**Protocollo di intesa per le procedure di intervento riguardanti l’effettuazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori**

**TRA**

* Sindaco di Salerno
* Direttore UOSM 7

**INDICE**

[1. Premessa 2](#_Toc43721946)

[1.1 Documentazione 2](#_Toc43721947)

[2. Finalità ed attuazione dell’intesa 3](#_Toc43721948)

[2.1 Obiettivi 3](#_Toc43721949)

[2.2 Attuazione dell’Intesa 4](#_Toc43721950)

[3. Presupposti teorici 4](#_Toc43721951)

[3.1 Obbligatorietà del trattamento sanitario in Psichiatria 4](#_Toc43721952)

[3.2 Pericolosità e malattia 4](#_Toc43721953)

[4. Interventi sanitari obbligatori 5](#_Toc43721954)

[4.1 Le condizioni 5](#_Toc43721955)

[5. Funzioni e compiti dei referenti istituzionali 6](#_Toc43721956)

[5.1 Ordinanza del Sindaco e competenze della Polizia Locale. 6](#_Toc43721957)

[5.2 Il ruolo del personale sanitario 7](#_Toc43721958)

[5.3 Integrazione delle competenze 7](#_Toc43721959)

[6. Interventi sanitari che non necessitano di TSO 8](#_Toc43721960)

[6.1 L’intervento in “stato di necessità”. 8](#_Toc43721961)

[7. Modalità di redazione delle certificazioni 10](#_Toc43721962)

[7.1 Le certificazioni 10](#_Toc43721963)

[7.2 Durata della validità delle certificazioni e delle ordinanze 11](#_Toc43721964)

[8. Esecuzione dell’ordinanza 12](#_Toc43721965)

[8.1 Tipologie critiche e modalità di intervento. 12](#_Toc43721966)

[8.2 Trasporto del malato 13](#_Toc43721967)

[8.3 Accoglimento del malato presso l’S.P.D.C. 13](#_Toc43721968)

[8.4 TSO nei confronti di paziente già degente in S.P.D.C. in regime volontario 13](#_Toc43721969)

[8.5 Avvertenze nell’esecuzione del T.S.O. 14](#_Toc43721970)

[9. Revoca dell’ordinanza di TSO per accettazione della terapia da parte del malato in fase di esecuzione del provvedimento 14](#_Toc43721971)

[9.1 Accettazione della terapia in fase di esecuzione di TSO 14](#_Toc43721972)

[10. TSO Extraospedaliero 14](#_Toc43721973)

[11. Accertamento Sanitario Obbligatorio 14](#_Toc43721974)

[12. ASO e TSO in età evolutiva 15](#_Toc43721975)

[13. Schema applicativo TSO 18](#_Toc43721976)

[14. Durata dell’intesa 20](#_Toc43721977)

# 1. Premessa

L’articolo 32[[1]](#footnote-1)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 13[[2]](#footnote-2)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. 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 sancito l’ingresso della Psichiatria nel Servizio Sanitario Nazionale, sottraendola alla precedente disciplina speciale e restituendole dignità di branca medica, con compiti eminentemente terapeutici, segnando una netta discontinuità con un passato nel quale il ricovero delle persone con disturbi mentali era motivato assai più con considerazioni di ordine pubblico che da esigenze di intervento di cura. La legge 180/78 ha da parte sua dettato le norme e le procedure per l’effettuazione dei T.S.O. nel pieno rispetto della dignità e della libertà della “persona”, sancendo il fatto che quanti soffrono di disturbo mentale restano titolari di diritti e non vanno mai ridotti a mero soggetto da segregare.

## 1.1 Documentazione

Sono stati tenuti in considerazione i seguenti documenti:

