



Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio

1 - PREMESSA

L'articolo 32¹ della Costituzione Italiana, ripreso dall'art. 1 della Legge istitutiva del Servizio Nazionale (Legge 13.12.1978 n. 833) sottolinea come ogni cittadino abbia il diritto alla tutela della salute fisica e psichica e che tale tutela deve essere attuata rispettando la dignità e la libertà della persona.

In una ampia accezione, quindi, ogni trattamento sanitario tendente a perseguire il benessere fisico e psichico di un cittadino deve essere libero e voluto essendo "la libertà individuale inviolabile" (articolo 13² della Costituzione della Repubblica).

Tuttavia esistono precise situazioni in cui è possibile derogare a questo principio e quindi attuare obbligatoriamente un trattamento nei confronti di un cittadino. Si tratta di condizioni specificatamente indicate da alcuni dispositivi legislativi, che legittimano il superamento dell'obbligo del consenso cosciente ed informato del paziente, la cui salute, in tali casi, deve essere tutelata in quanto bene ed interesse della collettività, oltre che del soggetto stesso.

I trattamenti e gli accertamenti sanitari obbligatori, rappresentano, quindi, atti di carattere eccezionale rispetto alla generalità dei trattamenti sanitari necessariamente volontari.

In generale si deve intendere per trattamenti sanitari tutti quegli atti che l'esercente una professione sanitaria compie su una persona allo scopo di tutelare la salute, mentre per accertamenti sanitari si intendono quelle attività a carattere diagnostico costituenti momento preliminare-conoscitivo finalizzato a formulare la diagnosi e/o ad individuare la più idonea terapia.

Fra i casi espressamente previsti dalle leggi dello Stato, l'ipotesi più rilevante riguarda il Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale.

L'emanazione della legge 833/78 ha confermato la collocazione della Psichiatria nel Servizio Sanitario Nazionale, indicata concettualmente nella legge 180/78, restituendole una piena dignità di branca medica, con compiti eminentemente terapeutici e segnando una netta discontinuità con un passato nel quale il ricovero delle persone con disturbi mentali era motivato più con considerazioni di ordine pubblico che con esigenze di intervento di cura.

¹ Articolo 32 - "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

² Articolo 13 - "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

La legge 180/78 aveva già dettato le norme e le procedure per l'effettuazione dei T.S.O. nel pieno rispetto della dignità e della libertà della "persona", sancendo la titolarità dei diritti anche nei casi di gravi disturbi mentali.

In questo senso la Legge 180/78 prima e il primo comma dell'Art 33 della Legge 833/78 poi, affermano che "gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono *di norma* volontari", affermando il duplice diritto alla difesa della salute e alla libertà individuale in merito, anche nel caso di malattia mentale. Ogni forma di intervento sanitario che prescindendo dal consenso viene considerata un'eccezione, di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano, attraverso specifiche procedure.

Circa la applicazione pratica di tali procedure è emersa una difformità di applicazione sul territorio nazionale, con differenze tra una regione e l'altra e, spesso, nella stessa regione tra il territorio di una ASL e l'altra.

I diversi luoghi hanno così condizionato le garanzie effettive nei diritti fondamentali e nelle opportunità di cura, e prodotto incertezza negli operatori chiamati a eseguire le ordinanze di intervento sanitario obbligatorio, ed insicurezza nei pazienti e nei familiari, circa la credibilità del sistema degli interventi.

La legge assicura garanzie alla persona sottoposta agli interventi sanitari obbligatori, facendo corrispondere alle crescenti limitazioni della libertà personale livelli crescenti di garanzia.

Le procedure di intervento obbligatorio, ASO e TSO, vengono attivate quando il dovere di intervenire a beneficio del paziente, in conflitto con il dovere di rispettare il diritto alla libertà del cittadino, viene giudicato prevalente su quest'ultimo. Il punto di applicazione della norma non è il rifiuto dell'intervento ma il bisogno dell'intervento per disturbo psichico: l'attualità e la gravità di essi sono gli elementi valutati per primi. Nel momento stesso in cui la legge impone al cittadino un obbligo che riguarda la difesa della sua salute, riafferma i diritti di cui deve poter usufruire nonostante il suo stato di malattia: i diritti civili e politici, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, il diritto di comunicare con altri a sua scelta anche quando la sua libertà di movimento è limitata, il diritto di agire in giudizio (per opporsi, davanti al Tribunale, all'ordinanza amministrativa che gli ha imposto l'obbligo di curarsi).

