

# REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## Atti amministrativi

### GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1928 del 11/11/2019

Seduta Num. 41

**Questo** lunedì 11 **del mese di** novembre  
**dell' anno** 2019 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Donini Raffaele	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Corsini Andrea	Assessore
4) Costi Palma	Assessore
5) Gazzolo Paola	Assessore
6) Mezzetti Massimo	Assessore
7) Venturi Sergio	Assessore

Presiede il Vicepresidente Donini Raffaele  
attesa l'assenza del Presidente

**Funge da Segretario l'Assessore:** Costi Palma

**Proposta:** GPG/2019/1689 del 27/09/2019

**Struttura proponente:** GABINETTO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

**Assessorato proponente:** PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE

**Oggetto:** APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LA REDAZIONE DI PROTOCOLLI LOCALI IN MATERIA DI TSO E ASO

**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria

**Responsabile del procedimento:** Mila Ferri

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 1457 del 1990 avente ad oggetto "Direttiva regionale in ordine alle procedure per gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori di psichiatria;

Viste le raccomandazioni nazionali espresse dalla Conferenza Stato Regioni in data 29 aprile 2009 volte a facilitare l'applicazione, coerente e omogenea su tutto il territorio nazionale, delle procedure ASO e TSO di cui agli articoli 33-34-35 della Legge 833/78;

Preso atto che nel rispetto di quanto definito dalla normativa nazionale e nel quadro della Direttiva Regionale sopra richiamata, si sono sviluppate sui territori dell'Emilia-Romagna pratiche operative di eccellenza che hanno garantito sino ad oggi una corretta ed efficace gestione di ASO e TSO;

Vista la legge regionale 4 dicembre 2003, n. 24 recante "Disciplina della polizia amministrativa locale e promozione di un sistema integrato di sicurezza" come modificata dalla L.R. 30 luglio 2018, n. 13 recente "Modifiche alla legge regionale 4 dicembre 2003 n.24 (Disciplina della polizia amministrativa locale e promozione di un sistema integrato di sicurezza)" e, in particolare, l'art. 12, comma 3, che riporta: "La Giunta regionale, previo parere del comitato tecnico di polizia locale e del Consiglio delle Autonomie locali, emana raccomandazioni tecniche relative all'organizzazione delle attività, all'interpretazione normativa, alla dotazione di mezzi e strumentazione operativa e alla promozione del ruolo e dell'immagine della polizia locale nonché sull'esecuzione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in coerenza con gli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale)";

Considerato che, alla luce di situazioni di criticità verificatesi in altre regioni, nonché all'estrema delicatezza connaturata nelle procedure stesse, la Regione Emilia-Romagna ha scelto di sviluppare un percorso volto da un lato a condividere le esperienze di successo (best practice) e dall'altro ad attivare un network di conoscenza reciproca tra le diverse professionalità coinvolte in questi processi, in particolare Polizia Locale e Dipartimenti di Salute Mentale, al fine di ridurre al massimo le problematiche e proseguire nell'espletamento ottimale dei servizi;

Considerato che conseguentemente nel corso del 2016 è stato avviato il progetto regionale di formazione sul tema dell'esecuzione dei trattamenti sanitari senza consenso in collaborazione con il Gabinetto del Presidente della Giunta della regione Emilia-Romagna coinvolgendo operatori delle Aziende USL e delle Polizie Locali del territorio regionale;

Considerato che i gruppi hanno lavorato con il coordinamento e la facilitazione dei servizi regionali interessati (Gabinetto del Presidente - Area polizia locale ed Assistenza territoriale dell'Assessorato politiche per la salute);

Preso atto altresì del positivo impatto che l'attivazione di gruppi di lavoro su base provinciale ha generato tra i servizi locali, andando a rafforzare la conoscenza reciproca in termini di risorse disponibili, potenzialità e criticità specifiche di ognuno migliorando la collaborazione tra le parti coinvolte;

Preso atto che i gruppi di lavoro attivati dal progetto e composti da un rappresentante della sanità ed un rappresentante della polizia locale hanno evidenziato la necessità di disporre di protocolli operativi per l'esecuzione e la gestione degli ASO/TSO, condivisi a livello locale, dai principali attori coinvolti in queste procedure;

Considerato che obiettivo dei gruppi è stato quello di produrre delle linee guida quali strumenti di supporto per la redazione di protocolli locali relativi alle procedure di TSO/ASO al fine di favorire le specificità dei singoli territori;

Preso atto che il documento allegato rappresenta il risultato di un lavoro congiunto promosso dai servizi regionali "Gabinetto del Presidente - Area polizia locale" ed "Assistenza territoriale" dell'Assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna, teso a fornire ai territori le linee di indirizzo essenziali per la redazione di protocolli locali per la gestione di TSO e ASO;

Preso atto altresì:

- dell'apporto garantito da parte del Comitato tecnico di polizia locale di cui all'art. 13 della L.R. 24/2003 che ha espresso le proprie considerazioni nel corso delle sedute del 22/05/2019 e del 05/09/2019;
- dei contributi forniti dalle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della Polizia Locale dell'Emilia-Romagna (CGIL FP, CISL FP, UIL FPL, DICCAP), sentite in merito in data 21/05/2019, 31/07/2019 e 04/09/2019;
- del parere favorevole espresso dal Consiglio delle Autonomie locali, nella seduta del 23/09/2019;

Ritenuto pertanto opportuno procedere all'approvazione del documento allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Richiamati:

- la L.R. 26 novembre 2001 n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 concernente "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007." e ss.mm., per quanto applicabile;

Richiamati infine:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni." e ss.mm.;
- la propria deliberazione n. 122 del 28 gennaio 2019 avente ad oggetto "Approvazione Piano Triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021" ed in particolare l'allegato D) "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021";
- la propria deliberazione n. 468 del 10 aprile 2017 concernente "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna";
- le Circolari del Capo di Gabinetto PG/2017/0660476 del 13/10/2017 e PG/2017/0779385 del 21/12/2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, entrambe predisposte in attuazione della propria deliberazione n.468/2017;
- la determinazione n. 14887/2018 avente ad oggetto "Nomina dei responsabili del procedimento del servizio Assistenza territoriale, ai sensi degli articoli 5 e ss. della legge 241/90 e ss.mm. e degli articoli 11 e ss. della LR 32/1993;
- la determinazione n. 13861/2019 avente ad oggetto "Aggiornamento e integrazione della determinazione n.14887/2018 ad oggetto "nomina dei responsabili del procedimento del servizio Assistenza Territoriale, ai sensi degli articoli 5 e ss. della l. 241/1990 e ss.mm. e degli articoli 11 e ss. della l.r.32/1993";