* Costituzione della Repubblica Italiana;
* Commentario al codice penale CRESPI - STELLA - ZUCCALÀ Breviaria Juris 2003;
* Codice Penale Ipertestuale, Commentario con banca dati di giurisprudenza e legislazione, Ronco M. Codice, UTET, 2007;
* “Codice di Deontologia Medica” – Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - 16 dicembre 2006;
* Legge 13 maggio 1978, n. 180 " Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori ";
* Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale - articoli 33, 34 e 35;
* 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. Int. n. 3/200 del 20/7/2001- “Compiti della P.M. nei trasferimenti di persone assoggettate ai TSO”;
* Circolare del Ministero della Sanità del 21 settembre 2002;
* TAR Sicilia-Catania, sezione seconda - Sentenza 6 maggio 2005 numero 799 – “Quali competenze tra Asl e Comuni sul T.S.O.”;
* Tribunale di Bologna Corte di Appello - Sezione III Penale - Sentenza 4 aprile 2007
* “Responsabilità dello psichiatra per il comportamento del proprio paziente…”;
* Linee di indirizzo circa le procedure per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori (Documento inviato dal Collegio dei Primari di Psichiatria all’Assessorato Sanità della Regione Veneto) - 2001.
* Prefettura UTG di Pordenone (2001) – “Protocollo di intesa per le procedure di intervento riguardanti l’effettuazione degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori”;
* Direttiva della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1457/89 (in ordine alle procedure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per malattie mentali, di cui agli Art. 33,34,35, L.n. 833/1978);
* Deliberazione della G.R. Marche n. 14 MA/SAN del 09/01/1997 *-* “Approvazione linee di indirizzo circa procedure per gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in psichiatria”;
* Segreteria della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome "Linee guida sull'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per la malattia mentale ai sensi degli articoli 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833" – 19/5/04.
* De Plato G. (a cura di), Il trattamento Sanitario Obbligatorio in Psichiatria - La professionalità dell' èquipe ed il ruolo della comunità, suppl. n. I al n. l. anno I di Salute Mentale – Medicina Sociale - Epidemiologia, Pordenone, 1990
* Ariatti R. Lo Russo L. Melega V. (a cura di), “I problemi giuridici dell'assistenza psichiatrica dopo la legge 180”, Bologna, Assessorato alla Sanità 1991;
* “Gli interventi non volontari: la gestione medica e le implicazioni legali” - M. Di Fiorino, F.M. Saviotti, A. Gemignani – Giornale Italiano di Psicopatologia - Vol. 10, Giugno 2004.
* Fioritti A. Lo Russo L, (a cura di), “Il dire e il fare. Governo regionale ed evoluzione dei servizi psichiatrici in Emilia-Romagna”; Governo Regione Emilia-Romagna, Bologna. 1994;
* De Ferrari F., Verzeletti A., La responsabilità professionale dell’operatore psichiatrico. Cattedra di Medicina Legale, Università di Brescia – Quaderni Italiani di Psichiatria – marzo 2007.
* Il consenso al trattamento in psichiatria - Consensus Conference - Roma, 8/9 maggio 1998 - Società Italiana di Psicopatologia.
* Protocollo di intesa per le procedure di intervento riguardanti l’effettuazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori – Prefettura di Treviso, Ufficio Territoriale del Governo;
* Protocollo di intesa per le procedure di intervento riguardanti l’effettuazione di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per la città di Napoli;
* Deliberazione della G.R. Campania n. 1379 del 06/08/2009 – “Raccomandazioni per i dipartimenti di salute mentale in materia di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e accertamento sanitario obbligatorio – presa d’atto documento”

# 2. Finalità ed attuazione dell’intesa

## 2.1 Obiettivi

Il presente protocollo, viene redatto al fine di dare univoca interpretazione ed applicazione operativa alle fonti normative nazionali in merito agli Accertamenti ed ai Trattamenti Sanitari Obbligatori, tenendo in considerazione procedure consolidatesi sul campo ed orientamenti espressi da Autorità nazionali e locali.

Al riguardo, si prefigge il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- analizzare le condizioni per l'attivazione dei provvedimenti di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio (ASO-TSO) alle persone con malattia mentale;

- specificare e definire le funzioni e i compiti dei diversi referenti istituzionali;

- delineare un modello operativo per la corretta e omogenea esecuzione delle procedure su tutto il territorio comunale.

- definire le condizioni che non richiedono l'attivazione dei provvedimenti di accertamento e trattamento sanitario (ASO-TSO), bensì altri presidi e modalità operative.

I Soggetti firmatari, al fine di agevolare il raggiungimento degli obiettivi succitati, si propongono, con la sottoscrizione del presente Intesa, di mettere in atto interventi volti al consolidamento e alla diffusione di una modalità integrata e condivisa, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze istituzionali ed assetti organizzativi.

## 2.2 Attuazione dell’Intesa

L’attuazione dell’Intesa è demandata alle Istituzioni firmatarie, le quali si impegnano ad attivare, in maniera coordinata e continuativa, per la realizzazione degli obiettivi di cui al precedente punto 2.1.

Le Istituzioni firmatarie si impegnano ad adottare nel proprio ordinamento interno ogni provvedimento che ne garantisca piena attuazione e il periodico monitoraggio degli interventi espletati, prestando la massima collaborazione reciproca per il perseguimento delle finalità indicate.

# 3. Presupposti teorici

## 3.1 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, inconsapevole della propria malattia, con la volontà della comunità di implementare la salute collettiva tramite il ristabilimento di un suo membro ammalato.

## 3.2 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”, non è da intendersi nel significato di alterazioni in cui si manifesta una concreta pericolosità del malato, in quanto il concetto di "pericolosità" non può essere assunto quale ispiratore di un provvedimento terapeutico, ancorché obbligatorio. Prova ne è che il TSO nei malati di mente non presuppone necessariamente lo stato di pericolosità (come d’altra parte la pericolosità non presuppone affatto l’esistenza di alterazioni psichiche). Con la Legge 180/78, non solo scompare ogni accenno al concetto di pericolosità per sé o per gli altri del paziente, ma viene stabilito che un trattamento sanitario obbligatorio può avvenire solo per l’esistenza di alterazioni psichiche di grado tale da richiedere un trattamento urgente e solo se tale trattamento viene rifiutato dal paziente: non è quindi il semplice stato di emergenza comportamentale che a volte può accompagnare la malattia mentale a giustificare l’attivazione del TSO, ma soltanto il rifiuto del paziente a sottoporsi a quei trattamenti che i sanitari in quel momento ritengono necessari ed urgenti per il suo stato di salute.