Un esempio della gradualità delle garanzie è il fatto che alla garanzia amministrativa, rappresentata dall'intervento dell'autorità sanitaria per l'ASO, nella forma dell'ordinanza del sindaco, si aggiunge la garanzia giurisdizionale (conferma da parte del Giudice tutelare) per il TSO in degenza ospedaliera.

Le garanzie giurisdizionali e amministrative sono destinate a porre limiti all'autonomia decisionale del medico cui viene riconosciuto il grandissimo potere di avviare il procedimento di limitazione della libertà personale.

La procedura di ASO in cui l'ordinanza del Sindaco rende esecutiva la richiesta del medico, viene a configurare una circostanza in cui la privazione della libertà personale si prevede sia di breve durata e comunque non superiore a quella necessaria a realizzare le condizioni in cui il medico sia messo in grado di valutare lo stato mentale del paziente, decidere la necessità di un TSO, oppure riconoscere che non esistono i presupposti previsti dalla legge per richiedere questo intervento. Inoltre esiste una garanzia legata al fatto che l'ASO va effettuato in un luogo facilmente accessibile a testimoni che garantiscano la trasparenza delle procedure attuate. L'ASO può avvenire al domicilio del paziente, un servizio territoriale, il Pronto Soccorso di un ospedale o eventualmente anche l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale; non può avvenire in strutture riservate alla degenza ospedaliera.

2 - PRESUPPOSTI TEORICI

2.1 Obbligatorietà del trattamento sanitario in Psichiatria

Il legislatore costituzionale (art. 32) nell'affermare che la tutela della salute è diritto dell'individuo, riconosce altresì l'interesse della collettività alla stessa ed ispirandosi a tale principio introduce la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori.

Il TSO non può perciò essere imposto al singolo nel suo esclusivo interesse, ma solo quando ricorre, oltre all'interesse del singolo, un riconosciuto interesse della collettività che verrebbe compromesso dal rifiuto a curarsi; mentre per talune patologie, come ad esempio le malattie infettive, appare chiaro il fondamento che sta alla base della obbligatorietà della cura, ovvero il rispetto del duplice interesse - benessere soggettivo e collettivo - in psichiatria l'obbligatorietà è da ricercarsi non nell'esigenza di difesa sociale nei confronti del "folle pericoloso", ma nell'interesse precipuo della collettività a recuperare, tramite un intervento sanitario, un proprio consociato affetto da grave patologia psichica, ed incapace, in virtù di tale patologia, di autodeterminarsi liberamente.

Lo psichiatra cioè sostituisce la volontà del singolo, limitato dalla patologia a valutare la malattia stessa le sue conseguenze, con la volontà della comunità di implementare la salute collettiva tramite il ristabilimento di un suo componente ammalato.

2.2 Pericolosità e malattia

La dizione *"alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici"* contenuta nell'art. 34 della Legge 833/78, *"accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale"*, è centrata sul concetto di malattia e sofferenza, e non su quello di "pericolosità", che non può essere meramente assunto quale ispiratore di un provvedimento terapeutico, ancorché obbligatorio.

La malattia mentale non presuppone la pericolosità, così come la pericolosità non presuppone affatto l'esistenza di alterazioni psichiche.

Con la Legge 180/78, scompare ogni riferimento al concetto di pericolosità per sé o per gli altri del paziente, indicando l'intervento come sanitario e quindi diretto esclusivamente alla cura della patologia e al superamento del consenso, senza alcuna valenza di ordine pubblico.

Laddove emergano comportamenti dissociali e rischi di pericolosità al di fuori di una specifica patologia psichiatrica la gestione di tali aspetti esula dalla competenza psichiatrica, e vanno indicati come referenti gli organi preposti istituzionalmente alla tutela della sicurezza sociale.

D'altra parte, nella valutazione clinica ogni comportamento, e quindi anche la presenza di comportamenti dissociali, va considerato dal medico, nell'ipotesi che sia una possibile espressione sintomatologica di malattia. In tali casi può quindi configurarsi anche dal punto di vista sanitario uno stato di necessità e urgenza. In questo senso il sanitario mantiene una specifica responsabilità in riferimento alla cura della patologia e in generale alla tutela della salute del soggetto.