Richiamate altresì le seguenti proprie deliberazioni, in tema di riorganizzazione dell'ente Regione e incarichi dirigenziali: n. 53/2015, n.193/2015, n.628/2015, n. 2184/2015, n.270/2016, n.622/2016, n.702/2016, n.56/2016, n.1107/2016, n.2344/2016; n.3/2017, n.477/2017, n. 1059/2018, n. 1123/2018 e il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 242/2015;

Dato atto che i Responsabili del Procedimento hanno dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta del Presidente della Giunta regionale e dell'Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1. di approvare, sulla base di quanto indicato in premessa e che qui integralmente si richiama, le linee di indirizzo per la redazione di protocolli locali in materia di TSO e ASO, allegato parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
1. di dare atto che il documento di cui al punto 1 ha la finalità di fornire ai territori le linee di indirizzo essenziali per la redazione di protocolli locali per la gestione di TSO e ASO;
2. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
3. di pubblicare il presente provvedimento ed il relativo allegato sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

# Linee di indirizzo per la redazione di protocolli locali in materia di TSO e ASO

Il documento che segue è il risultato di un lavoro congiunto promosso dai servizi regionali “Gabinetto del Presidente – Area polizia locale” ed “Assistenza territoriale” dell'Assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna, teso a fornire ai territori le linee di indirizzo essenziali per la redazione di protocolli locali per la gestione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (da qui in avanti TSO) e Accertamenti Sanitari Obbligatori (da qui in avanti ASO). Nel rispetto di quanto definito dalla normativa nazionale, prioritariamente dalla Legge 180 del 1978, e nel quadro della Direttiva Regionale del 1989, nei territori dell'Emilia-Romagna sono state sviluppate pratiche operative di eccellenza che hanno garantito sino ad oggi una corretta ed efficace gestione di ASO e TSO. Tuttavia, alla luce di situazioni di criticità verificatesi anche in altre regioni, nonché all'estrema delicatezza connotata alle procedure stesse, la Regione Emilia-Romagna ha scelto di sviluppare un percorso volto da un lato a condividere le esperienze di successo (*best practice*) e dall'altro ad attivare un *network* delle diverse professionalità coinvolte in questi processi, in particolare polizia locale e Dipartimenti di Salute Mentale, al fine di ridurre al minimo le problematiche e proseguire nell'espletamento ottimale dei servizi.

Vale ribadire che:

- Il Trattamento Sanitario Obbligatorio, seppure come strumento estremo e residuale, ai sensi degli artt. 32 e 13 della Costituzione, mira alla realizzazione del diritto alla salute della persona e ad esso sono estranee finalità di gestione dell'ordine pubblico o della sicurezza sociale.
- Ne consegue che a fronte della necessità di dover ricorrere, in base a precise condizioni di legge, ad un provvedimento obbligatorio e coercitivo, tutti gli attori acquistano una particolare responsabilità e funzione di garanzia nei confronti della persona che vi è sottoposta. In questo quadro rientrano tutte le azioni svolte in relazione alla previsione di legge in base alla quale in tutte le fasi deve essere assicurato ogni sforzo per favorire il consenso della persona.
- Una condizione che quindi impegna tutti i soggetti, medici, sanitari, sindaco, polizia locale, al fine di operare ASO e TSO nella massima appropriatezza predisponendo attivamente gli interventi atti a garantire il diritto alla salute evitando per quanto possibile, la ripetizione di trattamenti sanitari obbligatori e coercitivi. Questo dando evidenza delle azioni

preventive, sia dei tentativi di acquisire il consenso, rimuovendo, per quanto possibile, i fattori ostativi.

- In questo quadro, al centro va posta la persona prevedendone un ruolo attivo nell'ambito della procedura che la vede protagonista.

### **Come siamo arrivati fin qui.**

Il lavoro è stato sviluppato con percorsi d'aula su base provinciale che hanno permesso la condivisione tra i partecipanti di conoscenze professionali e problematiche specifiche, evidenziando così criticità e possibili strumenti per la loro risoluzione, o quanto meno il loro contenimento. Consapevoli che la normativa non potrà mai prevedere in modo esaustivo ogni possibile sfaccettatura della realtà, soprattutto in tematiche così complesse e delicate, i protocolli operativi condivisi tra i soggetti impegnati nell'esecuzione degli ASO-TSO sono stati individuati come strumento più idoneo a fornire risposte che possano facilitare il compito di quanti concretamente impegnati. Si è scelto di non calare dall'alto procedure preconfezionate valide per tutti, in quanto sussistono profonde differenze tra le numerose comunità del territorio in termini di caratteristiche socio-economiche, di organizzazione dei servizi pubblici coinvolti, di strutturazione logistica e ambientale; piuttosto si è ritenuto importante individuare una cornice di riferimento entro cui i servizi possano trovare gli accordi necessari per personalizzarle in coerenza con le proprie specificità. Con la regia dei servizi regionali coinvolti, i gruppi di lavoro provinciali hanno dato vita ad un gruppo regionale che ha redatto **le linee di indirizzo per la stesura di protocolli operativi locali per l'attuazione di ASO-TSO**, strumento atto ad evidenziare le problematiche e i passaggi procedurali a cui i protocolli territoriali dovranno dare le risposte attese.

## **ESECUZIONE E COORDINAMENTO**

Nel rispetto delle proprie competenze, è necessario che personale sanitario e addetti di polizia locale lavorino in modo coordinato.

Il personale sanitario e la polizia locale svolgono, nell'esecuzione di ASO/TSO, azioni coordinate e congiunte nell'ambito dei rispettivi compiti. La presenza congiunta di polizia locale e personale sanitario, nell'arco dello svolgimento delle procedure, deve ritenersi obbligatoria e trova il proprio fondamento giuridico ed etico nel diritto costituzionale alla salute del cittadino. Il Sindaco esercita un ruolo di vigilanza sull'attuazione del diritto alla salute del singolo sottoposto a provvedimenti di ASO/TSO, che si attua mediante le attività della polizia locale, per la corretta esecuzione delle relative ordinanze. L'intervento della polizia locale, quindi, non può ritenersi eventuale e subordinato a quello del personale sanitario bensì contestuale, ed esplicitarsi nella chiara definizione e distinzione dei rispettivi ambiti di intervento e di responsabilità. Durante l'esecuzione di un'ordinanza, gli addetti di polizia locale sono titolari di un ruolo tecnico finalizzato a:

- la gestione degli aspetti amministrativi del procedimento;
- la ricerca di informazioni sul paziente e l'informazione sulla procedura di TSO/ASO al cittadino diretto interessato;
- garantire la presenza durante tutte le fasi dell'esecuzione e a provvedere ad attivare altre forze di polizia in caso di necessità;
- al recupero, unitamente al personale sanitario, del consenso del paziente e, dove eventualmente necessario, all'adozione di misure coattive, attraverso le modalità più idonee per il rispetto e la cura della persona.