L'intervento sanitario è quindi diretto esclusivamente alla cura della patologia e al superamento del consenso; non ha alcuna valenza di ordine pubblico. Può verificarsi tuttavia che l'operatore sanitario si trovi in presenza di comportamenti dissociali e di eventuali rischi di pericolosità. In detto caso si ritiene che, anche se la specifica gestione di tali aspetti esula dalla competenza psichiatrica, non si possa correre il rischio della deresponsabilizzazione, rispetto a tali comportamenti, attraverso la negazione del problema, ma vada sempre valutata l'opportunità di segnalare la sussistenza di rischi specifici di particolare pericolosità, agli organi preposti istituzionalmente alla tutela della sicurezza sociale. Si rammenta che in ogni caso il reato commesso da persona sofferente di disturbi psichici non è diverso, per quanto riguarda l'aspetto preventivo e repressivo, dal reato commesso da qualsiasi altro cittadino. 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.

# 4. Interventi sanitari obbligatori

## 4.1 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 solo la presenza di alterazioni psichiche che può giustificare il ricorso al TSO, ma solo se queste siano da riferirsi a una malattia mentale.
2. che tali interventi non vengano accettati dal malato. Questo in ogni caso non esonera il medico dall’obbligo di 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. A questo riguardo 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 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. Va evitato qualsiasi uso strumentale o “punitivo” del TSO.
3. che non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Quando si verificano le predette condizioni il ricovero può essere effettuato – recita la Legge - esclusivamente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura degli Ospedali Generali (SPDC). 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, secondo quanto previsto al successivo punto 6.1.

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.

Qualora le condizioni psichiche del soggetto lo richiedano, il provvedimento va espletato anche quando il paziente:

1. sia residente nel territorio di un’altra A.S.L.,
2. sia senza fissa dimora,
3. sia ospite della casa circondariale,
4. sia cittadino straniero, con domicilio o meno, in regola o meno con permesso di soggiorno.

Il TSO in regime di degenza ospedaliera si può attuare solo in presenza delle tre condizioni di legge più sopra richiamate. Si ribadisce che lo stesso può essere attuato esclusivamente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), reparto ospedaliero situato presso gli ospedali generali. Non è pertanto ammissibile l'ipotesi di poter effettuare trattamenti sanitari obbligatori presso altri reparti ospedalieri di degenza, né presso strutture intermedie di tipo residenziale e semiresidenziale, ancorché psichiatriche, magari sotto la forma di TSO extraospedaliero. Tali soluzioni, infatti, costituirebbero illegittime restrizioni della libertà individuale, condizione per la quale si rendono indispensabili le procedure e le garanzie previste agli artt. 34 e 35, Legge 833/78, e le indicazioni ivi contenute.

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. E’ appena il caso di ribadire che, secondo il dettato legislativo, non possono trovare alcuna legittimazione trattamenti sanitari obbligatori che abbiano motivazioni o finalità diverse da quelle previste dagli artt. 33 e 34 della L.833/78, al di fuori di tali circostanze, infatti, ogni cittadino ha diritto alla libera scelta nei confronti di qualsiasi pratica terapeutica, ivi inclusa la scelta di non curarsi. Lo spirito della riforma vede nella natura del TSO in regime ospedaliero una significativa limitazione della libertà personale, tanto che il legislatore ne prevede particolari misure di tutela giurisdizionale, quali la convalida della proposta da parte di un secondo medico appartenente alServizio sanitario nazionale, nonché la convalida dell'ordinanza da parte del Giudice tutelare.

# 5. Funzioni e compiti dei referenti istituzionali

## 5.1 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 fa scattare il provvedimento, va sottolineato che tale ordinanza non è una mera conseguenza burocratica delle certificazioni mediche, ma un atto responsabile 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; fermo restando che in nessun modo possono essere demandati ad altri organi le specifiche competenze burocratico-amministrative (esempio la stesura dell'ordinanza, ecc.).

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 il Sindaco possa assumere iniziative di tipo organizzativo tali da poter rendere al più presto esecutiva l'attuazione del provvedimento, comunque non oltre le 3 ore dalle certificazioni anche laddove si presentassero particolari criticità organizzative.

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 dell'organo chiamato a dargli attuazione.

L'ordinanza del Sindaco ha carattere di provvedimento amministrativo diretto alla generale tutela, sotto il profilo sanitario, dell'interesse della collettività alla salute.

Nella fase di attuazione di un'ordinanza di ASO o di TSO, il Comune conserva uno specifico interesse alla corretta esecuzione della medesima e quindi un potere-dovere di vigilanza da attuarsi attraverso il proprio personale, nella fattispecie il Corpo di Polizia Locale, in quanto l'impostazione forzata che ne discende riveste, come per tutte le ordinanze, il carattere di una operazione di "polizia amministrativa" diretta all'osservanza di regolamenti e di provvedimenti dell'autorità, quali i trattamenti sanitari obbligatori[[3]](#footnote-3).