3 - INTERVENTI SANITARI OBBLIGATORI

3.1 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.

E' 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 ULSS,
- 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.

L'antecedente immediato di un intervento obbligatorio (accertamento o trattamento) è il fatto che siano stati fatti tutti i possibili tentativi per coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento; 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 disdicevoli 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 d.d. tra alterazione psichica di rilevanza psichiatrica e manifestazioni comportamentali di origine dissociale, ecc.).

4 - FUNZIONI E COMPITI DEI REFERENTI ISTITUZIONALI

4.1 Ordinanza del Sindaco e competenze della Polizia Locale.

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.

D'altro canto, se è vero che per garantire una tutela giurisdizionale, il Sindaco può emanare l'ordinanza entro 48 ore, è altresì evidente che un così lungo arco di tempo non appare in grado di rispondere alla condizione di urgenza. Tale periodo della durata di 48 ore deve intendersi come una possibilità in riferimento a particolari criticità che dovessero emergere e su cui il Sindaco deve essere nelle condizioni di potersi documentare. Tuttavia, appare evidente 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.

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 obbligatori³.

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.* ⁴ *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.

³ - Avvocatura Generale della Sanità: Richiesta di chiarimenti sul T.S.O. per soggetti con patologia mentale(21/9/1992);
- Circolare del Ministero dell'interno ai Prefetti – 21 agosto 1993;
- Circolare Min. Interno n. 3/2001 del 20/7/2001- Compiti della P.M. nei trasferimenti di persone assoggettate ai TSO.
-TAR Sicilia-Catania, sezione seconda - Sentenza 6 maggio 2005 numero 799.

⁴ Pur non essendovi una specifica competenza istituzionale, l'assenza della Polizia Municipale viene vicariata dalla Forza pubblica (Carabinieri, Polizia di Stato).

Appare opportuno distinguere le funzioni terapeutiche proprie del DSM 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.

4.2 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) non deve essere inteso come consulenza specialistica all'atto coercitivo, ma 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.

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".

I sanitari titolari dell'intervento sono da individuarsi nel personale dei Centri di Salute Mentale e nel personale del SUEM. Nelle ore di chiusura dei Centri di Salute Mentale (Servizio Psichiatrico Territoriale) sarà referente il personale sanitario del SUEM e il medico del Servizio di Continuità Assistenziale.

In ogni caso 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.

Per una più specifica articolazione degli interventi sanitari fra i Servizi competenti dell'Azienda ULSS, più sopra indicati, si rimanda alle specifiche modalità di collaborazione

fra Dipartimenti di Salute Mentale e SUEM, anche secondo specifici “percorsi aziendali o interaziendali” delle Aziende ULSS.

Per l'esecuzione del TSO dovranno quindi essere sempre presenti, recandosi nel più breve tempo possibile presso il domicilio del paziente (dall'emissione dell'ordinanza): la Polizia Locale e i sanitari con l'ambulanza del SUEM.

La Polizia Locale potrà se necessario richiedere l'intervento di supporto delle altre Forze dell'Ordine e dei Vigili del Fuoco.

L'intervento dei sanitari e dell'ambulanza del SUEM è subordinato alla presenza in loco della Polizia Locale. L'intervento della Polizia Locale non può ritenersi eventuale e subordinato a quello del personale sanitario, bensì contestuale e tale contestualità deve esplicitarsi attraverso la distinzione chiara dei rispettivi ambiti di intervento.

La contestualità degli interventi degli operatori sanitari e degli agenti della Polizia Locale, fermo restando in capo a quest'ultimi la notifica ed esecuzione del TSO, comporta, rispetto al paziente, la compresenza di tutti gli attori in ogni momento e luogo del provvedimento in esecuzione.