Il personale sanitario adempie ai propri doveri sanitari, che non vengono meno neanche durante l'esecuzione dell'ordinanza e che possono essere svolti, tenendo conto delle giornate e degli orari di apertura, dal Centro di Salute Mentale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Dipartimento d'Emergenza - Urgenza, Medici di Medicina Generale, Medici di Guardia Medica. Le competenze di ordine sanitario non possono essere integrate dall'intervento della polizia locale. Durante l'esecuzione di un'ordinanza, il personale sanitario è titolare di un ruolo tecnico finalizzato a:

- la tutela della salute del paziente (fornendo informazioni corrette e tempestive alla polizia locale, suggerimenti su come meglio rapportarsi al paziente, ai familiari e al contesto, provvedendo all'esecuzione di eventuali terapie, ed ogni altro intervento terapeutico utile);



- l'adozione delle modalità di intervento idonee al rispetto e alla cura della persona;
- al recupero del consenso del paziente sottoposto ad ASO o TSO anche nel corso dell'espletamento della procedura già avviata.

### **Integrazione delle competenze**

A livello di ogni intervento di ASO/TSO è importante condividere ogni singola fase, fin dall'avvio del procedimento: fornendo già nel contatto telefonico le notizie cliniche utili per l'approccio al paziente, esplicitando nella richiesta scritta le motivazioni specifiche dell'intervento, garantendo una presenza condivisa in tutte le fasi della sua esecuzione. E' opportuno, inoltre, prevedere riunioni periodiche tra i corpi di polizia locale e personale sanitario (almeno i principali attori del Dipartimento di Salute Mentale: CSM e SPDC). Tali azioni sono orientate a favorire la reciproca conoscenza, la fiducia e l'affiatamento tra gli addetti, a migliorare il coordinamento durante l'esecuzione dei provvedimenti e consentire l'analisi delle problematiche riscontrate.

### **Perfezionamento delle procedure condivise**

**Ausl:** coinvolgimento del Dipartimento di emergenza per la regolazione in modo certo dei tempi d'intervento delle ambulanze; definizione della tipologia del personale che interviene, dei rapporti con il Pronto Soccorso e, visto che trattasi di situazioni molto complesse anche se residuali, degli interventi d'emergenza psichiatrica su strada.

**Amministrazioni Comunali:** formazione specifica del personale, con eventuale istituzione di gruppi specializzati; definizione delle competenze in caso di allontanamento del paziente durante il TSO; valutazione dell'eventuale adozione di dispositivi individuali di sicurezza o di formazione circa le modalità di gestione dell'aggressività (tecniche di de-escalation); coordinamento dei rapporti con i Giudici Tutelari; eventuale coinvolgimento delle Prefetture locali per la partecipazione di FF.OO. e VV.FF. ai protocolli operativi; adozione di modalità informatiche per gli aspetti amministrativi.

### **La documentazione:**

I Documenti di Proposta e Convalida del TSO e di Proposta di ASO dovranno essere redatti, anche utilizzando modulistica appositamente predisposta ed adeguata alle esigenze, in modo da esplicitare chiaramente le motivazioni contestuali che giustifichino l'adozione dell'ordinanza in coerenza con le previsioni di legge.

## **IL TRASPORTO**

Il trasporto di paziente sottoposto a TSO o ASO, qualora venga effettuato in luogo diverso dal domicilio del paziente, è da sempre uno dei temi scottanti delle procedure esecutive, causa talvolta di conflitti tra i diversi attori coinvolti. Il trasferimento di un paziente, infatti, è un'operazione molto delicata che può presentare dei rischi e deve essere analizzato e trattato nelle diverse componenti. È un momento complesso dal punto di vista operativo, ma anche per le possibili conseguenze psicologiche sulla persona in quanto primo atto della limitazione della libertà personale. Assodato che l'accompagnamento di un paziente sottoposto a provvedimenti sanitari obbligatori deve essere effettuato di norma in ambulanza, è importante avere chiarezza sui possibili mezzi utilizzabili. Il risultato ottimale della procedura, lo svolgimento della stessa in assenza di attriti, conflitti o danni è favorito da un approccio empatico verso il paziente. Per questo motivo le informazioni cliniche e sul contesto che possono essere fornite dagli operatori sanitari a quelli della polizia locale sono necessarie e hanno una grande importanza. Le strategie di approccio alle persone con disturbo mentale possono variare enormemente in ragione delle caratteristiche soggettive ed ambientali del caso; non esiste dunque una linea di condotta univoca e la scelta di un mezzo di trasporto piuttosto che un altro, rappresenta spesso la differenza tra un accompagnamento semplice e l'uso di mezzi coercitivi, ai quali si deve ricorrere solo in caso di necessità quando si intraveda il rischio concreto di comportamenti che pongano a rischio la salute del paziente e/o degli operatori sanitari e della polizia locale coinvolti. A tal proposito, viene in aiuto la Circolare del Ministero dell'Interno n° 3 del 20 Luglio 2001. Su tale tema i protocolli operativi dovranno fare chiarezza. Altro nodo importante, che deve essere necessariamente affrontato nei protocolli operativi, è la presenza del personale della polizia locale nonché di quale tipologia di personale sanitario (medico, medico specialista in psichiatria, infermiere) in relazione all'ordinanza che si sta eseguendo, sul mezzo. È necessario infatti, onde evitare impasse operative, chiarire preventivamente se e quando è necessaria la compresenza di personale sanitario e di polizia locale sul mezzo di trasporto. Risulta utile specificare le casistiche di trasporti che attraversino i territori di diverse amministrazioni comunali, definendone modalità e attori. Questi sono aspetti di massima importanza che dovranno essere affrontati e chiariti nei protocolli territoriali. A tal proposito è prioritario che vengano recepite le diverse esigenze rappresentate sul tema dagli operatori della Sanità e della polizia locale e raccordare gli indirizzi operativi che, se differenti, o addirittura contrapposti, potrebbero generare criticità nel corso dello svolgimento delle procedure. In questa fase si manifesta, normalmente, il momento

in cui emerge il problema della decisione sulla eventuale contenzione trattato nella parte successiva delle presenti Linee di Indirizzo.

### **LIMITE TERRITORIALE**

Si rende necessaria, al fine di rendere effettivamente operanti le indicazioni che possano scaturire da queste Linee di Indirizzo, la definizione di protocolli specifici di livello periferico/territoriale. Nei comuni, soprattutto quelli di piccole dimensioni, dove la polizia locale non è sempre presente, si rende necessario avvalersi delle Forze di Polizia. Qualora il paziente, per il quale vi sia un'ordinanza di TSO/ASO, si allontani dal comune che ha emesso l'Ordinanza e raggiunga un comune diverso, si danno le seguenti possibilità:

- se il comune in cui si trova il paziente è situato nel territorio di competenza del Centro di Salute Mentale di riferimento, da questa struttura dovrà originare una nuova attivazione della procedura di TSO/ASO, comprensiva di proposta e convalida, al Sindaco del comune ove si è recato il paziente;
- se il comune in cui si trova il paziente è situato fuori dal territorio di competenza del Centro di Salute Mentale di riferimento, questa struttura informa il Centro di Salute Mentale competente dell'esistenza di un TSO/ASO in corso, affinché questi proponga un eventuale nuovo provvedimento. È opportuno che, contestualmente, la polizia locale informi la polizia locale (o le Forze di Polizie) del comune in cui si ritiene si trovi il paziente.