In tal senso appare necessario, l'attivazione da parte di ogni Comune di una reperibilità del Sindaco o dei delegati alla firma, 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.

A tal proposito appare opportuno distinguere le funzioni terapeutiche proprie della UOSM 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.

## 5.2 Il ruolo del personale sanitario

Il ruolo del personale sanitario (UOSM, Servizio 118, 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 obbligatoria 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.

I sanitari titolari dell’intervento sono da individuarsi nel personale de Servizio 118 con la collaborazione del personale UOSM. Nelle ore di chiusura delle UOSM, l’aspetto sanitario sarà delegato al Servizio 118/SIRES.

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 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 Servizio 118.

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 Servizio 118 è subordinato alla presenza in loco della Polizia Locale, che comunque solo in presenza dei sanitari darà seguito all’attuazione del provvedimento, pur nel rispetto delle reciproche competenze.

## 5.3 Integrazione delle competenze

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.

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”.

L'intervento della P.M. non può ritenersi eventuale e subordinato a quello del personale sanitario, bensì contestuale e tale contestualità deve esplicarsi 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, 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.

In via eccezionale, ed esclusivamente laddove le condizioni cliniche lo consentano, al fine di ridurre la conflittualità con il paziente il trasporto potrà essere effettuato con altri mezzi, ferma restante la compresenza a bordo di operatori sanitari e polizia locale.

# 6. Interventi sanitari che non necessitano di TSO

Esistono condizioni che, pur presentandosi urgenti e complesse, non richiedono necessariamente l'attivazione delle procedure per gli interventi sanitari obbligatori di cui alla Legge.

## 6.1 L’intervento in “stato di necessità”.

L’art. 54 C.P. recita: “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona…”[[4]](#footnote-4) Accanto ad altre disposizioni 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 i quali, sospettando gravi alterazioni psichiche, è possibile ad esempio 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. Vi sono inoltre diverse condizioni sanitarie in cui la presenza di gravi alterazioni psichiche non è espressione di una malattia mentale (patologie neurologiche, internistiche, tossiche, traumatiche...); in tali casi non è mai è consentito il ricorso al TSO ed è solo possibile, essendovene le condizioni, attuare interventi in stato di necessità.

Il sanitario, in presenza di situazioni cliniche nelle quali si riconosca un grave e attuale rischio per l'incolumità del paziente o di terzi (a domicilio del soggetto, in ambulatorio, in Pronto Soccorso...), deve intervenire direttamente, anche a costo di limitare la libertà del paziente. In questa situazione, dovrà avvalersi dell'intervento delle forze dell'ordine. Di particolare rilievo a questo riguardo è la *valutazione del clinico sul “rischio o pericolo attuale” (immediato) di danno* *grave alla salute, anche di terzi, conseguenza di una patologia, tale da richiedere interventi* *improrogabili, rispetto al “rischio o pericolo potenziale” per il quale l'eventuale trattamento è da* *considerarsi urgente seppure non ancora improrogabile*. Va sottolineato che la giurisprudenza evidenzia che, rispetto a comportamenti violenti aventi nesso di causa con un *quadro clinico che* *comprometta la volizione del paziente*, il medico ha la specifica responsabilità, sia della cura che di prevenirne le conseguenze, fatta salva la più specifica competenza della Forza Pubblica.

Oltre alla valutazione sullo stato di necessità, è quindi compito del medico valutare in merito allo stato della volizione compromesso dalla patologia, ovvero sulla capacità di consenso/dissenso del paziente rispetto alle cure. In tal senso un soggetto che presenti una volizione integra, eppure vi sia stato di necessità, ha facoltà di opporre rifiuto alle cure.

Da questo punto di vista si distingue:

1. mancanza di consenso, che richiama una condizione in cui il soggetto non è in grado di esprimere alcun consenso o dissenso, condizione che ritroviamo nei disturbi psichici dovuti a patologie organiche, rispetto alle quali l’unico intervento possibile è solo quello in condizioni di consenso presunto, in stato di necessità, oppure, come nel caso degli incapaci naturali (demenza, oligofrenia), l’assenza di uno stato di necessità richiede, rispetto ad eventuali cure, il coinvolgimento del Giudice Tutelare[[5]](#footnote-5).
2. 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.

Si ravvisano i seguenti casi:

**1) 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 formalizzazione di un TSO. Lo stato di necessità si pone su due livelli:

1. la necessità di agire nei riguardi dell’eventuale comportamento disorganizzato o violento (es: agitazione psicomotoria in alcolismo acuto), rispetto al quale è primariamente competente la Forza Pubblica, ma anche il sanitario in quanto il comportamento è diretta conseguenza dello stato patologico,
2. la necessità di accertamenti e trattamenti urgenti e improrogabili sulla causa organica dello stato confusionale.

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, questo tipo di intervento non è di loro specifica competenza ma lo è primariamente dei Medici di medicina generale, di Continuità Assistenziale, del DEA, del 118. Va ricordato che il rifiuto generico di cure mediche in assenza di stato di necessità, 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).