E' importante sottolineare la necessità che vi sia sempre una *compresenza di operatori sanitari e della Polizia Locale anche all'interno ambulanza durante il trasporto dell'ammalato, in numero adeguato alle necessità di assistenza e sicurezza*⁵, considerando il momento del trasporto del malato, come solo una delle diverse fasi di cui si articola l'esecuzione del TSO, attività sottoposta alla responsabilità della Polizia Locale in ogni sua fase e che di fatto termina al momento dell'affidamento del soggetto al personale sanitario del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

⁵ Qualora le condizioni psico-fisiche dell'interessato siano tali da far ragionevolmente supporre una reazione violenta del paziente e gli operatori della Polizia Locale non siano – anche per circostanze di tempo o di luogo – nelle condizioni di poter garantire adeguata cornice di sicurezza, questi potranno richiedere l'ausilio delle Forze dell'Ordine, compatibilmente con le loro prioritarie esigenze di servizio.

5 - 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.

5.1 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 sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona..."⁶

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 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 volontà 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.

⁶ L'articolo 54 CP non punisce chi *abbia commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo non da lui volontariamente causato né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo*;

L'articolo 55 CP prevede *l'eccesso colposo per atti commessi in situazioni di necessità con azioni eccedenti i limiti imposti dalla legge, dall'autorità e dalla necessità, per negligenza, imprudenza o imperizia (condotta colposa)*.

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 Tutelare⁷.
- 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 facendo un uso improprio dello stato di necessità. Infatti, nell'ipotesi che esista veramente uno stato di necessità, il TSO crea un dannoso rallentamento di intervento.

Nel caso in cui, pur in presenza di proposta e convalida di TSO, venisse ravvisata una urgenza clinica compatibile con lo stato di necessità, ciò testimonierebbe l'insorgenza di un aggravamento clinico che non era prevedibile e che però dovrà essere riscontrato a seguito di una ulteriore valutazione sanitaria.

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.

5.2 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

⁷ È possibile coinvolgere il magistrato di turno (sulle 24 ore) presso il Tribunale.

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).

5.3 Pericolo immediato per comportamenti violenti auto-eterodiretti 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 necessarie⁸. 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 circostanze 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.

Ciò che può emergere è l'evidente o sospetta alterazione psichica, in presenza disturbi del comportamento (in genere presenti quando viene attivata la Forza Pubblica).

In tal caso il ricorso alla forza da parte degli organi di cui sopra appare pienamente giustificato sulla base dell'art. 51 CP⁹ [*adempimento di un dovere*], 54 CP¹⁰ [*stato di necessità*], 93 CP¹¹ [*omissione di soccorso*] e dell'art. 1 TUPLS¹² [*Capo I - Delle attribuzioni dell'autorità di pubblica sicurezza e dei provvedimenti d'urgenza o per grave necessità pubblica*].

⁸ Tribunale di Bologna Corte di Appello - Sezione III Penale Sentenza 4 aprile 2007 - Ai sensi degli artt. 40 (rapporto di causalità) – 41 (concorso di cause) e 589 (omicidio colposo) C.P. è responsabile per omicidio colposo il medico psichiatra che non somministra la corretta terapia al proprio paziente, laddove quest'ultimo, proprio a causa dell'errata somministrazione, compia un omicidio.

⁹ Art. 51 - Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere. L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità. Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'Autorità, del reato risponde il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine. Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto, abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo. Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine.

¹⁰ Art. 54 - Stato di necessità. 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, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

¹¹ Art. 593 - Omissione di soccorso. Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata.

¹² Art. 1 (art. 1 T.U. 1926; art. 1 R.D.L. 14 aprile 1927, n. 593.) - L'autorità di pubblica sicurezza veglia al mantenimento dell'ordine pubblico, alla sicurezza dei cittadini, alla loro incolumità e alla tutela della proprietà; cura l'osservanza delle leggi e dei regolamenti generali e speciali dello Stato, delle province e dei comuni, nonché delle ordinanze delle autorità; presta soccorso nel caso di pubblici e privati infortuni.

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:

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 evidenzia 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.

5.4 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 nocimento, 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 rifiuta un trattamento sanitario, il coinvolgimento del medico psichiatra 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 paziente 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 questi 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 necessita 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.

5.5 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.

