atto giuridico unilaterale. Pertanto esso non richiede il riconoscimento della "capacità di agire", che si ottiene per diritto al conseguimento della maggiore età (diciotto anni), ma la "capacità di intendere e volere" che per legge (**Art. 97 c.p.**) può essere prima verificata e quindi riconosciuta al soggetto che ha compiuto 14 anni.

Per tanto considerare è meglio quindi definire nel Minore "maturo" i concetti di "assenso/dissenso" alle cure che di "consenso".

In questo modo, sebbene giuridicamente non sia stato esplicitamente contemplato, è dovere dei Sanitari andare alla ricerca di questo "assenso" o meglio tentare di tenere in conto, per quanto possibile, la volontà del Minore.

La faccenda rischia di complicarsi in quelle situazioni in cui esista un contrasto tra la volontà dei genitori/tutore ed il Minore "maturo" relativamente agli atti medici che incidono in modo significativo sull'integrità personale e la qualità di vita del ragazzo. In questi casi non è sufficiente giungere alla conclusione che il parere dei genitori/tutore possa prevalere su quello del Minore "maturo". Quindi si

ritiene necessaria (oltre che opportuna) la richiesta d'intervento del Giudice Tutelare, in quanto Egli è il garante del diritto di autodeterminazione.

Il medico, in questi casi, rappresenta colui che garantisce l'esercizio di ricorso al Giudice Tutelare, visto che in generale il Minore "maturo" non è consapevole di tale diritto.

Infine, altro punto critico può essere quando uno dei due genitori o entrambi (o il tutore), in quanto titolari della patria potestà, non siano favorevoli alle cure: in questi casi la legge prevede prima

l'attivazione di interventi di sostegno da parte dei Servizi di assistenza Socio-Sanitaria, poi, nei casi più gravi, l'azione del Tribunale per i Minorenni, essendo questo l'unico organo giudiziario che ha il potere d'intervenire a salvaguardia del diritto della salute del Minore.

A tal riguardo si ricorda come le funzioni attribuite alla legge al Tribunale per i Minorenni siano diverse a quelle riconosciute al Giudice Tutelare: il primo è l'organo specifico per l'ambito minorile e dal punto di vista civile assolve al compito di proteggere il minore in situazioni potenziali di pregiudizio, comprese quello in ambito sanitario; il Giudice Tutelare ha, invece, il compito di tutelare tutti quei soggetti che transitoriamente o permanentemente abbiano perso, per diversi motivi, la capacità di difendersi da soli contro i possibili abusi di coloro che detengono l'autorità nei confronti di un soggetto.

Nei casi in cui si temessero abusi, le segnalazioni devono essere inoltrate tramite la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e sarà compito di questo accertare se effettivamente esista un problema di tutela.

Sul piano pratico, in ambito NPIA, si possono porre cinque diverse situazioni per A.S.O. e T.S.O.:

| Minore Maturo | Genitori   | Procedura  |
|---------------|--|--|
| a) Assenso    | Consenso   | Si procede direttamente  |
| b) Assenso    | Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori                              | Segnalazione alla Procura del tribunale dei minori   |
| c) Rifiuto    | Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori                              | Segnalazione alla Procura del tribunale dei minori<br><br>Oppure<br><br>ASO/TSO ospedaliero<br>TSO extra-ospedaliero |
| d) Rifiuto    | Consenso situazione ambientale adeguata e collaborante                     | ASO/TSO ospedaliero<br><br>TSO extra-ospedaliero   |
| e) Rifiuto    | Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore | Segnalazione alla Procura del tribunale dei minori   |

La faccenda rischia di complicarsi in quelle situazioni in cui esista un contrasto tra la volontà dei genitori/tutore ed il Minore “maturo” relativamente agli atti medici che incidono in modo significativo sull’integrità personale e la qualità di vita del ragazzo. In questi casi non è sufficiente giungere alla conclusione che il parere dei genitori/tutore possa prevalere su quello del Minore “maturo”. Quindi si ritiene necessaria (oltre che opportuna) la richiesta d’intervento del Giudice Tutelare, in quanto Egli è il garante del diritto di autodeterminazione.

Il Medico, in questi casi, rappresenta colui che garantisce l’esercizio di ricorso al Giudice Tutelare, visto che in generale il Minore “maturo” non è consapevole di tale diritto.

Infine, altro punto critico può essere quando uno dei due genitori o entrambi (o il tutore), in quanto titolari della patria potestà, non siano favorevoli alle cure: in questi casi la legge prevede prima l’attivazione di interventi di sostegno da parte dei Servizi di assistenza Socio-Sanitaria, poi, nei casi più gravi, l’azione del Tribunale per i Minorenni, essendo questo l’unico organo giudiziario che ha il potere d’intervenire a salvaguardia del diritto della salute del Minore.

A tal riguardo si ricorda come le funzioni attribuite alla legge al Tribunale per i Minorenni siano diverse a quelle riconosciute al Giudice Tutelare: il primo è l’organo specifico per l’ambito minorile e dal punto di vista civile assolve al compito di proteggere il minore in situazioni potenziali di pregiudizio, comprese quelle in ambito sanitario; il Giudice Tutelare ha, invece, il compito di tutelare tutti quei soggetti che transitoriamente o permanentemente abbiano perso, per diversi motivi, la capacità di difendersi da soli contro i possibili abusi di coloro che detengono l’autorità nei confronti di un soggetto.

Nei casi in cui si temessero abusi, le segnalazioni devono essere inoltrate tramite la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e sarà compito di questo accertare se effettivamente esista un problema di tutela.