**2) Pericolo immediato per comportamenti violenti auto-eterodiretti in malattia mentale.**

La dizione gravi disturbi psichici dovuti a malattia mentale, fa riferimento a una condizione patologica che compromette la volizione del soggetto, il quale è pure in grado di esprimere consenso o dissenso alle cure, ma questo non è valido poiché inficiato dalla patologia. Il ricorso al TSO è, nelle tre condizioni citate dalla norma, l’unico provvedimento possibile, tuttavia laddove il pericolo per la salute del soggetto o di terzi sia attuale, tale da richiedere interventi immediati e improrogabili, si deve intervenire in stato di necessità. Ciò 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. Va infatti precisato che il ricorso al TSO non è legato allo stato di necessità e non riguarda la presenza di comportamenti violenti, rispetto ai quali è comunque primariamente competente la Forza Pubblica (in ogni caso il reato commesso da persona sofferente di disturbi psichici non è diverso, per quanto riguarda l'aspetto preventivo e repressivo, dal reato commesso da qualsiasi altro cittadino).

In questi casi il sanitario, come varie sentenze testimoniano, ha sì obbligo di mezzi ma non di risultato, tuttavia, trattandosi di comportamenti espressione sintomatologica di una malattia mentale che altera la volizione del soggetto, deve prevenirli dando corso alle cure necessarie[[6]](#footnote-6). 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).

**3) Richiesta al medico psichiatra di trattamento sanitario obbligatorio in assenza di patologie psichiatriche.**

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

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

L’art. 33 non può pertanto essere utilizzato come strumento di contrasto contro un’opposizione del singolo ad interventi medici volti al trattamento di affezioni morbose produttive di nocumento, anche estremo, alla sola salute individuale. Il paziente capace, competente e consapevole, ha infatti il diritto di rifiutare il consenso all’atto medico. Nei casi in cui un paziente non affetto da malattia mentale rifiuti 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 della capacità del soggetto di intendere e volere. La decisione circa la condotta professionale da adottare in presenza del rifiuto di un trattamento da parte di un paziente non affetto da malattia mentale compete esclusivamente al medico curante, tenuto conto degli indirizzi normativi e deontologici, fermo restando che anche qualora questi decidesse di agire in assenza del consenso del paziente in nessun caso dovrà e potrà essere attivata una procedura di TSO.

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

# 7. Modalità di redazione delle certificazioni

## 7.1 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.

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.

Rispetto al problema della doppia certificazione, prevista per il TSO in regime di degenza, si ritiene opportuno, se possibile, che la proposta provenga dal medico di medicina generale o dal medico del 118,

mentre la convalida avvenga attraverso il coinvolgimento di un servizio specialistico quale è la Unità Operativa di Salute Mentale.

In orario di chiusura della UOSM e in assenza del medico di medicina generale, la valutazione clinica e le relative certificazioni saranno di competenza del Servizio di Continuità Assistenziale e/o del 118 e/o del Pronto Soccorso Ospedaliero.

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.

La proposta deve contenere le seguenti informazioni:

1. Generalità del medico proponente.
2. 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;

1. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in cui effettuare il TSO;
2. Descrizione adeguata delle condizioni che soddisfano i tre requisiti di legge;
3. Data e ora;
4. Timbro e firma leggibile.

La convalida deve contenere gli stessi elementi.

Entrambi i certificati devono essere redatti con grafia leggibile ed anche la firma deve essere

leggibile e non sovrapposta al timbro.

Le certificazioni e la seguente ordinanza vengono trasmesse secondo le modalità già condivise in separato protocollo di intesa attualemente in essere.

## 7.2 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 T.S.O. (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 T.S.O..

Si ritiene che l'esatta temporizzazione sia la seguente:

1. 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;
2. una volta emanata l’ordinanza questa deve essere eseguita immediatamente e comunque non oltre 48 ore[[7]](#footnote-7); nel caso in cui il paziente sia irreperibile, trascorso tale termine dovrà essere eventualmente attivata una nuova procedura;
3. dal momento in cui il paziente entra in reparto vengono computati i sette giorni di durata del trattamento e le 48 ore per dare comunicazione al Giudice Tutelare ai fini della convalida[[8]](#footnote-8);
4. 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;
5. 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.

# 8. Esecuzione dell’ordinanza

Pur considerando che il Sindaco ha 48 ore di tempo per emanare l’ordinanza e che questa può esser eseguita entro 48 ore, la natura urgente del trattamento sanitario rende indispensabile una organizzazione che consenta al più presto l’attuazione del provvedimento, e comunque non oltre le 3 ore dalle certificazioni mediche anche nel caso di particolari criticità organizzative.

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 118, che per il personale della UOSM.

## 8.1 Tipologie critiche e modalità di intervento.

Il personale sanitario deve sempre informare correttamente la P.L. 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 P.L., 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.

1. il paziente si è barricato in casa e non apre a nessuno;
2. 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.

1. 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.

## 8.2 Trasporto del malato

Quanto ai mezzi con cui trasportare la persona ammalata presso il presidio sanitario, di regola ed in via prioritaria essi 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, laddove non presente già sul luogo, dovrà avvenire senza ritardo, compatibilmente con la disponibilità di mezzi e la presenza di altre urgenze in atto, in specie qualora il prolungamento dei tempi di attesa potrebbero essere di nocumento all’effettuazione del TSO, che deve considerarsi, sia per la Polizia Locale, che per tutti i sanitari interessati, un intervento di carattere urgente (possibili profili di responsabilità in merito alle conseguenze cliniche conseguenti a dilazioni)[[9]](#footnote-9).