La disomogenea collocazione dei Servizi di NPI nell'ambito Materno Infantile, del DSM o della Riabilitazione, in Ospedale o nei Distretti SocioSanitari, contribuisce a determinare prassi operative diverse da Azienda ad Azienda. In Italia, infatti la media ISTAT di TSO nei confronti di minori 12-18 anni è stata di 70 (settanta) casi all'anno, nell'ultimo quadriennio, a fronte di 6000 ricoveri per condizioni psichiatriche nella fascia di età 12-18. Ciò dimostra che nella grandissima maggioranza dei casi le soluzioni individuate sono altre, e coinvolgono in genere il Tribunale per i Minorenni o il Giudice Tutelare.

Il Tribunale per i Minorenni è organo specifico per l'ambito minorile, e dal punto di vista civile ha il compito di protezione del minore in situazioni potenziali di pregiudizio, incluse quelle in ambito sanitario.

L'operatore sanitario, a maggior ragione se incaricato di pubblico servizio, qualora percepisca l'esistenza di un severo rischio di pregiudizio a un minore, derivante da una mancata tutela del suo diritto alla salute, che persiste dopo avere attivato tutto quanto possibile per acquisire l'effettiva adesione dei genitori e del minore stesso agli interventi necessari, è infatti tenuto a darne segnalazione all'Autorità competente per i minori.

Le segnalazioni vanno indirizzate alla Procura della Repubblica presso il TM, che valuta l'effettiva sussistenza di un problema di tutela, e conseguentemente attiva se del caso il Tribunale per i Minorenni, che ha la possibilità di agire attivamente sulla potestà genitoriale, attraverso provvedimenti che vanno dalla prescrizione degli interventi specifici necessari fino all'allontanamento del minore.

Nei casi di assoluta urgenza, nei quali bisogna assumere un provvedimento immediato nello spazio di poche ore, è possibile la segnalazione diretta al Tribunale per i Minorenni.

I luoghi per la cura: Per le urgenze psichiatriche in adolescenza sono necessarie strutture specifiche di ricovero ospedaliero, in luogo delle ordinarie strutture di ricovero ospedaliero psichiatriche o pediatriche.

I minori, al termine della eventuale parentesi ospedaliera acuta, hanno in genere bisogno di spazi terapeutici di lungo periodo, anche residenziali. Il punto di reale maggiore criticità nella gestione di percorsi di tutela della Salute Mentale in età evolutiva soprattutto in condizioni di emergenza e urgenza, sta proprio nella disponibilità di risorse e di strutture specificamente dedicate ai minori. Una risposta adeguata risiede nella attivazione di una rete omogenea e integrata di reparti e servizi territoriali di NPIA, con personale specificamente formato per la gestione globale dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva (specifici sia per le caratteristiche cliniche che per la frequentissima comorbidità con disturbi di altro asse).

Analoga attenzione va dedicata allo sviluppo della rete di strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali per adolescenti al fine di evitare ricoveri impropri e/o di prolungare i termini delle dimissioni.

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, secondo quanto elencato in tabella.

	Minore	Genitori	
a.	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b.	Assenso	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Tribunale dei minori
c.	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Tribunale dei minori/ASO/TSO
d.	Rifiuto	Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO
e.	Rifiuto	Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Tribunale dei minori

Situazione a.: 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.

Situazione b.: 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.

Situazione c.: 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 i quali rinegoziare il consenso, e lasciare il passaggio al TM ad un secondo momento.

Situazione d.: 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.

Situazione e.: 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.

5.6 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.

5.7 Condizioni per il Trattamento Sanitario Obbligatorio nei disturbi alimentari

Il trattamento obbligatorio dei disturbi psichiatrici è sempre stato oggetto di controversie di carattere etico, legale e clinico, in particolare per quanto riguarda l'anoressia nervosa (AN).

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 per l'obbligatorietà della cura¹³

In Inghilterra la Commissione per il Mental Health Act ha fornito un'indicazione per la cura dell'AN (1997), riconoscendo che si tratta di un disturbo mentale e che in alcune pazienti la capacità di consenso può essere compromessa dalla paura di ingrassare o dalla negazione delle conseguenze delle loro azioni, nonostante il mantenimento della capacità di capire la natura, gli obiettivi e il probabile effetto della cura.