### **13) CIRCOSTANZE IN CUI NON SI APPLICANO LE PROCEDURE DI T.S.O.**

(“Raccomandazioni in merito all’applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale.” GURS Parte I n.18/2013, pag.43)

Si ricorda che la legge tende di restringere le circostanze in cui si è legittimati ad attivare una procedura di T.S.O., in rispetto a quanto affermato dagli Artt. 13 (La libertà individuale è

inviolabile e 32 (Diritto sanitario) della Costituzione della Repubblica Italiana e dall'Art. 33 comma 2, legge 833/1978 . Pertanto non ogni disturbo psichico e conseguente rifiuto al trattamento può ritenersi condizione sufficiente per attivare la procedura di T.S.O. E' necessario, infatti, che il medico debba porsi nella condizione di mantenere un'attenzione alla situazione del paziente, in modo da garantire la permanenza della possibilità di recuperare nel breve tempo qualche forma di interazione allo scopo di ottenere la sua motivazione alla cura.

A tale scopo è possibile così adottare degli altri interventi rivolti al contenimento dell'urgenza/emergenza, senza attivare la procedura del T.S.O.

Tra questi abbiamo:

#### **A) LO STATO DI NECESSITÀ (ART. 54 C.P.).**

Condizioni eccezionale di necessità ed urgenza in cui ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo di un danno grave non altrimenti evitabile, impongono al medico di adempiere al proprio dovere professionale attuando i provvedimenti opportuni ed richiedendo, qualora sussista il rischio di danno per la vita e l'integrità delle persone coinvolte, l'intervento dell'autorità di pubblica sicurezza.

In tali casi, il ricorso alla procedura di T.S.O. può essere inadeguato rispetto alla gravità dell'urgenza, soprattutto se la sua attivazione comporta un pericoloso ritardo nell'attuazione di adeguate condizioni di assistenza.

L'attivazione della procedura di T.S.O. non è richiesta e le limitazioni della libertà del cittadino, che possono rendersi necessarie, non configurano reato per effetto *dell'Art. 54 c.p. (" non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se o altri da un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo")*.

È necessario sottolineare che, cessate le condizioni che definiscono lo stato di necessità e permanendo quelle che motivano il T.S.O., quest'ultimo deve essere formalizzato.

**Esempi specifici di attuazione di questa condizione sono:**

1. l'agitazione psicomotoria da **stato di ebrezza patologica o da uso/abuso di sostanze;**
2. l'aggressività auto ed eterodiretta espressa dal **soggetto demente;**
3. l'aggressività auto ed eterodiretta espressa dal **soggetto con ritardo mentale;**
4. le alterazioni psichiche e del comportamento sostenute in seguito a **patologie neurologiche, internistiche e traumatiche;**
5. la necessità di un atto medico fisico immediato in un soggetto in uno stato di evidente scompenso psichico: i tempi necessari al recupero del benessere psichico potrebbero rivelarsi troppo lunghi per la vita della persona o di un'altra, quale, per esempio, il nascituro.

Negli esempi sopraindicati il ricorso, così, alla contenzione fisica, oltre che a quella farmacologica, potrebbe ritenersi necessaria, oltre che opportuna, tenuto conto anche gli **Artt. 51 c.p.** (che fa riferimento **all'adempimento di un dovere**) e **593 c.p. (Omissione di Soccorso)** e l'**Art. 1 T.U.P.L.S. (Testo Unico delle Attribuzioni delle Autorità di Pubblica Sicurezza e dei Provvedimenti d'Urgenza o per grave Necessità Pubblica).**

Si ricorda, infine, come in un mancato consenso al trattamento ed al di fuori di un immediato stato di necessità in un soggetto che presenti uno stato di incapacità (come il demente, l'oligofrenico ed l'interdetto) appare raccomandato il coinvolgimento del Giudice Tutelare.

## **B) PATOLOGIE NON PSICHIATRICHE.**

Le procedure di T.S.O. non possono essere attivate nel caso di rifiuto del trattamento per patologie somatiche.

Quand'anche una, siffatta condizione rappresenti il sintomo di una malattia psichica, quest'ultima deve essere diagnosticata clinicamente e non solo presunta e, comunque, il T.S.O. autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche (**Art. 34 comma 2, legge 833/1978**).

Nel caso di persone incapaci di valutare adeguatamente le proprie condizioni di salute e di decidere consapevolmente in merito, è opportuno prevedere percorsi di tutela giuridica (amministrazione di sostegno, interdizione).

Comunque in quei rari casi in cui non è possibile attendere i tempi necessari ad attivare questi dispositivi di tutela giudiziaria si ritiene raccomandato il consulto del Giudice Tutelare prima di attivare il provvedimento del T.S.O.

Procedura redatta da:

|                      |  |
|----------------------|--|
| Dr. Giuseppe Morando | Direttore D.S.M Ragusa                     |
| Dr. Pietro Bonomo    | Dir. Medico di Pres. Osped. Modica-Scicli  |
| Dr. Antonio Virzì    | Direttore U.O.C. Psichiatria Ragusa        |
| Dr. Onofrio Falletta | Direttore U.O.C. Psichiatria Modica-Scicli |
| Dr. Giovanni Noto    | Direttore U.O.C. M.C.A.U. Ragusa           |
| Dr. Carmelo Scarso   | Direttore U.O.C. M.C.A.U. Vittoria         |
| Dr. Romualdo Polara  | Direttore ff. U.O.C. M.C.A.U. Modica       |