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.

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 DSM e 118, anche contenute in specifici “percorsi aziendali o interaziendali di cura e assistenza” dell’ASL.

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 di PL (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 ASL viciniori, 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 118).

Nell’esecuzione del TSO compete infine alla PL, 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.

## 8.3 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.

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

## 8.4 TSO nei confronti di paziente già degente in S.P.D.C. in regime volontario

Qualora nel corso della degenza volontaria in SPDC un paziente ritiri il consenso alle cure e sussistano le condizioni di legge per l’esecuzione di un TSO, il medico del SPDC è tenuto a redigere adeguata proposta mentre la convalida sarà ad opera di un altro psichiatra o, in caso di indisponibilità, del medico del PS dell’Ospedale.

La polizia locale, prontamente contattata, si recherà presso il SPDC presenziando fino alla redazione, notifica ed esecuzione dell’ordinanza di TSO (vedi par.5.1).

## 8.5 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.

# 9. Revoca dell’ordinanza di TSO per accettazione della terapia da parte del malato in fase di esecuzione del provvedimento

## 9.1 Accettazione della terapia in fase di esecuzione di TSO

Qualora in fase di attuazione dell’ordinanza di TSO il medico della UOSM, 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 consegnato immediatamente agli operatori di Polizia Locale presenti. Alla richiesta di revoca farà seguito l’emissione di un provvedimento di revoca dell’ordinanza di TSO.

# 10. TSO Extraospedaliero

La possibilità di ricorrere al TSO extraospedaliero è citata dalla Legge, senza ulteriori specificazioni, quando si verificano le prime due condizioni previste dalla stessa per poter intervenire in forma obbligatoria (gravi alterazioni psichiche e non consenso alla cura) e quando esistano le condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Anche in questo caso la durata è di 7 giorni, mentre la proposta viene effettuata da un solo medico a cui segue l'ordinanza del Sindaco.

L’ordinanza di tale TSO si caratterizza per il fatto che obbliga una persona a curarsi, ma il luogo non è vincolato a precise caratteristiche. Il luogo costituisce solo parte delle condizioni materiali che permettono alla cura (qualunque modalità di cura indicata dal medico) di essere praticata e verificata. La logica del TSO extra ospedaliero è che la cura non incida troppo negativamente sulla vita del paziente, venendo a limitarla più di quanto il disturbo psichico o la malattia mentale non la limitino. I luoghi più spesso indicati sono la casa del paziente (con l’attivazione di visite domiciliari), la UOSM (obbligando il paziente a visite ambulatoriali). Si ribadisce che non è possibile effettuare TSO presso strutture intermedie di tipo residenziale e semiresidenziale, ancorché psichiatriche, neppure sotto la forma di TSO extraospedaliero.

# 11. Accertamento Sanitario Obbligatorio

La procedura dell’ASO per malattia mentale mira a garantire a tutti i cittadini una corretta valutazione dei loro bisogni di cura, anche nei casi in cui il disturbo mentale possa essere di natura tale da menomare la consapevolezza stessa della malattia.

L’ASO è pertanto una procedura attivabile solo allo scopo di poter garantire la migliore decisione in merito alla necessità di attivazione di un trattamento. C’è unanime consenso che al fine di garantire la migliore valutazione possibile, questa debba essere assicurata da un medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale. Soprattutto nei casi di ASO proposti dal DSM sarebbe opportuno che a valutare il paziente fosse sempre il medico territorialmente competente o un altro medico della stessa équipe.

Nel caso di cittadini già precedentemente in cura psichiatrica, 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 devono sollecitare l’intervento del medico ma non possono mai essere automaticamente sufficienti a motivare la richiesta di un ASO.

La proposta di ASO può essere avanzata sia da un medico del DSM che da altro medico.

a) Il medico del DSM potrà proporre l’ASO solo nei casi in cui:

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)

nel caso in cui, pur avendo potuto visitare il paziente in qualità di medico proponente il TSO, 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’ASO, 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 TSO ritenga necessaria una valutazione specialistica psichiatrica, visita per la quale però il cittadino non fornisce il consenso.

 La proposta motivata contiene anche indicazioni sul luogo più opportuno – anche perché più accettato dal paziente – per l’esecuzione dell’ASO. Precisato questo e richiamato come appartenente alle buone pratiche il previo accordo del medico proponente con il Dirigente medico psichiatra della struttura pubblica (quando egli stesso non ricopra tale ruolo) su luogo, tempi e modalità di esecuzione dell’ASO, in linea generale è preferibile che l’ASO sia praticato in un servizio territoriale, in primo luogo nella UOSM, o al Pronto soccorso del presidio ospedaliero.

La proposta motivata deve essere inoltrata al Sindaco del Comune dove si trova la persona oggetto della stessa. Non è necessaria convalida da parte di un secondo medico (Art. 33 comma 4).