Nello stato dello Iowa, si applicano all'AN gli stessi requisiti che si applicano agli altri disturbi psichiatrici per l'obbligo legale ad un trattamento non volontario (si tratta di requisiti simili a quelli di molti altri stati americani): 1) la presenza di un disturbo psichiatrico, 2) il disturbo mette in pericolo la vita del paziente o per autolesioni o per incapacità di prendersi cura di sé, causate dal disturbo, 3) il rifiuto delle cure. Per la salvaguardia dei diritti dell'individuo è prevista una petizione alla corte da parte di un familiare o di un medico e la valutazione da parte di un medico che non ha relazione con i richiedenti per determinare la presenza, la gravità e il rischio per la vita della malattia¹⁴.

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. È vero che alcuni¹⁵ 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

¹³ Applebaum e Rumpf, 1998

¹⁴ Watson et al, 2000.

¹⁵ Marinozzi et al, 2000

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.

In Veneto, sulla base dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera per gli anni 2001-2006, si è potuto calcolare che la percentuale dei TSO sul totale dei ricoveri effettuati nei servizi di diagnosi e cura per AN è di 1.2%, e sul totale dei ricoveri per AN effettuati in strutture diverse dai servizi di diagnosi e cura (reparti di medicina, strutture riabilitative pubbliche e private) è di 0,58%.

Tali dati devono tenere conto della diversità delle disposizioni legislative e delle procedure operative adottate nei diversi paesi e, soprattutto, del fatto che in Italia il TSO può essere effettuato soltanto nei Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura, per diversi motivi inadeguati alla cura di tali patologie, mentre in altri paesi i pazienti con disturbi alimentari vengono ricoverati in strutture specifiche finalizzate al trattamento dei disturbi alimentari, che prevedono l'utilizzazione di un approccio multidisciplinare e di diverse professionalità.

Una delle possibili conseguenze di questa situazione è che con alcuni pazienti vengano messe in atto forme di coercizione più "subdola", che probabilmente garantiscono i diritti della persona molto meno di quanto non lo facciano le procedure che vengono messe in atto per disposizione di legge. Un'altra possibile conseguenza è che il mancato intervento porti ad un aumento della cronicizzazione, delle complicanze e della stessa mortalità.

Come per pazienti con gravi problemi psichiatrici in adolescenza, anche per pazienti con disturbi dell'alimentazione, si auspicano strutture specifiche dedicate di ricovero ospedaliero, in luogo delle ordinarie strutture di ricovero ospedaliero mediche o psichiatriche.

6 - MODALITA' DI REDAZIONE DELLE CERTIFICAZIONI

6.1 Le certificazioni

Premesso che è solo l'ordinanza del Sindaco che fa scattare il provvedimento di intervento obbligatorio e che tale ordinanza è un atto responsabile sul quale il Sindaco è chiamato a pronunciarsi, si ritiene indispensabile, al fine di una procedura corretta e rispettosa del dettato legislativo, la creazione di un effettivo coinvolgimento del Sindaco in quanto autorità di referente istituzionale per la sanità che ha la responsabilità ultima su tutte le procedure inerenti le proprie ordinanze. A questo riguardo va inoltre ribadito che in nessun modo possono essere demandati ad altri le competenze burocratico-amministrative (esempio la stesura dell'ordinanza, ecc.) propri dell'Autorità sanitaria locale.

In tal senso appare necessaria l'attivazione da parte di ogni Comune, compatibilmente con la normativa vigente, di una reperibilità del Sindaco o degli Assessori all'uopo delegati alla firma, al fine di rendere esecutiva in tempi brevi e nei modi corretti l'ordinanza.

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 ULSS 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 salute¹⁶;
 - 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.

¹⁶ Non sono ammissibili, pena non validità, affermazioni di carattere non sanitario quali giudizi sulla pericolosità sociale, inoltre la diagnosi clinica dovrà essere compatibile con il superamento dell'obbligo del consenso giustificato unicamente dalla gravità della patologia.

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.

6.2 Durata della 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 ore¹⁷; 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 convalida¹⁸;
- 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.

¹⁷ In analogia con quanto disposto dal Codice di procedura penale per quanto attiene agli atti sottoposti a convalida.

¹⁸ In caso di cittadino straniero è previsto che il Sindaco dia comunicazione dell'avvenuto TSO al Consolato del Paese di provenienza.

7 - ESECUZIONE DELL'ORDINANZA

Pur considerando che il Sindaco ha 48 ore di tempo per emanare l'ordinanza e che questa può essere eseguita entro 48 ore, la natura urgente del trattamento sanitario rende indispensabile una organizzazione che consenta al più presto l'attuazione del provvedimento.