## **COINVOLGIMENTO DI ALTRI SOGGETTI**

Oltre a personale sanitario e ad addetti di polizia locale, possono esservi altri soggetti da coinvolgere.

L'esecuzione dei TSO e degli ASO è complessa e va affrontata in tutti suoi aspetti tenendo conto delle realtà ambientali, strutturali e organizzative e coinvolgendo, nella definizione dei protocolli operativi, tutti gli attori interessati. Si premette che è utile che le procedure concordate siano vagliate ed avvallate sia dal Giudice Tutelare che dal Tribunale per i Minorenni per quanto concerne i profili di specifica competenza. Nel caso in cui il personale della polizia locale sia carente o insufficiente per motivi organizzativi, (orari notturni, festivi, Comuni di piccole dimensioni etc.), o nelle situazioni ove si configuri un concreto rischio per l'incolumità del paziente o per terzi, pur non essendovi una specifica competenza istituzionale, si dovrà necessariamente ricorrere all'ausilio della Forza pubblica (Carabinieri, Polizia di Stato) come previsto dalla Circolare del Ministero dell'Interno n. 5300 del 24/08/93. Le modalità di attivazione e le procedure da tenere in caso di intervento delle forze dell'ordine, dovranno essere codificate nei protocolli operativi.

L'accesso ad alcune banche dati, precluso alla polizia locale, rende particolarmente importante anche il ruolo di supporto delle forze dell'ordine nell'informazione preventiva necessaria per stabilire la modalità di intervento più idonee (il soggetto ha precedenti per violenza, ha delle armi in casa, ecc.). In altre specifiche circostanze, è necessario coinvolgere i Vigili del Fuoco 115 (VVFF), nella casistica si tratta di circostanze di tipo ambientale (il paziente è barricato in casa, vi è il rischio che apra il rubinetto del gas, ecc.) e di tipo individuale (intenzioni suicide con possibile lancio nel vuoto, ecc.). Il ruolo determinante che assume il 118 nella procedura esecutiva di TSO e ASO, rende consigliabile un diretto coinvolgimento dei responsabili nella stesura del protocollo operativo, andando a concordare modalità e priorità per l'intervento sia delle ambulanze, mezzo di trasporto del paziente prevalente, che dei medici delle emergenze, spesso convocati per primi. Analogamente, anche i medici della continuità assistenziale, che spesso si ritrovano coinvolti nelle procedure sanitarie per ASO e TSO, dovrebbero essere partecipi del processo di stesura dei protocolli operativi. Occorre anche produrre una modulistica completa, aggiornata e uniforme, che abbia validità nell'ambito dello stesso territorio del protocollo, per evitare difformità procedurali o formali. Infine, tra i possibili interlocutori è opportuno il coinvolgimento dei Responsabili del/i Pronto Soccorso Territoriali per concordare le modalità di accesso al PS che tengano conto delle specifiche necessità clinico organizzative

delle strutture dei dipartimenti di emergenza urgenza.

## **POLIZIA LOCALE E SPDC**

Regolamentare gli interventi di polizia locale presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

### **Accompagnamento, della polizia locale, del paziente all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**

La Raccomandazione della Conferenza delle Regioni del 2009 indica:

- Punto 2: *“l’ordinanza sindacale di ASO è eseguita dalla Polizia Municipale che accompagna la persona al luogo indicato perché si svolga l’accertamento richiesto”*
- Punto 3: *“la titolarità della procedura di TSO appartiene alla Polizia Municipale in tutta la fase di ricerca dell’infermo e del suo trasporto al luogo dove inizierà il trattamento”..... “quindi la P.M. è presente per TUTTA LA FASE di attuazione del TSO, fino al ricovero in SPDC”*

Il Ministero dell’Interno, con la Circolare 3/2001 ha ripreso il problema dell’accompagnamento dei soggetti sottoposti a TSO da parte della polizia locale per assicurare prioritariamente l’attuazione dei principi generali di tutela della persona. Sia la polizia locale che i sanitari partecipano a tutte le fasi del TSO fino all’ingresso del paziente in SPDC ove sarà accolto dal personale ospedaliero preventivamente edotto sulle caratteristiche del ricovero ed ogni eventuale aspetto che possa incidere sulla regolarità del percorso. L’organo di polizia intervenuto dovrà verificare che il paziente non abbia al seguito oggetti pericolosi o armi, accertando in loco che lo stesso non costituisca in concreto rischio per l’incolumità fisica degli operatori. Nello svolgimento delle rispettive funzioni, i sanitari del SPDC e la polizia locale collaborano affinché il paziente comprenda appieno il significato del TSO. Con riferimento agli ASO si evidenzia che la normativa non prevede che il paziente debba necessariamente essere sottoposto a visita presso un ambulatorio del Centro di Salute Mentale mentre esclude che possa essere effettuato presso un presidio psichiatrico ospedaliero (SPDC). Pertanto, tale ordinanza dovrà essere eseguita nei luoghi idonei allo scopo individuati di volta in volta dai sanitari come sede più appropriata per l’esecuzione dell’ASO e più favorevoli all’ottenimento della collaborazione del paziente. Qualora l’ASO sia stato richiesto per una persona per la quale si sospetti in modo fondato uno stato di intossicazione da sostanze stupefacenti e/o alcol, è opportuno che il luogo designato per l’effettuazione della visita sia il Pronto Soccorso ove sarà possibile anche valutare i parametri vitali ed eseguire gli accertamenti tossicologici necessari. Analogamente si procederà qualora vi siano altre condizioni del paziente tali da necessitare un monitoraggio sanitario specifico che può essere garantito al Pronto Soccorso. In queste situazioni la polizia

locale supporta il personale sanitario per presidiare il ruolo di garanzia dei diritti della persona e per prevenire eventuali comportamenti aggressivo - violenti a sostegno del ruolo di cura e assistenza svolto dagli operatori dei Servizi di Salute Mentale. -

### **Intervento su paziente già ricoverato**

Occorre premettere che il TSO è qualificato normativamente come intervento sanitario, tuttavia è consentito che la polizia locale intervenga all'interno degli SPDC su pazienti ricoverati qualora si configuri uno stato di necessità, vale a dire in quelle situazioni in cui i sanitari rilevino condizioni che esponano le persone al pericolo di danno grave, altrimenti non evitabile.