In ogni caso l’ASO non può essere svolto negli spazi di degenza del SPDC.

L’ordinanza sindacale di ASO è eseguita dalla Polizia Locale che accompagna la persona al luogo indicato perché vi si svolga l’accertamento richiesto. Il personale sanitario del DSM svolge funzioni di assistenza se, e quando, il DSM disponga di un Servizio di intervento per l’urgenza psichiatrica; altrimenti sarà coinvolto il personale del Servizio 118.

Non è richiesta la notifica dell’ordinanza al giudice tutelare.

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.

# 12. ASO e TSO in età evolutiva

Negli articoli 33, 34 e 35 della L. 833/78 non sono citati in alcun modo i minori. Se ciò da un lato fa pensare che per essi in materia di ASO e TSO siano date per scontate le stesse procedure e i luoghi degli adulti, dall’altro non vanno dimenticati il ruolo ampiamente codificato del Tribunale per i Minorenni, e la specifica complessità del problema del consenso nei minori[[10]](#footnote-10). Tale fattispecie è stata compiutamente affrontata dalla Conferenza Stato Regioni, e ripresa dalla Regione Campania con Deliberazione n. 1379 del 06/08/2009, le cui raccomandazioni sono integralmente recepite da questo protocollo di intesa e a cui si rimanda per una trattazione dettagliata. Sul piano applicativo, fermi restanti gli ambiti di competenza tra gli attori coinvolti e descritti nei precedenti paragrafi, si possono porre cinque diverse situazioni descritte nella tabella che segue.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Situazione | Minore “maturo” | Genitori | Procedura |
| 1 | Assenso | Consenso | Si procede direttamente |
| 2 | Assenso | Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori | Segnalazione alla procura del Tribunale per i Minori |
| 3 | Dissenso | Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori | Segnalazione alla procura del Tribunale per i Minori *oppure* ASO/TSO ospedaliero/TSO extraospedaliero |
| 4 | Dissenso | Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante  | ASO/TSO ospedaliero/TSO extraospedaliero |
| 5 | Dissenso | Consenso, situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore | Segnalazione alla procura del Tribunale per i Minori |

* Situazione 1.: Sia il minore che entrambi i genitori danno il proprio assenso ad accertamenti e cure e sono sufficientemente collaboranti. Non vi è necessità di investire autorità esterne e si procede secondo quanto man mano necessario e concordato, che si tratti di valutazioni o trattamenti ambulatoriali od ospedalieri.
* Situazione 2.: Il minore dà il proprio assenso alle cure, ma uno o entrambi i genitori rifiutano. L’elemento principale è rappresentato dalla mancata collaborazione di uno o entrambi i genitori, spesso all’interno di una dinamica fortemente conflittuale. Se ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, appare necessaria la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni.
* Situazione 3.: Né il minore né i genitori danno il proprio assenso alle cure, o vi acconsente uno solo dei genitori. L’elemento principale è rappresentato dal rifiuto e dalla mancata collaborazione generalizzata, spesso all’interno di una dinamica fortemente conflittuale. In genere, ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, che richiede la segnalazione alla Procura delpresso il Tribunale per i Minorenni. A volte può invece essere opportuno attivare in prima battuta la procedura dell’ASO o del TSO
* extraospedaliero (che peraltro hanno il vantaggio di segnalare comunque la situazione anche al sindaco), attraverso i quali rinegoziare il consenso, e lasciare l’eventuale segnalazione al TM ad un secondo momento.
* Situazione 4.: Il minore non acconsente alle cure, mentre entrambi i genitori danno il proprio consenso e la situazione ambientale e familiare appare adeguata e collaborante. L’elemento principale è rappresentato dal rifiuto dell’infermo; e in questo caso appare opportuno il ricorso ad ASO e TSO (extraospedaliero o ospedaliero).
* Situazione 5.: Il minore non acconsente alle cure, i genitori esprimono formalmente il proprio consenso, ma la situazione ambientale familiare nel suo complesso appare di pregiudizio per la salute del minore: appare comunque opportuno per motivi clinici che la prescrizione avvenga da parte di un’autorità esterna nei confronti del nucleo familiare nel suo complesso e non solo nei confronti del minore. In questo caso appare più opportuna la segnalazione alla Procura presso il TM, evidenziando non solo la situazione complessiva e le motivazioni del pregiudizio, ma anche tutto quanto è stato messo in atto per giungere al consenso del minore, e gli interventi necessari per modificare la situazione di pregiudizio.

In conclusione: si evidenzia come i nodi critici affrontati siano tali da richiedere la formazione di un consensus specifico, che consenta l’omogeneità degli interventi a tutela del diritto alle cure nel rispetto del “consenso” declinato all’interno del rapporto tra genitori e minore.

# 13. Schema applicativo TSO

Vengono di seguito riportati schemi esemplificativi delle procedure per l’esecuzione di TSO differenziati per luogo ed orario in cui dove si presenta l’emergenza.