Richiamate le Circolari del Ministero dell'Interno e della Sanità citate in preambolo, ai fini della operatività del personale di Polizia Locale e del personale sanitario va specificato che entrambi collaborano alla esecuzione del TSO mantenendo ruoli e funzioni distinte.

Una volta emanata una ordinanza di TSO il Corpo di Polizia Locale deve rendersi garante della sua esecuzione, informando correttamente il cittadino sottoposto a TSO (notifica) ed agendo anche coattivamente qualora ogni recupero di collaborazione tentato da tutte le figure professionali presenti sul posto, incluse quelle sanitarie, risulti vano, ovvero richiedendo l'intervento delle Forze dell'Ordine laddove sussista un serio pericolo per l'Ordine Pubblico.

Si ricorda che *non può essere dato corso all'ordinanza di TSO prima che venga emessa – e notificata (esibita) al soggetto – l'ordinanza medesima, salvo il presentarsi di nuove circostanze che giustifichino l'intervento in stato di necessità* (in questi casi riguardando gli interventi coattivi la Forza Pubblica).

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.

Ciò vale sia per il personale sanitario del SUEM, che per il personale del Dipartimento di Salute Mentale.

Una volta emessa l'ordinanza, l'equipe sanitaria concorda con la Polizia Locale il luogo e l'ora dell'intervento (domicilio del paziente o altro luogo) e immediatamente provvede affinché l'ambulanza del SUEM vi si rechi contestualmente.

7.1 Tipologie critiche e modalità di intervento.

Il personale sanitario deve sempre informare correttamente la Polizia Locale sulla eventuale rischiosità dell'utente, per concordare la strategia migliore da adottare al fine di espletare il ricovero obbligatorio, sia considerando che gli eventuali interventi coattivi sono in capo alla Polizia Locale stessa, sia perché pur essendo la repressione di comportamenti violenti, anche nei pazienti psichiatrici, di competenza delle forze dell'ordine, è comunque precisa responsabilità dei sanitari non sottovalutare ai fini di segnalazione eventuali elementi di pericolosità derivanti dalla patologia.

a) il paziente si è barricato in casa e non apre a nessuno;

b) il paziente potrebbe essere armato, ha o potrebbe avere comportamenti violenti;

In entrambi i casi, pur non venendo meno la competenza della Polizia Locale rispetto ad interventi coattivi, questa può avvalersi di forze dell'ordine di supporto (Carabinieri o Polizia di Stato). 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.

c) il paziente si è allontanato dalla propria abitazione e in casa non c'è nessuno;

In questo caso alla Polizia Locale compete 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.

7.2 Trasporto del malato

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.

L'intervento dell'autoambulanza, richiesto in via principale dal personale del Dipartimento di Salute Mentale presente all'esecuzione del provvedimento, 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 nocimento 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)¹⁹.

Nella fase di trasporto del malato al Presidio Sanitario, dovranno sempre essere garantite le attività di assistenza da parte dei sanitari e di custodia da parte della Polizia Locale. Pertanto, oltre al personale sanitario, dovrà sempre essere presente all'interno dell'ambulanza la *Polizia Locale, in numero di operatori adeguato alle necessità di sicurezza, sia del paziente che degli operatori stessi*.

Qualora le condizioni psico-fisiche dell'interessato siano tali da far ragionevolmente supporre una reazione violenta del paziente e gli operatori della Polizia Locale non siano – anche per circostanze di tempo o di luogo – nelle condizioni di poter garantire adeguata cornice di sicurezza, questi potranno richiedere l'ausilio delle Forze dell'Ordine, compatibilmente con le loro prioritarie esigenze di servizio.

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 (punto 5.3 del presente protocollo), 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.

La presenza degli operatori sanitari in termini di numero, qualifica e servizio di appartenenza, trova specifica definizione nelle ragioni di ordine medico clinico che di volta in volta si possono presentare, derivando comunque dalle modalità di collaborazione fra

¹⁹ Art. 40 CP. "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

DSM e SUEM, anche contenute in specifici “percorsi aziendali o interaziendali di cura e assistenza” delle Aziende ULSS.