Normalmente la polizia locale interviene all'interno degli SPDC qualora:

- un ricovero in regime volontario debba essere trasformato in TSO;
- persona ricoverata in regime di TSO che manifesti comportamenti violenti o pericolosi non gestibili dal personale sanitario, potranno essere attivate anche le FF.OO.;
- persona che debba essere spostata all'interno dei servizi sanitari per effettuare esami specialistici, nel caso in cui si manifestino le condizioni di cui al punto precedente, anche in questo caso potranno essere attivate le FF.OO.

Queste situazioni dovranno essere specificate nei protocolli operativi, in modo che la decisione sul coinvolgimento degli organi di polizia non sia lasciata alle valutazioni contingenti dei singoli addetti, ma rientri nell'ambito di una modalità operativa condivisa e codificata.

### **Gestione dell'arma ed accesso al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

La polizia locale è dotata, normalmente, di arma da sparo in via continuativa. Tuttavia, gli addetti che eseguono provvedimenti di TSO ed ASO dovranno valutare l'utilità di avere l'arma con sé o meno in relazione al soggetto da trattare, al luogo, al trasporto, all'urgenza dell'intervento, potendo essa rappresentare più che uno strumento di utilità e sicurezza, un problema da gestire. Pertanto, risulta necessario che i protocolli operativi affrontino il tema, recependo le indicazioni operative che i comandi di polizia locale avranno adottato. Occorre che su questo punto vengano date indicazioni chiare e che ricadano sulle scelte degli addetti solo la gestione di situazioni limite o eccezionali non aprioristicamente preventivabili.

## **CONTENZIONE/CORCIZIONE**

Uso della forza: chi fa cosa e responsabilità correlate

### **È necessario distinguere tra:**

- Situazioni in cui le alterazioni psichiche integrano comportamenti autolesionistici o etero aggressivi che costituiscono un pericolo immediato per il paziente e/o terze persone. In questi casi vi è l'obbligo di intervento con eventuale coercizione fisica con le scriminanti poste dagli artt. 54 (Stato di necessità) e 51 (Esercizio di un diritto) del C.P. Questi casi si possono verificare anche al di fuori di una procedura di TSO/ASO;
- Situazioni in cui, nel corso dello svolgimento di una procedura di TSO/ASO, si rende necessario superare la resistenza del paziente che non accetta le disposizioni dell'Ordinanza. Non sussiste, in questi casi pericolo immediato per l'incolumità del paziente o di terzi tale da ricorrere alle scriminanti degli artt. 54 e 51 del C.P.

### **L'uso della forza**

La polizia locale è tenuta all'esecuzione dell'ordinanza del Sindaco quale forza di Polizia posta alle dirette dipendenze dell'Autorità Sanitaria Locale conseguentemente è tenuta anche all'uso della forza per superare l'eventuale opposizione e resistenza del paziente nei confronti del provvedimento ASO o TSO cui è sottoposto.

### **Chi decide il momento di avviare l'uso della forza?**

E' essenziale che i protocolli operativi definiscano prioritariamente tale punto, per ottimizzare tempi e modalità dell'intervento. Trattandosi della decisione sulla necessità di superare la resistenza del paziente del quale non si è riusciti a ottenere il consenso al trattamento sanitario, si auspica che i protocolli prevedano che la decisione sia assunta congiuntamente ai sanitari presenti.

### **Chi induce il paziente ad entrare in ambulanza?**

E' essenziale che i protocolli operativi disciplinino le azioni congiunte tra personale sanitario e forze di polizia locale preposte all'esecuzione dell'ordinanza, secondo metodiche tutelanti dell'incolumità del paziente.

### **Adozione di mezzi coercitivi**

È essenziale definire nella procedura quali mezzi dovrebbero essere a disposizione del gruppo di intervento e se possibile con chiarezza una loro gerarchia di utilizzo, allo scopo di minimizzare i rischi di danno fisico per il soggetto e gli operatori coinvolti. Si dovrebbero poter contemplare mezzi che diano un ventaglio di interventi possibili in relazione alle



condizioni ambientali, logistiche, del paziente e degli operatori coinvolti. Gli strumenti ipotizzabili sono vari, dalla possibilità di controllare il paziente attraverso azioni di contenimento / trattenimento / interposizione (quali scudi o cuscini), al bloccaggio fisico degli arti con sistemi tali da evitare al massimo l'eventualità di arrecare anche lievi lesioni al paziente (fasce, sistemi in velcro, ecc.), fino all'estrema ratio dell'uso delle manette di servizio. L'adozione di eventuali mezzi coercitivi deve avvenire previa consultazione e indicazioni da parte del personale sanitario, inoltre risulta utile monitorare l'evoluzione dei mezzi di contenimento e bloccaggio in modo da recepire quelli che progressivamente potranno garantire i migliori risultati in termini di sicurezza e tutela sia del paziente che degli addetti coinvolti. Tali scelte saranno valutate anche alla luce degli specifici protocolli di gestione dei pazienti vigenti a livello locale.

### **Coercizione e gestione del paziente**

Oltre ai temi della coercizione e contenimento del paziente, è utile comprendere nella procedura condivisa, quali interventi relazionali, trattamenti farmacologici, modificazioni di contesto, sia possibile attuare per ridurre al minimo i tempi del contenimento fisico.

## **ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO**

L'ASO e le sue peculiarità

### **Presenza costante polizia locale e sanità**

La presenza della polizia locale è fondata sullo specifico interesse del Comune alla corretta esecuzione dell'ordinanza e sul conseguente potere/dovere di vigilanza nella sua attuazione. Il personale sanitario, durante l'esecuzione dell'ordinanza, è titolare di un ruolo tecnico finalizzato alla tutela della salute del paziente che si concretizza nell'adozione delle modalità più idonee al rispetto e alla cura della persona, nel recupero del consenso, nell'eventuale somministrazione di terapie, solo se volontariamente accettate dal paziente in quanto l'ordinanza di ASO non autorizza alla somministrazione di farmaci ma esclusivamente alla valutazione dello stato psichico dello stesso.

Pertanto, la polizia locale assicura la propria presenza per tutta la durata del provvedimento, e contribuisce alla prevenzione di eventuali comportamenti aggressivo-violenti a sostegno del ruolo di cura e assistenza svolto dagli operatori dei Servizi di Salute Mentale.

### **Attuazione degli ASO negli orari di chiusura dei Centri di Salute Mentale (CSM)**

Premesso che non esistono sedi elettive a priori, ma dovranno essere individuate di volta in volta dai sanitari come luogo più appropriato per l'effettuazione dell'ASO, negli orari di chiusura dei Centri di Salute Mentale, si tenderà ad utilizzare il Pronto Soccorso dell'ospedale più vicino. Il domicilio del paziente, che rappresenta una possibile alternativa, dovrà essere attentamente valutato perché siano garantite le condizioni di idoneità alle operazioni tecniche necessarie e di sicurezza per tutti i coinvolti.