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo** | **Procedure in orario apertura UOSM** |
| Domicilio del paziente o territorio | Presenza contestuale del servizio 118 con ambulanza “tipo A”, Polizia Locale, equipe UOSM |
| Il Servizio 118 è titolare dell’intervento sanitario. Propone il TSO, assiste il paziente per esigenze internistico-rianimative, si consulta con l’equipe UOSM per le istanze psichiatriche.Fornisce il trasporto presso il SPDC dove la centrale operativa ha individuato la disponibilità di posto letto | La Polizia Locale è responsabile della stesura, notifica ed esecuzione dell’Ordinanza di TSO. Partecipa al trasporto del paziente presso il SPDC.Richiede la presenza di altre Forze dell’Ordine, laddove necessario. E’ titolare di eventuali atti di coazione finalizzati all’osservanza dell’ordinanza | L’equipe UOSM fornisce consulenza e supporto specialistico al Servizio 118 e alla polizia locale.Convalida la proposta di TSO.Partecipa al trasporto del paziente presso il SPDC  |
| **Procedure in orario chiusura UOSM** |
| Presenza contestuale del servizio 118 con ambulanza “tipo A”, Polizia Locale, se necessario del MMG/medico continuità terapeutica, se necessario e disponibile equipe infermieristica UOSM |
| Il Servizio 118 è titolare dell’intervento sanitario. Propone il TSO.Fornisce il trasporto presso il SPDC dove la centrale operativa ha individuato la disponibilità di posto letto.Nei casi previsti al punto b) del paragrafo 11, propone ASO presso il PS di Presidio Ospedaliero “Ruggi” sede di SPDC. Richiede eventuale supporto al medico di guardia in SPDC. Quest’ultimo attiva, se necessario e disponibile, l’equipe infermieristica territoriale  | La Polizia Locale è responsabile della stesura, notifica ed esecuzione dell’Ordinanza di ASO/TSO. Partecipa al trasporto del paziente presso il PS/SPDC.Richiede la presenza di altre Forze dell’Ordine, laddove necessario. E’ titolare di eventuali atti di coazione finalizzati all’osservanza dell’ordinanza | Il MMG o il medico del servizio di continuità terapeutica convalida la proposta di TSO | L’equipe infermieristica UOSM fornisce supporto al Servizio 118 e alla polizia locale. Partecipa al trasporto del paziente presso il SPDC |

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo** | **Procedure** |
| Pronto Soccorso PO “Ruggi” | Presenza contestuale del personale del PS, Polizia Locale, medico di guardia in SPDC |
| Il PS è titolare dell’intervento sanitario. Propone il TSO.Richiede consulenza al medico di guardia in SPDC.  | La Polizia Locale è responsabile della stesura, notifica ed esecuzione dell’Ordinanza di TSO. Partecipa al trasporto del paziente presso il SPDC.Richiede la presenza di altre Forze dell’Ordine, laddove necessario. E’ titolare di eventuali atti di coazione finalizzati all’osservanza dell’ordinanza | Il medico di guardia in SPDC fornisce consulenza e supporto specialistico PS e alla polizia locale. Convalida la proposta di TSO.Partecipa al trasporto del paziente presso il SPDC |

# 14. Durata dell’intesa

La presente intesa mantiene durata nel tempo, tuttavia dietro richiesta di una delle parti può essere in qualsiasi momento, sulla base di motivate esigenze, modificata in ogni sua parte.

Letto, approvato e sottoscritto.

Salerno,………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Il Direttore UOSM 7Dott. Antonio Zarrillo | Il Sindaco di SalernoArch. Vincenzo Napoli |

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.” [↑](#footnote-ref-1)
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”. [↑](#footnote-ref-2)
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. [↑](#footnote-ref-3)
4. 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). [↑](#footnote-ref-4)
5. È possibile coinvolgere il magistrato di turno (sulle 24 ore) presso il Tribunale. [↑](#footnote-ref-5)
6. 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. [↑](#footnote-ref-6)
7. In analogia con quanto disposto dal Codice di procedura penale per quanto attiene agli atti sottoposti a convalida. [↑](#footnote-ref-7)
8. In caso di cittadino straniero è previsto che il Sindaco dia comunicazione dell’avvenuto TSO al Consolato del Paese di provenienza. [↑](#footnote-ref-8)
9. Art. 40 CP. “non impedire un evento che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”. [↑](#footnote-ref-9)
10. Considerando gli aspetti normativi, il consenso alle cure è giuridicamente rilevante “solo se è valido”, cioè prestato da un soggetto maggiorenne. 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 pongono fortemente in crisi tale posizione, considerando il Consenso non un atto contrattuale bensì un atto giuridico unilaterale. A ciò consegue che esso non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere (capacità naturale), accordabile anche all’infradiciottenne.

Per maggiore chiarezza appare opportuno parlare di “assenso/dissenso” del minore “maturo” alle cure e non di consenso. Anche se tale terminologia non è riconosciuta sul piano strettamente giuridico, è dovere del sanitario accertare, nelle forme e nei modi più consoni, l’assenso/dissenso del minore e, quando sia “idoneo all’assunzione di responsabilità”, tentare di “tenere conto” della sua volontà. [↑](#footnote-ref-10)