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 ULSS vicinioria, 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.

7.3 - 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.

Tutti gli SPDC dovrebbero avere una organizzazione abbastanza elastica per quanto riguarda la disponibilità di posti letto e di personale, tale da accogliere provvisoriamente in TSO un paziente che sia giunto in reparto nonostante tutte le precauzioni adottate. In questo caso la ricerca del posto letto definitivo è a cura del DSM o del 118 della USL, o della Direzione sanitaria nel caso di SPDC appartenenti ad Aziende ospedaliere. Per il trasferimento del paziente occorre una nuova ordinanza del sindaco e il paziente viene trasportato dall'ambulanza ospedaliera e accompagnato dalla Polizia municipale del Comune che ha emesso l'ordinanza.

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. Questa esigenza mette in secondo piano il rispetto di regole amministrative.

7.4 - 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".

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

Di seguito, 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 complicità 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 TSO²⁰.

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

Nel testo dei paragrafi precedenti compaiono dettagliatamente tutte le avvertenze che il personale del Servizio Sanitario e quello delle altre agenzie coinvolte nell'effettuazione dei TSO, devono rispettare al fine di garantire l'inviolabilità della libertà individuale (art. 13 della Costituzione della Repubblica), principio cui si può derogare solo in alcuni casi ben circoscritti, espressamente previsti dalle leggi dello Stato.

Non sembra pleonastico però ricordare che il rispetto di tutte le cautele richieste dalla legge e in generale della 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 giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti " provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento.

Con ciò la legge dà facoltà al giudice di non accontentarsi dei documenti che gli sono pervenuti, ma di compiere indagini per una valutazione che non potrà essere solo della correttezza formale del provvedimento, ma anche nuova valutazione del caso cui il provvedimento si riferisce e quindi, necessariamente, anche valutazione sanitaria.

La limitazione iniziale della durata del TSO in degenza ospedaliera presume che questo tempo sia sufficiente non al fine di guarire l'alterazione psichica ma a permettere la presa in carico del paziente da parte della rete di servizi, grazie alla collocazione del SPDC nel Dipartimento di cui fanno parte anche i servizi territoriali, al fine di instaurare

²⁰ Art. 19 Codice di Deontologia Medica. "I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psicofisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

Art. 49 Codice di Deontologia Medica. " in caso di trattamento sanitario obbligatorio, il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge.

altre modalità di rapporto con il paziente che favoriscano la libera accettazione della cura, o forme attenuate di intervento obbligatorio come il TSO non ospedaliero; e comunque tali da garantire una continuità terapeutica.

Il diritto riconosciuto all'infermo, nel corso del TSO, di comunicare con chi ritenga opportuno, costituisce una ulteriore garanzia per il paziente. Non solo è un rimedio contro l'isolamento ma anche contro i 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 pronunciarsi in merito al provvedimento impugnato.

Le 48 ore disponibili 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.

8 - REVOCA DELL'ORDINANZA DI TSO PER ACCETTAZIONE DELLA TERAPIA DA PARTE DEL MALATO IN FASE DI ESECUZIONE DEL PROVVEDIMENTO

8.1 Accettazione della terapia in fase di esecuzione di TSO

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.

9 - TSO IN REGIME DI DEGENZA OSPEDALIERA

9.1 - 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 Azienda ULSS, 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.

10- 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 Medicina 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 ore²¹, termine entro 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. Da ciò ne consegue l'estrema fragilità di quanto normato dalla Legge, che come provvedimento è semplicemente citato senza che si entri in merito a modalità specifiche o a tutele giurisdizionali. Inoltre, le motivazioni su cui poggia la proposta si fondano spesso su dichiarazioni di terzi, non necessariamente i familiari, conseguendo quindi un marcato profilo di responsabilità del proponente e il rischio di reati a danno del cittadino.

E' 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.

Stante le difficoltà riportate, 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.

²¹ In analogia con quanto disposto dal Codice di procedura penale per quanto attiene agli atti sottoposti a convalida.

- 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. E' 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. Non è corretto scaricare su altri una decisione meno accettata al paziente che un "semplice" ASO, 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 disponibile 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. Si tratta di una precauzione di buona pratica, un suggerimento che vale anche per il medico (o i medici) del 118. 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.