### **Serve sempre lo psichiatra o è sufficiente altro operatore sanitario?**

L'ASO può essere proposto da un qualsiasi medico, anche il medico di medicina generale, come frequentemente accade. La richiesta proviene, per la maggior parte, dai familiari o da altri segnalanti, e ne consegue una prima valutazione da parte del medico di medicina generale, che, acquisiti tutti gli elementi e le informazioni cliniche disponibili utili per valutare la situazione rappresentata da terzi, cerca di entrare in contatto con il suo assistito, anche recandosi presso il suo domicilio; in seguito dovrebbe essere coinvolto il C.S.M. con il cui personale, il medico di medicina generale effettuerà un ulteriore tentativo di recupero del consenso. Il personale sanitario deve comunque fornire preliminarmente alla polizia locale le informazioni disponibili sulle condizioni cliniche del paziente, la presenza di rischi specifici e tutto

quanto potrebbe essere utile ai fini della corretta e sicura gestione dell'intervento. La polizia locale avvia le ricerche del paziente e una volta rintracciato attiva la partecipazione dei sanitari, non necessariamente nella persona del medico psichiatra. Salvo che non si verifichino situazioni estreme (paziente barricato in casa che non apre, paziente che potrebbe avere comportamenti violenti, ecc.), il paziente viene accompagnato presso la struttura indicata nell'Ordinanza."

### **Affrontare situazioni complesse caratterizzate da elevato rischio**

In situazioni complesse caratterizzate da elevato rischio (paziente barricato in casa, potenzialmente armato, con storia di precedenti comportamenti violenti, o comportamenti violenti manifesti attuali, ecc.) la polizia locale può avvalersi delle Forze dell'Ordine di supporto (Carabinieri o Polizia di Stato) e se necessario dei Vigili del Fuoco. In assenza di ordinanza sottoscritta dal Sindaco, non è legittimo alcun intervento coattivo sul paziente. Tuttavia, qualora si verifichino situazioni in cui il paziente presenti uno stato di alterazione tale da costituire pericolo imminente per sé o per altri si dovrà procedere ugualmente nell'interesse del singolo e a protezione di terzi, sul presupposto dello stato di necessità. La condizione di pericolo dovrà essere valutata congiuntamente dai sanitari e dalla polizia locale e in seguito entrambi dovranno motivare l'intervento coattivo con nota scritta. Se il sanitario richiedente l'A.S.O., ritenga non sussistenti le condizioni di urgenza che giustificano l'uso di mezzi coercitivi, come ad esempio l'apertura forzata della porta di casa, potrà richiedere il rinvio dell'esecuzione dell'A.S.O. ad altro momento, sempre nel rispetto dei limiti di validità temporale, formalizzando la scelta. Qualora il provvedimento non sia espletato entro tale limite, e permangano le condizioni che lo hanno motivato, dovrà essere redatto, da parte del medico, nuovo certificato di proposta.

## MINORI

### Gli interventi a carico dei minori

I recenti orientamenti giuridici hanno modificato il concetto secondo il quale il consenso alle cure sanitarie sui minori spetta solo ai genitori. Si parla sempre più di assenso/dissenso del minore maturo alle cure e non tanto di consenso, poiché ciò non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere (capacità naturale). Il TSO a carico di minori incontra diverse difficoltà interpretative ed attuative: infatti nella lettura della legge 833/78 non è considerata questa fascia di pazienti. Date le difficoltà della materia sono intervenute, dal punto di vista normativo:

- la Giunta Regionale Emilia-Romagna con la direttiva n. 1457/89
- la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29 aprile 2009 che con il documento n. 09/038/CR/C7 ha fornito puntuali "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" (Art. 33 - 34 - 35 Legge 23 dicembre 1978, n.833).

La procedura del TSO è comunque da attuarsi come *estrema ratio*, quando i genitori non riescono a superare l'opposizione del minore o si oppongono alle cure del figlio gravemente ammalato che presenti le medesime condizioni di legge previste per il TSO degli adulti. Il ruolo del Giudice tutelare è quello di intervenire a garanzia dei soggetti sottoposti a provvedimenti sanitari coercitivi. Nel caso dei minori è evidente che il grado di sorveglianza da parte dell'autorità Giudiziaria sarà ancora più elevata. In caso di TSO di un minorenne il Giudice Tutelare può assumere lo stesso ruolo senza una specializzazione in ambito minorile. Il Tribunale per i Minorenni invece è organo specifico per l'ambito minorile e ha il compito di protezione del minore in situazioni potenziali di pregiudizio, incluse quelle di tipo sanitario.

Sugli aspetti degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori nei confronti dei minori si riprendono le indicazioni già definite nelle linee di indirizzo della Società Scientifica di NPIA (raccomandazione 3 <https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/atom/allegato/1713.pdf>) e le indicazioni della Conferenza Unificata Stato-Regioni "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 2009".

*"Nelle situazioni di acuzie psichiatrica può avvenire che gli esercenti la responsabilità genitoriale e/o il minore non diano il proprio consenso alle cure. Gli accertamenti sanitari obbligatori (ASO) e i trattamenti sanitari obbligatori*

(TSO) in età evolutiva si collocano in un quadro normativo particolarmente complesso. Negli articoli 33, 34 e 35 della L. 833/78, che evidenziano come il ricovero possa essere attivato nella forma del TSO “solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall’infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere”, 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 luoghi degli adulti, dall’altro non può essere trascurato il ruolo ampiamente codificato del Tribunale per i Minorenni, e le specificità relative al consenso riguardante i minori. Il tema è affrontato esplicitamente per la prima volta e in modo molto dettagliato nel Documento “Raccomandazioni in merito all’applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale” della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 2009”.

In sintesi: a) il soggetto in età evolutiva va considerato, per quanto riguarda i trattamenti che lo riguardano, alla luce del concetto di minore “maturo”, dotato di capacità naturale di intendere e volere e come tale di dare assenso/dissenso alle cure, per quanto il consenso da parte del minore non sia giuridicamente necessario. Tali principi valgono anche per i soggetti affetti da grave patologia: vanno infatti considerate le capacità anche parziali e modulata la negoziazione dell’assenso su di esse. Il parere dei genitori non può semplicemente prevalere sul minore e il medico dovrebbe essere garante del diritto di autodeterminazione del soggetto, ricorrendo al Giudice Tutelare ogni qual volta sia opportuno un garante esterno. b) I genitori hanno l’obbligo di tutelare la salute del minore, pertanto “L’operatore sanitario, qualora percepisca l’esistenza di un severo 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 tenuto a darne segnalazione all’autorità competente per i minori (il Tribunale per i Minorenni)”. Il Tribunale per i Minorenni “riveste il ruolo di riserva esterna elettiva anche in situazioni non materialmente urgenti, nelle quali il Giudice minorile incarna una figura autorevole e neutrale, il cui intervento può tutelare sia il minore che la sua relazione con la famiglia e anche con l’equipe curante”. c) Nel momento in cui il minore non acconsente alle cure, pur a fronte di un consenso dei genitori, andrebbero attivate le medesime procedure previste per il TSO dell’adulto. Sul piano pratico, il documento della Conferenza delle Regioni evidenzia come in ambito neuropsichiatrico infantile si possano porre cinque diverse situazioni (tabella 8) E’ sempre necessario che, oltre ad esservi un severo pregiudizio per la salute del minore, siano stati precedentemente messi in atto tutti i possibili tentativi per ottenere il consenso dei genitori e l’assenso del minore.”

	<b>Minore “maturo”</b>	<b>Genitori</b>	<b>Procedura</b>
<b>a.</b>	Assenso	Consenso	Si procede direttamente senza TSO
<b>b.</b>	Assenso	Rifiuto da parte di uno o di entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni

<b>c.</b>	<i>Rifiuto</i>	<i>Rifiuto da parte di uno o di entrambi i genitori</i>	<i>Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni oppure ASO/TSO ospedaliero</i>
<b>d.</b>	<i>Rifiuto</i>	<i>Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante</i>	<i>ASO/TSO ospedaliero</i>
<b>e.</b>	<i>Rifiuto</i>	<i>Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore</i>	<i>Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni</i>

## **TEMPI**

La corretta e più efficace esecuzione delle procedure non può prescindere dall'accurata gestione dei tempi

### **Attesa dell'ambulanza**

Il trasporto di un paziente sottoposto a TSO risulta spesso una criticità poiché considerato, un trasporto sanitario non urgente. Qualora il paziente sia particolarmente agitato, un suo trasferimento immediato in ospedale faciliterebbe molto l'operato riducendo i rischi per tutti i coinvolti. Per tali motivi è necessario che i protocolli affrontino la tematica ed unitamente al 118 individuino codici di intervento maggiormente adeguati all'esecuzione di un TSO.

### **Il tempo tra richiesta e firma dell'ordinanza**

Accade che il personale, sia sanitario che di polizia, debba intervenire prima che venga formalizzata l'Ordinanza di ASO/TSO. La procedura di acquisizione della documentazione necessaria e la successiva formalizzazione dell'ordinanza risulta complessa e con tempistiche variabili, in alcuni casi anche molto lunghe. Per meglio gestire queste complicità, è utile ridurre al minimo i tempi tecnici necessari per l'acquisizione della documentazione, anche mediante i dispositivi informatici di comunicazione e di trasmissione degli atti. Il protocollo dovrà definire procedure il più snelle e veloci possibili, ed indicare modalità comportamentali da tenersi durante la formalizzazione degli atti in relazione alle effettive condizioni psico-fisiche del paziente, fino al ricorso dello stato di necessità di cui all'art. 54 C.P.

### **Tempi di attesa in Pronto Soccorso**

L'accesso al Pronto Soccorso con un paziente soggetto ad ASO può costituire una criticità di difficile gestione; i tempi di attesa spesso si dilatano a causa delle altre emergenze sanitarie. L'attesa del paziente con problemi di salute mentale accompagnato da sanitari e polizia nelle aree di attesa degli altri pazienti e familiari, ingenera criticità di sicurezza e di privacy. È utile, che siano individuate aree di attesa idonee, anche se non destinate in via esclusiva a tali situazioni, e definire procedure di accettazione, visita e ricovero che consentano di ridurre al minimo le tempistiche.

Qualora il paziente sia già soggetto ad un provvedimento di TSO è bene che sia trasportato direttamente nel reparto di ricovero senza transitare dal pronto soccorso, a meno che il paziente non presenti segni e sintomi di intossicazione da sostanze o altra condizione medica per la quale, su indicazione dei sanitari proponenti, sia appropriata una preventiva

valutazione presso il Pronto Soccorso, con presenza dello psichiatra se ritenuto necessario.

### **UNA BEST PRACTICE: il TSO telematico e l'esperienza di Bologna**

La gestione digitale si basa su una convenzione fra Comune, Tribunale Ordinario e AUSL di Bologna. L'utilizzo del Punto di Accesso e della Consolle Giustizia Metropolitana, attraverso PC e sistemi mobili (tablet o cellulari), consente la produzione di un fascicolo elettronico contenente l'ordinanza di TSO, il quale può essere inviato, gestito, sottoscritto e archiviato informaticamente da remoto, da tutti gli attori coinvolti. Gli unici spostamenti di personale della polizia locale sono quelli collegati all'effettiva esecuzione delle ordinanze. Il personale viene abilitato alla redazione e al deposito di atti presso il Tribunale attraverso:

- rilascio di PEC e di Smart-Card per firma digitale e autenticazione;
- iscrizione al Punto di Accesso al Processo telematico;
- iscrizione sul Registro Generale degli indirizzi Elettronici del Ministero della Giustizia come “Soggetti Abilitati Esterni Pubblici” autorizzati dal Comune di Bologna al deposito di atti telematici.

La progressiva introduzione della procedura elettronica ha consentito:

- alla polizia di gestire dal proprio ufficio l'intero flusso documentale;
- all'Assessore Delegato di ricevere e firmare le ordinanze via smartphone;
- all'AUSL ricevere le ordinanze in tempo reale rispetto alla loro firma;
- al Tribunale di ricevere gli atti in cancelleria telematica.

Il sistema permette ad ogni operatore abilitato, di condividere gli atti su cui sta operando con gli altri colleghi, in modo da gestire con continuità e trasparenza la procedura anche in caso di cambi di turno, assenze e sostituzioni. Infine, il sistema guida l'operatore segnalando i passaggi da compiere, in relazione alla casistica di intervento in corso. Nei casi in cui problemi temporanei di comunicazione del sistema rendano necessari riversamenti cartacei dei documenti nativi-digitali, il sistema consente il recupero ex post del flusso digitale, garantendo la completezza dell'iter del procedimento amministrativo sull'atto digitale.



## **CASI SPECIALI**

La base per affrontare i casi specifici è chiarire e definire la normativa, individuare il confine tra TSO e stato di necessità e la conseguente disciplina specifica

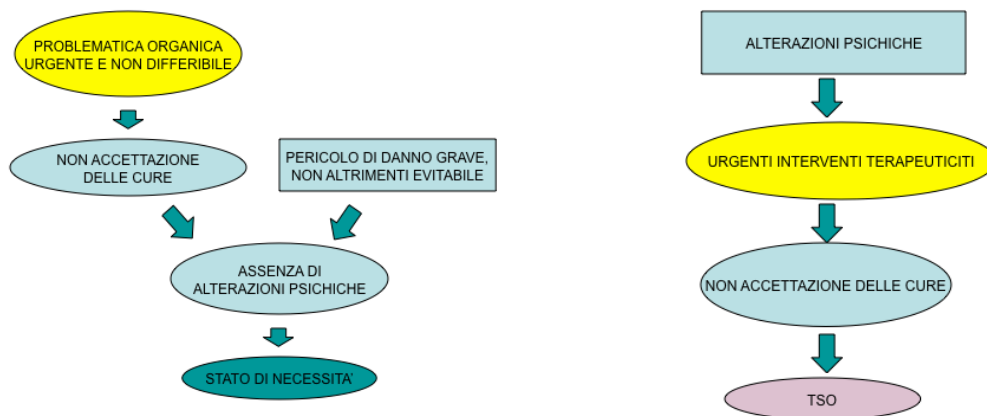
### **TSO**

Il TSO autorizza il trattamento di persone affette da disturbi mentali qualora si riscontrino, *“alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere”*.

### **Stato di necessità**

Condizione eccezionale di necessità ed urgenza a cui si ricorre per la salvaguardia della persona da pericolo di danno grave, altrimenti non evitabile. Il medico ha il compito di adempiere al proprio dovere professionale attuando i provvedimenti opportuni e richiedendo, qualora sussista il rischio di danno per la vita e l'integrità delle persone coinvolte, l'intervento dell'autorità di pubblica sicurezza. La procedura è regolamentata nell'articolo 54 del Codice Penale (non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o 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). Cessate le condizioni che definiscono lo stato di necessità, se si evidenziano condizioni di alterazione psichiche che motivino un TSO, quest'ultimo deve essere formalizzato. Circostanze in cui non si applicano le procedure di TSO:

- Stato di coscienza gravemente alterato (es. intossicazione da alcol o stupefacenti). Le gravi alterazioni dello stato di coscienza possono determinare l'incapacità del paziente di esprimersi nei confronti di qualsiasi proposta di intervento sanitario, in questo caso si assiste più all'impossibilità di esprimere un valido dissenso. Il sanitario è tenuto a mettere in atto tutti gli interventi ritenuti necessari, senza dover ricorrere alla formalizzazione di un TSO.
- Patologie non psichiatriche. Le procedure di TSO non possono essere attivate nel caso di rifiuto del trattamento per patologie SOMATICHE. Quand'anche una siffatta condizione rappresenti il sintomo di una malattia psichica, quest'ultima deve essere diagnosticata clinicamente e non solo presunta. Nel caso di persone incapaci di valutare adeguatamente le proprie condizioni di salute e di decidere consapevolmente in merito, come ad esempio nei Disturbi del Comportamento alimentare per i quali si configurino seri rischi in merito alla sopravvivenza della persona, è opportuno prevedere percorsi di tutela giuridica (Amministrazione di sostegno, interdizione).



di

## NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Art. 13 e 32 Costituzione della Repubblica Italiana
- Articoli 40/51/54/55/148/593 del Codice Penale
- Articoli 73/286/355 del Codice di Procedura Penale
- Art. 99 del DPR 431/76
- Art. 47 ter della legge 354/75
- Legge 180/1978
- Legge 833/1978
- Delibera della Giunta Regionale E.R. n. 1457 del 11/04/1989
- Circolare del Ministero degli Interni n. 5300 del 24/08/1993 (Richiesta di chiarimenti sul Trattamento Sanitario Obbligatorio per soggetti con patologia mentale)
- Circolare del Ministero degli Interni n. 3/2001 del 20 luglio 2001 (T.S.O.: competenze della Polizia Municipale)
- Raccomandazioni n. 09/038/CR/C7 della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (Artt. 33/34/35 Legge 23 dicembre 1978 n. 833) del 29/04/2009
- Circolare n. 16 del 22/10/2009 della Regione Emilia-Romagna, in materia di contenzioni fisiche

## Proposta Trattamento Sanitario Obbligatorio

Al Sindaco del Comune di.....

Il/la sottoscritto/a Dr/ssa ..... Medico di.....

dell'Azienda..... di.....

**propone** Trattamento Sanitario obbligatorio

presso la struttura.....

in condizioni di degenza ospedaliera per il/la Sig./ra.....

nato/a .....il.....

residente a..... via.....

domiciliato/a in.....

affetto/a da.....

**Presenta alterazioni psichiche tale da richiedere interventi terapeutici urgenti, e precisamente:**

.....  
.....  
.....

**Tali trattamenti non vengono accettati dal paziente, perché:**

.....  
.....  
.....

**Non vi sono condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere, perché**

.....  
.....  
.....

Pertanto, sussistono le condizioni previste dal 2° comma dell'art 2 della Legge 180 del 13/05/1978 e del 4° comma dell'art. 34 della Legge 883 del 23/12/1978.

Data.....

Timbro e Firma.....

## Convalida Trattamento Sanitario Obbligatorio

Al Sindaco del Comune di .....

Il/la sottoscritto/a Dr/ssa ..... Medico di.....

dell'Azienda USL..... di.....

### **convalida**

a norma del 3° comma dell'art.2 della Legge 180 del 13/05/1978 la proposta formulata dal

Dr/ssa.....

di Trattamento Sanitario Obbligatorio di degenza ospedaliera per il Sig./ra presso la struttura .....

nato/a a.....il.....

residente a..... via.....

domiciliato/a in.....

affetto/a da.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

All'esito della valutazione si conviene che le alterazioni psichiche siano tali da richiedere cure urgenti, che non vengono accettate dal paziente e che non possono essere attuate in regime extraospedaliero.

Data.....

Timbro e Firma.....

**Proposta Accertamento Sanitario Obbligatorio**

Al Sindaco del Comune di.....

Il/la sottoscritto/a Dr/ssa..... Medico di .....

dell'Azienda di .....

***propone*** Accertamento Sanitario Obbligatorio

presso la struttura .....

per il/la Sig./ra.....

nato/a a.....il.....

residente a..... Via.....

domiciliato/a in.....

in quanto si hanno circostanziate informazioni sullo stato di salute del paziente che necessitano di una puntuale e tempestiva valutazione clinica ma l'approfondimento diagnostico necessario non viene accettato dal paziente:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ricorrono quindi le condizioni di legge previste per potere intervenire in forma obbligatoria, ai sensi della legge 180 del 13.5.78 e dalla legge 833 del 23.12.78

Data..... Timbro e Firma.....

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Andrea Orlando, Capo di GABINETTO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/1689

IN FEDE

Andrea Orlando

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/1689

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Andrea Orlando, Capo di GABINETTO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/1689

IN FEDE

Andrea Orlando



**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Atti amministrativi**

**GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 1928 del 11/11/2019

Seduta Num. 41

OMISSIS

---

L'assessore Segretario

Costi Palma

---

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi