

Comune di Foggia



Azienda Sanitaria Locale  
Provincia di Foggia

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



OO.RR. - FOGGIA

---

## **- PROTOCOLLO DI INTESA -**

*IN MERITO ALLE PROCEDURE DI INTERVENTO  
PER L'EFFETTUAZIONE DEGLI ACCERTAMENTI  
E DEI TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI  
PER MALATTIA MENTALE*

TRA

---

COMUNE DI FOGGIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI  
FOGGIA

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "OO. RR." DI  
FOGGIA

---

## INDICE

Pag.

1. Finalità	3
2. Abbreviazioni	“
3. Riferimenti normativi e bibliografici	“
4. Garanzie amministrative e giurisdizionali	4
5. Funzioni e compiti dei referenti istituzionali	“
- Ordinanza del Sindaco e competenze della Polizia Municipale	“
- Il ruolo del personale sanitario nell'esecuzione dell'ordinanza	5
- Gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche: le competenze specifiche dei vari Servizi Sanitari	6
- Integrazione delle competenze durante l'esecuzione dell'ordinanza	8
6. Procedure per l'accertamento Sanitario Obbligatorio	9
- Definizione e presupposti normativi	“
- Modalità di redazione e di trasmissione delle certificazioni	10
- Emissione ed esecuzione dell'Ordinanza di ASO	11
- Sede	12
- Durata	13
- Revoca	13
7. Procedure per il Trattamento Sanitario Obbligatorio Extraospedaliero	“
- Definizione e presupposti normativi	“
- Modalità di redazione e di trasmissione delle certificazioni	“
- Emissione ed esecuzione dell'ordinanza di TSO extraospedaliero	14
- Notifica al Giudice Tutelare	15
- Sede	“
- Durata	16
- Proroga, revoca o modifica del TSO extraospedaliero	“
- Cessazione del TSO extraospedaliero	17
- Allontanamento arbitrario di paziente sottoposto a TSO extraospedaliero	“
8. Procedure per il trattamento Sanitario Obbligatorio Ospedaliero	“
- Definizione e presupposti normativi	“
- Modalità di redazione e di trasmissione delle certificazioni	“
- Emissioni ed esecuzione dell'ordinanza di TSO ospedaliero	19
- Doveri del personale sanitario e della Polizia Municipale durante l'attesa dell'ordinanza	20
- Situazioni specifiche	“
- Scelta del SPDC	21
- Accettazione del paziente nel SPDC di Foggia	“
- Notifica al Giudice Tutelare e convalida dell'ordinanza	“
- Allontanamento arbitrario del paziente sottoposto a TSO ospedaliero	22
- Proroga, revoca o modifica del TSO ospedaliero	“
- Cessazione del TSO ospedaliero	“
- Trasferimento di un paziente in regime di TSO ospedaliero	23
9. Situazioni in cui non si applicano le procedure di TSO per malattia mentale	“
- Stato di necessità	“
- Stato di coscienza gravemente alterato	24
- Patologie non psichiatriche	“
10. Intervento d'urgenza per comportamenti violenti auto-eterodiretti tali da comportare pericolo immediato	“
11. Procedure ASO e TSO in età evolutiva	26
- Il consenso alle cure nel rapporto fra genitori e minore	“
- I luoghi per la cura e le relative criticità	“
- Linee di indirizzo operativo	“
12. Diagrammi di flusso delle procedure e relativi standard (risultati da garantire, risultati auspicabili, errori da evitare chi fa che cosa, tempi)	29
- Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)	“
- Trattamento Sanitario Obbligatorio Extraospedaliero	34
- Trattamento Sanitario Obbligatorio Ospedaliero	36
- Urgenza	42
13. Estratto dal Protocollo Generale di Centrale Operativa 118	47
- Territori di competenza CSM	59

## **1) FINALITA'**

Il presente protocollo di intesa è redatto al fine di dare un'applicazione operativa a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale. A tal riguardo si prefigge, in particolare, il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- analizzare, sinteticamente, le condizioni per l'attivazione degli interventi sanitari psichiatrici obbligatori;
- specificare e definire una serie di regole condivise, in particolare circa le funzioni ed i compiti dei diversi referenti istituzionali, che siano rispettosi delle esigenze di tutti soggetti coinvolti (*in primis* del malato) e conformi ai principi di legalità e di collaborazione reciproca;
- delineare un modello operativo, già applicato con esito positivo in una prima fase sperimentale, per la corretta ed omogenea gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche e per l'esecuzione delle procedure ASO e TSO su tutto il territorio del Comune di Foggia.

I Soggetti firmatari si impegnano, con la sottoscrizione della presente intesa, a mettere in atto tutti gli interventi necessari per la realizzazione dei succitati obiettivi, nel rispetto delle specifiche competenze istituzionali.

## **2) ABBREVIAZIONI**

ASO: Accertamento Sanitario Obbligatorio

TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio

TSV: Trattamento Sanitario Volontario

DSM: Dipartimento di Salute Mentale

CSM: Centro di Salute Mentale

SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

SNPIA: Servizio Territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

## **3) RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI**

Sono state utilizzate le seguenti fonti normative e bibliografiche:

- Costituzione Italiana, art. 32
- Codice Penale, artt. 40 — 51 — 54 — 328 — 591 — 593
- Testo Unico Leggi Pubblica Sicurezza, art. 1
- Legge 13.05.1978, n. 180
- Legge 23.12.1978, n. 833
- Direttiva Regione Emilia Romagna n. 1457/89 "In online alle procedure per gli Accertamenti e Trattamenti Obbligatori in psichiatria"
- Circolare del Ministero della Sanità del 21.09.1992 "Richiesta di chiarimenti sul Trattamento Sanitario Obbligatorio per soggetti con patologia mentale"
- Circolare del Ministero dell'Interno n. 3 del 20.07.2001 "Trattamento Sanitario Obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della Polizia Municipale"
- Decreto del Presidente della Repubblica 28.12.2000, n. 445, art. 43 comma 3
- Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 art. 45, art. 71 (mod. dall'art. 14 Legge n. 98/2013)
- Prefettura di Pordenone "Protocollo di intesa per le procedure riguardanti l'effettuazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori (2008)"
- Giunta Regionale del Veneto "Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio" (2009)
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome "Raccomandazioni in merito alla applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale"(2009)
- Deliberazione della Giunta della Regione Puglia 4 Agosto :2009, n. 1499
- Deliberazione della Giunta della Regione Puglia 12 Luglio 2011, n. 1620 (allegato A)

#### **4) GARANZIE AMMINISTRATIVE E GIURISDIZIONALI**

Il legislatore costituzionale (art.32) nell'affermare che la tutela della salute è un 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. Nella fattispecie dei trattamenti sanitari obbligatori in psichiatria, l'obbligatorietà è da ricercarsi non nell'esigenza di difesa sociale nei confronti del malato mentale, ma nell'interesse precipuo della collettività a recuperare, tramite un intervento sanitario, un proprio membro affetto da grave patologia psichica, ed incapace, in virtù di tale patologia, di autodeterminarsi liberamente. In tal modo viene soddisfatta la volontà della comunità di implementare la salute collettiva attraverso il ristabilimento di un suo membro ammalato. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori rappresentano atti di carattere eccezionale rispetto alla generalità degli interventi sanitari necessariamente volontari. L'obbligatorietà di tali interventi è limitata ai soli casi previsti dalla legge, è rigorosamente normata al fine di garantire il rispetto della persona e dei suoi diritti civili e politici, inclusi il diritto di scegliere il luogo di cura, di comunicare con le altre persone, di agire in giudizio contro il provvedimento stesso. Alle crescenti limitazioni della libertà personale corrispondono livelli crescenti di garanzia: garanzia amministrativa (ordinanza del Sindaco) per gli interventi sanitari obbligatori senza obbligo di degenza ospedaliera, garanzia giurisdizionale (decreto del Giudice Tutelare) per il trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero. Garanzie supplementari scaturiscono dal limite di durata di sette giorni del TSO, che comporta l'introduzione di una periodica rivalutazione clinica del paziente, e dalla possibilità offerta a chiunque, non solo al paziente, di agire in giudizio contro il provvedimento. La complessità delle procedure che regolano gli interventi sanitari obbligatori è, dunque, dettata dalla necessità di tutelare i suddetti diritti inalienabili del soggetto sottoposto a tali provvedimenti ed ha lo scopo, quindi, di garantire il rispetto personale e sociale che gli è dovuto.

#### **5) FUNZIONI E COMPITI DEI REFERENTI ISTITUZIONALI**

##### **- Ordinanza del Sindaco e competenze della Polizia Municipale**

Come previsto dagli artt. 33, 34 e 35 della Legge 833/78, gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del Sindaco, nella sua veste di Autorità Sanitaria Locale. Il provvedimento che dispone un ASO o un TSO rientra, pertanto, nella competenza dell'Amministrazione 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 Municipale.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori possono essere disposti nell'intero arco delle ventiquattro ore, tutti i giorni dell'anno.

Il Corpo di Polizia Municipale, in caso di emissione di una richiesta di intervento sanitario obbligatorio, formalmente corretta, è tenuto a farla pervenire all'attenzione del Sindaco nel più breve tempo possibile, trattandosi comunque di una situazione a carattere d'urgenza. La stesura

dell'ordinanza, la verifica di validità delle procedure amministrative, la ricerca del soggetto, la notifica e l'esecuzione di una ordinanza di ASO o di TSO (prelevamento ed accompagnamento) non si configurano, sul piano giuridico, come atti sanitari, ma rivestono il carattere di operazione di "polizia amministrativa", pertanto il personale di cui il Sindaco si dovrà avvalere per dare attuazione al proprio provvedimento deve essere individuato nel Corpo di Polizia Municipale, titolare anche di eventuali atti di coazione fisica finalizzati all'osservanza del provvedimento obbligatorio, secondo le norme previste, e a sostenere l'assistenza sanitaria in atto. La presenza del personale della Polizia Municipale è fondata sullo specifico interesse del Comune alla corretta esecuzione dell'ordinanza e sul conseguente potere-dovere di vigilanza nell'attuazione della stessa. Le eventuali misure coercitive dovranno essere attuate dal personale della Polizia Municipale solo allorché si dimostrasse vano ogni possibile intervento del personale sanitario e, comunque, dovranno essere sempre proporzionate alla situazione e rispettose della dignità del paziente. Qualora le circostanze ne raccomandino l'opportunità, a garanzia della sicurezza e dell'incolumità dei presenti, il personale della Polizia Municipale verifica, con modalità rispettose della dignità del paziente, che lo stesso non disponga di strumenti atti a procurare danni a sé o ad altri. Il Corpo di Polizia Municipale deve assicurare la propria presenza per tutta la durata del provvedimento, nonché svolgere il ruolo di prevenzione di possibili atteggiamenti pericolosi per la collettività e per gli operatori. Qualora lo stato psicopatologico e comportamentale del paziente sia tale da far ragionevolmente supporre una reazione violenta di questi o, comunque, sussistano dei seri pericoli per l'incolumità dei presenti e gli operatori della Polizia Municipale non siano - anche per circostanze di tempo o di luogo - nelle condizioni di poter garantire un'adeguata cornice di sicurezza, questi ultimi dovranno richiedere il supporto delle altre Forze dell'Ordine e anche, se necessario, dei Vigili del Fuoco, compatibilmente con le loro prioritarie esigenze di servizio. Appare opportuno distinguere le funzioni burocratico-amministrative ed esecutive dei provvedimenti obbligatori, proprie del personale della Polizia Municipale, da quelle assistenziali e terapeutiche, proprie del personale sanitario.

#### **- Il ruolo del personale sanitario durante l'esecuzione dell'ordinanza**

Il ruolo del personale sanitario non deve essere inteso come consulenza specialistica all'eventuale atto coercitivo, ma piuttosto come adempimento di quei doveri di cura e di assistenza che non vengono meno neanche durante l'esecuzione di una ordinanza e la cui omissione si potrebbe configurare quale reato.

La presenza del personale sanitario durante l'intera durata della procedura deve ritenersi necessaria e trova il proprio fondamento nell'ambito più generale dell'assistenza ad un malato. 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, alla conseguente eventuale somministrazione di terapie, all'adozione delle modalità più idonee al rispetto ed alla cura della sua persona, nonché al recupero di un eventuale consenso al trattamento terapeutico. Fermo restando che deve essere sempre garantita un'adeguata assistenza sanitaria, la presenza per numero, profilo professionale e servizio di appartenenza degli operatori sanitari (soprattutto durante il trasporto del paziente) è commisurata alle valutazioni di ordine medico-clinico che, di volta in volta, saranno effettuate e alle problematiche di tipo organizzativo (ad esempio: il medico in servizio di guardia attiva psichiatrica dipartimentale notturna e festiva non può assolutamente abbandonare il reparto per accompagnare il paziente presso altri SPDC; l'assenza di una reperibilità infermieristica psichiatrica territoriale; la carenza di personale dei vari Servizi Sanitari interessati, ecc.).

## - **Gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche: le competenze specifiche dei vari Servizi Sanitari**

Nella fascia oraria e nei giorni di apertura del Centro di Salute Mentale (i giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00) compete agli operatori di questo Servizio Psichiatrico Territoriale (sono presenti due Unità Operative funzionalmente unificate per l'apertura a 12 ore, corrispondenti, rispettivamente, ai territori dei Distretti Socio-sanitari n. 1 e n. 2 di Foggia: CSM - Foggia 1 e CSM - Foggia 2) intervenire in caso di emergenza urgenza psichiatrica, sia per gli utenti in carico che per quelli non in carico, sia presso la sede del Servizio, sia a domicilio, sia presso altre sedi sul territorio (luoghi di lavoro, strada, ecc.), in quanto allertati da familiari, da medici di medicina generale o da altre persone (ad esempio vicini di casa), nonchè dalla Centrale Operativa del 118 o, eventualmente, dalle Forze dell'Ordine. Devono essere privilegiati gli interventi sanitari extraospedalieri, al fine di ridurre al minimo il ricorso al ricovero obbligatorio, considerando altresì che il numero di TSO ospedalieri rappresenta un indicatore di funzionamento del DSM.

Il personale del CSM, in tutti i casi di intervento sanitario obbligatorio e ogni volta che lo ritenga opportuno, si avvale della collaborazione del Servizio 118 per la gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica territoriale, sia presso la sede del CSM, sia al domicilio del paziente, sia ovunque si renda necessario l'intervento. Il Servizio 118 provvede, inoltre, su eventuale richiesta del personale del CSM, al trasporto del paziente presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia oppure, in caso di ordinanza di TSO, direttamente presso il SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) ubicato in questo Ospedale.

In caso di indisponibilità di posti letto nel SPDC di Foggia, è cura del Servizio 118, quando è possibile, trasportare il paziente, che deve essere sottoposto a TSO ospedaliero, dalla sede del CSM o dal suo domicilio, direttamente presso un altro SPDC, indicato nell'ordinanza sindacale, appartenente all'ASL della Provincia di Foggia (il SPDC dell'Ospedale di San Severo o il SPDC dell'Ospedale di Manfredonia).

Nel caso di assenza di posti letto disponibili in tutti gli SPDC dell'ASL della Provincia di Foggia, il Servizio 118 centralizzerà il paziente presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "00.RR." di Foggia, il quale sarà avviato, successivamente, con trasporto secondario a cura di quest'ultimo Servizio, presso il SPDC indicato nell'ordinanza sindacale, in ambito extraprovinciale o anche extraregionale.

Qualora il paziente dovesse manifestare grave agitazione e/o comportamenti violenti auto-eterodiretti è necessario che il paziente, prima di essere avviato in Ospedale, venga adeguatamente sedato da parte del personale sanitario del CSM o del Servizio 118, già nel luogo stesso del primo intervento (anche in assenza dell'ordinanza di TSO, se sussiste lo "*stato di necessità*", ai sensi dell'art. 54 del Codice Penale). Ciò potrà essere attuato, però, solo dopo che le Forze di Polizia saranno intervenute per esercitare l'eventuale coazione fisica in caso di opposizione al trattamento. Nel caso in cui il Servizio 118 fosse chiamato ad intervenire direttamente, il personale di questo Servizio si può avvalere, per interventi congiunti, della collaborazione specialistica del personale del CSM. Il Servizio 118 può procedere, quindi, se necessario, all'ospedalizzazione presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia, che risulta competente per territorio. In questa sede, dopo aver effettuato un idoneo iter diagnostico per escludere eventuali patologie organiche o da intossicazione, sia accidentale che volontaria, (secondo quanto previsto dal Documento di "*Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche*", Allegato A, approvato con Deliberazione della Giunta della Regione Puglia 12 Luglio 2011, n. 1620), si potrà richiedere la consulenza al SPDC, al termine della quale si indicherà se effettuare una terapia d'urgenza presso il Pronto Soccorso e/o inviarlo per competenza al CSM oppure se è necessario il ricovero. In quest'ultimo caso e qualora vi fosse l'indisponibilità di posti letto presso il SPDC ubicato nell'Ospedale di Foggia, il paziente *stabilizzato* (ma ancora presente in Pronto

Soccorso) sarà avviato in un altro SPDC nell'ambito del territorio dell'ASL della Provincia di Foggia (il SPDC presso l'Ospedale di San Severo o il SPDC presso l'Ospedale di Manfredonia), oppure in ambito provinciale o in ambito extraregionale.

Il trasporto secondario, del paziente *stabilizzato*, è a cura del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia e qualora lo psichiatra consulente lo ritenga strettamente necessario e le condizioni organizzative lo consentano, sarà il personale del CSM (anche solo infermieristico), nella fascia oraria e nei giorni di apertura di questo Servizio, ad accompagnare il paziente presso il SPDC di destinazione.

Il Servizio 118 potrà, inoltre, essere chiamato ad intervenire, anche in caso di ASO o di TSO extraospedaliero, per il trasporto del paziente presso la sede (CSM o Pronto Soccorso) dove dovranno essere espletati questi provvedimenti sanitari obbligatori. L'intervento dell'autoambulanza del Servizio 118 dovrà avvenire nel più breve tempo possibile, compatibilmente con la disponibilità di mezzi e con la presenza di altre gravi urgenze in atto (ad esempio la concomitanza di più "codici rossi"), in specie qualora il prolungamento dei tempi di attesa potrebbero essere di nocuo all'effettuazione di un intervento sanitario obbligatorio con le condizioni più favorevoli e meno traumatiche possibili.

Dal lunedì al venerdì, dalle ore 14.00 alle ore 20.00, nel CSM è in servizio un solo medico e, pertanto, qualora quest'ultimo fosse già impegnato sul territorio per un'altra urgenza, il Servizio 118, eventualmente chiamato ad intervenire, centralizzerà il paziente direttamente presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia, dove potrà essere prontamente sottoposto a consulenza psichiatrica da parte di un medico del SPDC. Il personale del CSM provvederà, in tal caso, ad informare gli operatori della Centrale Operativa del 118 dell'impossibilità del medico in servizio a rispondere alla concomitante urgenza. Negli orari e nei giorni di chiusura del CSM (dal lunedì al venerdì, dalle ore 20.00 alle ore 8.00, dalle ore 14.00 del sabato alle ore 8.00 del lunedì e tutti i giorni festivi infrasettimanali), per gli interventi relativi all'emergenza-urgenza psichiatrica territoriale si fa riferimento al medico della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) e al personale infermieristico del Servizio 118. Il paziente, se necessario, potrà essere trasportato, a mezzo autoambulanza del Servizio 118, presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera "00.RR." di Foggia, dove sarà sottoposto a consulenza urgente da parte del medico di guardia del SPDC, che svolge la funzione di guardia attiva psichiatrica dipartimentale, come previsto dal *Documento di Indirizzo Economico-Funzionale del Servizio Sanitario Regionale* per l'anno 2009 (DIEF 2009). Il medico della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) e il personale infermieristico del Servizio 118, dopo aver assicurato le prime cure ritenute necessarie (compresa l'eventuale sedazione del paziente), al fine di partecipare attivamente alla gestione delle prime fasi dell'urgenza e nell'ottica di un'opportuna e proficua collaborazione, dovranno interagire direttamente, presso i locali del Pronto Soccorso, con lo psichiatra consulente, al fine di garantire il passaggio chiaro e corretto delle informazioni sulle circostanze dell'intervento e sulle condizioni cliniche del paziente.

Nelle ore notturne e nei festivi e comunque nella fascia oraria di chiusura del CSM, se il ricovero si dovesse ritenere necessario e non vi è la disponibilità di posti letto nel SPDC di Foggia, spetta al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia organizzare il trasporto secondario del paziente *stabilizzato* presso un altro SPDC, sia nel territorio dell'ASL FG che in altre province o anche in altre regioni.

Qualora il trasporto secondario risulti particolarmente gravoso e complicato (ore notturne, paziente grave non ancora stabilizzato; notevole distanza tra il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Foggia e il SPDC da raggiungere), su decisione dello psichiatra consulente, si potrà: 1) di notte, ricoverare il paziente il giorno dopo presso il SPDC di Foggia, se sono previste dimissioni da questo reparto oppure rinviare tale trasporto al momento in cui saranno presenti migliori condizioni cliniche, nonché migliori condizioni organizzative (ad esempio l'apertura del CSM, con la possibilità, da parte del personale, anche solo infermieristico, di questo Servizio di accompagnare il paziente). In

tali casi il paziente potrà essere temporaneamente gestito presso il suddetto Pronto Soccorso, *ma solo se questi acconsente ad un TSV (trattamento sanitario volontario)*; 2) aggiungere n. 1 (un) posto sovranumerario nel SPDC di Foggia, *ma solo nel caso fosse necessario effettuare un TSO ospedaliero* e qualora le condizioni di questo reparto lo consentano (in assenza, cioè, di troppi pazienti in condizioni particolarmente gravi, rispetto al totale dei pazienti ricoverati, per cui un ulteriore ricovero comporterebbe un aggravamento dei problemi di gestione complessiva del reparto stesso; oppure in assenza di limitazioni organizzativo-strutturali, come ad esempio un bagno inagibile).

La gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche che riguardano gli utenti di strutture riabilitative psichiatriche residenziali e semiresidenziali (Comunità Riabilitative e Centri Diurni) è regolamentata dai protocolli d'intesa dell'ASL FG con i vari Enti Gestori e che fanno parte integrante, come "Allegati A I", dei relativi accordi contrattuali.

Per la gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche relative a pazienti minorenni, data la presenza di un solo medico del SNPIA (Servizio Territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) nell'intero territorio dell'ex ASL FG/3, il Servizio 118, eventualmente chiamato ad intervenire, centralizzerà il paziente direttamente presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia, dove potrà essere prontamente sottoposto a consulenza psichiatrica da parte di un medico del reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera "00.RR." di Foggia. Si veda, inoltre, quanto riportato nel paragrafo "*Procedure ASO e TSO in età evolutiva*".

Per tutte le altre situazioni e circostanze, non specificamente indicate nella presente intesa, si applica quanto riportato nel Documento di "*Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze urgenze psichiatriche*". Allegato A, approvato con Deliberazione della Giunta della Regione Puglia 12 Luglio 2011, n. 1620.

#### **- Integrazione delle competenze durante l'esecuzione dell'ordinanza**

In riferimento alle Circolari, rispettivamente, del Ministero della Sanità ("*Richiesta di chiarimenti sul Trattamento Sanitario Obbligatorio per soggetti con patologia mentale*", del 21.09.1992) e del Ministero dell'Interno ("*Trattamento Sanitario Obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della Polizia Municipale*", Circolare n. 3 del 20.07.2001), ai fini della operatività del personale di Polizia Municipale e del personale sanitario è necessario specificare, con chiarezza, che entrambi collaborano nella fase di esecuzione di un'ordinanza di intervento sanitario obbligatorio, conservando ruoli e funzioni distinte: agli operatori sanitari spetta assistere e tutelare comunque la salute del paziente, a quelli della Polizia Municipale portare a compimento l'esecuzione dell'ordinanza sindacale.

Gli operatori sanitari e gli agenti della Polizia Municipale svolgono, nel corso degli interventi sanitari obbligatori, azioni congiunte nell'ambito delle rispettive competenze.

L'intervento della Polizia Municipale non può ritenersi eventuale e subordinato a quello del personale sanitario, ma bensì contestuale, e tale contestualità deve esplicitarsi attraverso la distinzione chiara delle rispettive funzioni e dei rispettivi compiti. Le competenze e le responsabilità di ordine sanitario non possono essere sospese o surrogate dall'intervento della Polizia Municipale, così come quelle di "polizia amministrativa" non possono essere assunte o "vicariate" dal personale sanitario.

La contestualità degli interventi del personale sanitario e del personale della Polizia Municipale, fermo restando in capo a quest'ultimo la stesura, la notifica e l'esecuzione dell'ordinanza sindacale, comporta, in ogni caso, la compresenza di tutti gli attori durante l'attuazione del provvedimento. Sono da ritenersi del tutto inammissibili procedure dove l'intervento della Polizia Municipale



avviene senza la compresenza di personale sanitario e in via subordinata ad una certificazione medica.

È sempre necessaria una consultazione preventiva tra operatori sanitari e Polizia Municipale sulle modalità di intervento relative all'esecuzione dell'ordinanza, tenendo sempre presenti le linee di indirizzo operativo indicate nella presente intesa.

Quanto al mezzo con cui trasportare il paziente presso la sede ove deve essere espletato l'intervento sanitario obbligatorio (non solo il presidio ospedaliero in caso di TSO, ma anche il CSM o il domicilio del paziente in caso di ASO o di TSO extraospedaliero), di regola ed in via prioritaria, esso deve essere individuato nell'autoambulanza, non escludendo, però, in considerazione della peculiarità della malattia, l'uso di qualsiasi automezzo, anche privato, 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 provvedimento, compreso ovviamente il paziente. L'intervento dell'autoambulanza del Servizio 118, in caso di esecuzione di un'ordinanza di intervento sanitario obbligatorio, è richiesto dalla Polizia Municipale.

L'eventuale compresenza di operatori sanitari e di operatori della Polizia Municipale nell'autoambulanza, all'interno dell'abitacolo sanitario, è finalizzata a garantire le necessarie condizioni di assistenza e di sicurezza durante il trasporto del paziente. Pertanto, la presenza della Polizia Municipale nell'autoambulanza potrà essere disposta dal medico intervenuto nella situazione d'urgenza, nel caso in cui quest'ultimo, a seguito di una valutazione approfondita del paziente, ravvisi uno stato psicopatologico di gravità tale da comportare una concreta ed incombente situazione di grave rischio per la sicurezza e l'incolumità di tutti i presenti, innanzitutto del paziente stesso. Qualora una situazione di pericolo imminente, conseguente alle alterazioni psichiche del paziente, dovesse profilarsi nel corso di un trasporto con una autoambulanza non "medicalizzata", la Polizia Municipale salirà a bordo dell'automezzo su richiesta del personale sanitario presente. Sia nel primo che nel secondo caso, la Polizia Municipale potrà comunque richiedere il supporto delle altre Forze dell'Ordine presenti sul territorio. A tal proposito è opportuno rammentare che, il momento del trasporto del paziente, rappresenta solo una delle diverse fasi in cui si articola l'esecuzione di un intervento sanitario obbligatorio, attività sottoposta, comunque, alla responsabilità della Polizia Municipale in ogni sua fase.

Oltre a quanto riportato in questo punto 5, nei punti 6, 7 ed 8 della presente intesa sono ulteriormente specificati e descritti, nei dettagli, i doveri e i compiti del personale sanitario e del personale della Polizia Municipale nel corso dell'esecuzione dell'ordinanza e lungo l'intero percorso operativo.

## **6) PROCEDURE PER L'ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO)**

### **- Definizione e presupposti normativi**

L'Accertamento Sanitario Obbligatorio si configura come uno strumento mirato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via presuntiva, si ha il "*fondato sospetto*" dell'esistenza di "*alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*" (Legge 833/78, art. 34, comma 4). L'inavvicinabilità della situazione deve essere verificata personalmente attraverso vani e reiterati tentativi di entrare in contatto con il paziente (è barricato in casa o in camera e non apre a nessuno; si allontana al momento dell'incontro; non è disponibile a concordare appuntamenti; si rende ripetutamente irreperibile; ecc.).

Il ricorso all'ASO è consentito anche nel caso in cui il paziente, già sottoposto a visita da un medico, si sottragga attivamente ad un'ulteriore valutazione sanitaria. Nella fattispecie ciò si può verificare in due situazioni:

1. il paziente si rifiuta di sottoporsi ad una seconda visita, finalizzata all'eventuale convalida di un TSO;
2. il medico che l'ha visitato non è uno psichiatra e, pertanto, nutrendo dei dubbi sulla sussistenza dei requisiti previsti dalla legge per avanzare una proposta di TSO, ritiene necessaria una valutazione specialistica, a cui però il paziente non acconsente.

#### - **Modalità di redazione e di trasmissione delle certificazioni**

La certificazione medica di proposta deve riportare:

- a) le generalità del paziente, comprensive di data e luogo di nascita, residenza e luogo in cui il paziente si trova al momento, se disponibili; se tutti questi dati non sono disponibili occorre specificarlo;
- b) le generalità del medico proponente; per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale: nome, cognome, servizio di appartenenza e relativo numero di telefono; per tutti gli altri medici: nome, cognome, indirizzo e numero di telefono al fine di garantire la rintracciabilità in tempi brevi;
- c) le motivazioni cliniche che sono alla base della richiesta: la condizione psicopatologica di cui si sospetta fondatamente l'esistenza ("*le alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*") e l'impossibilità di avvicinare in altro modo la situazione;
- d) la sede in cui si richiede sia espletato il provvedimento;
- e) luogo, data, ora, timbro e firma leggibile.

L'ordinanza del Sindaco deve riportare:

- a) le generalità del paziente, comprensive di data e luogo di nascita, residenza e luogo in cui il paziente si trova al momento, se disponibili; se tutti questi dati non sono disponibili occorre specificarlo;
- b) le generalità del medico estensore della certificazione;
- c) la sede in cui il provvedimento deve essere espletate;
- d) luogo, data, ora, timbro e firma leggibile.

La certificazione è redatta in triplice copia ed inoltrata al Sindaco, per il tramite della Polizia Municipale. La trasmissione della certificazione medica di proposta avviene, previa telefonata, per via telematica e sottoscritta con firma digitale o con altre tipo di firma elettronica qualificata, secondo quanto disposto dall'art. 47 del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) di cui al Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (modificato dall'art.14 della Legge n.98/2013), oppure mediante consegna diretta alla Polizia Municipale o ritiro diretto da parte di quest'ultima della suddetta certificazione.

Nelle more del completo adeguamento di tutte le strutture coinvolte nella procedura alla trasmissione o all'acquisizione, ai sensi della normativa vigente, della documentazione per via telematica, è ancora consentita, solo al fine di favorire una celere stesura dell'ordinanza sindacale, la trasmissione a mezzo fax, seguita, però, dalla consegna diretta alla Polizia Municipale o dal ritiro diretto da parte di quest'ultima della certificazione medica, in originale. In mancanza di tale certificazione l'ordinanza di ASO non può essere formalmente emessa.

È consentita, inoltre, nelle more dell'adeguamento alla normativa vigente in tema di trasmissione o di acquisizione della documentazione per via telematica, la trasmissione a mezzo fax, nelle ore notturne e nei giorni festivi, dalla sede della Continuità Assistenziale (Guardia Medica), della richiesta di attivazione della procedura di ASO, utilizzando moduli appositamente predisposti, al fine di favorire il ritiro celere, presso il domicilio del paziente (da dove il medico intervenuto,

spesso, non può allontanarsi), da parte della Polizia Municipale, della certificazione medica, in originale, riguardante la proposta di ASO.

Nelle situazioni in cui non sia possibile la trasmissione attraverso i mezzi di comunicazione su indicati o far pervenire celermente la predetta certificazione alla Polizia Municipale (come durante le ore notturne), è consentita altresì, solo al fine della stesura urgente dell'ordinanza di ASO, la trasmissione a mezzo fonogramma della proposta di ASO seguita, però, dalla consegna diretta alla Polizia Municipale o dal ritiro diretto da parte di quest'ultima della certificazione, in originale. In mancanza di tale certificazione l'ordinanza di ASO non può essere formalmente emessa.

#### - **Emissione ed esecuzione dell'ordinanza di ASO**

Al fine dell'emissione dell'ordinanza di ASO occorre la sola certificazione medica di proposta contenente quanto descritto al paragrafo precedente. La Legge n. 833/78, oltre a non richiedere la certificazione di convalida della proposta, non richiede neanche la notifica dell'ordinanza a Giudice Tutelare.

La proposta di ASO può essere avanzata sia da un medico del DSM che da qualunque altro medico abilitato all'esercizio della professione (è opportuno che siano coinvolti "*in primis*" i medici di medicina generale, i quali devono, però, prima di avanzare la proposta (al Sindaco e non al CSM), tentare di entrare in contatto con il loro assistito, anche recandosi più volte a domicilio e coinvolgendo, quindi, in caso di insuccesso, il CSM competente per territorio, effettuando un ulteriore tentativo di accesso congiuntamente al medico di questo Servizio). Solo nel caso di comprovata non rintracciabilità o inavvicinabilità del soggetto è possibile dar corso alla proposta. Al fine di garantire la migliore valutazione possibile, sebbene la normativa non le preveda obbligatoriamente, è necessario che l'accertamento sia effettuato da un medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale. Pertanto, negli orari e nei giorni di apertura del CSM, sarà un medico di questo Servizio, appartenente all'equipe territorialmente competente, ad effettuare l'accertamento; negli orari e nei giorni di chiusura del CSM, sarà, invece, il medico di guardia del SPDC, chiamato in consulenza presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia, ad ottemperare al provvedimento.

Negli orari di chiusura del CSM e nei giorni festivi, la proposta di ASO può essere avanzata dai medici della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) o dai medici del Servizio 118, qualora questi fossero chiamati ad intervenire d'urgenza.

Il medico estensore della proposta, qualora non appartenesse al DSM, dopo aver informato telefonicamente il medico psichiatra, che dovrà effettuare la valutazione specialistica, dell'avvenuta richiesta di ASO, e dopo aver concordato accuratamente il luogo, i tempi e le modalità di esecuzione, è opportuno che interagisca personalmente con quest'ultimo presso la sede dove si svolgerà l'accertamento (ambulatorio del CSM, domicilio del paziente o locale del Pronto Soccorso), al fine di descrivere dettagliatamente le motivazioni dell'ASO, le proprie osservazioni sul caso o le presunte condizioni cliniche del paziente (qualora non fosse riuscito a visitarlo) e tutto ciò che si ritenga utile ai fini della corretta e sicura gestione dell'intervento, nell'ottica di un'opportuna e proficua collaborazione.

Il personale sanitario dovrà fornire preliminarmente al personale della Polizia Municipale le informazioni disponibili utili alla corretta esecuzione dell'intervento, sia per renderlo il meno traumatico possibile, sia per garantire la sicurezza e l'incolumità del paziente, degli operatori e di chiunque sia coinvolto, a vario titolo, nell'esecuzione del provvedimento (informazioni relative alla rintracciabilità del paziente, alla eventuale disponibilità di armi o di altri strumenti potenzialmente

idonei ad arrecare danni a sé o ad altri, suggerimenti su come meglio rapportarsi al paziente e al contesto, ecc...).

La Polizia Municipale avvierà le ricerche del paziente e, una volta rintracciato, richiederà l'intervento di un'autoambulanza del Servizio 118 per il trasporto dello stesso presso la sede prescelta per l'intervento. Contestualmente, informerà il CSM, il cui personale sanitario svolge funzioni di assistenza al corretto svolgimento della procedura, assicurando la propria presenza diretta e fornendo eventuali utili al trasporto.

In caso di rifiuto ostinato e di persistente opposizione del paziente a salire sull'autoambulanza per raggiungere la sede, indicata nell'ordinanza sindacale, presso la quale dovrà essere espletato l'ASO, e dopo che sono falliti i reiterati tentativi di persuasione da parte degli operatori sanitari presenti, spetta al personale della Polizia Municipale esercitare, nel rispetto della dignità del paziente, gli eventuali atti di coazione fisica per mettere "a disposizione" il soggetto per l'accertamento da parte del medico psichiatra incaricato e con la finalità ultima di condurre a termine l'esecuzione del provvedimento.

Per quanto concerne il trasporto del paziente e l'eventuale compresenza, all'interno dell'abitacolo sanitario dell'autoambulanza, di operatori sanitari (negli orari e nei giorni di chiusura del CSM sarà presente solo il personale infermieristico del Servizio 118) e di operatori della Polizia Municipale, si applica quanto riportato nel paragrafo *"Integrazione delle competenze durante l'esecuzione dell'ordinanza"*.

Negli orari di chiusura del CSM e nei giorni festivi, il paziente dovrà essere trasportato presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia ed il medico del SPDC, oltre ad essere avvisato dal medico proponente, dovrà essere informato preventivamente anche dalla Polizia Municipale, in modo tale da predisporre all'accertamento.

Giunto nella sede di esecuzione del provvedimento, l'ASO ha la precedenza su tutti gli altri interventi ad eccezione del TSO (extraospedaliero od ospedaliero) o di altre emergenze in atto ritenute dal medico prioritarie.

Il medico deciderà, nella sede dell'accertamento, se il soggetto deve essere trattato e/o ricoverato in ospedale (se riuscirà ad ottenere il consenso potrà richiedere un TSV oppure, in caso contrario, avanzare una proposta motivata di TSO extraospedaliero od ospedaliero).

Qualora si profilino gravi situazioni di rischio per la sicurezza e per l'incolumità dei presenti, la Polizia Municipale può richiedere l'intervento delle altre Forze dell'Ordine presenti sul territorio. Nel caso in cui il paziente fosse barricato in casa e si rifiuti di aprire la porta, la Polizia Municipale può richiedere l'intervento dei Vigili del Fuoco.

Non è richiesta la notifica dell'ordinanza di ASO al Giudice Tutelare.

#### **- Sede**

Le sedi elettive per effettuare un ASO sono gli ambulatori del CSM e, durante gli orari e i giorni di chiusura di questo Servizio, il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia. Il domicilio del paziente rappresenta un'altra possibile sede di esecuzione del provvedimento, ma solo se risultano garantite le condizioni di idoneità alla valutazione clinica e di sicurezza per tutte le persone coinvolte. Il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia costituisce la sede elettiva per l'accertamento qualora fosse necessaria anche la valutazione delle condizioni organiche del paziente.

L'ASO non può essere effettuato, in nessun caso, presso le strutture riservate alla degenza ospedaliera, come il SPDC (anche nel caso in cui sia un medico di questo Servizio a dover

effettuare l'accertamento), né tanto meno può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera, altrimenti si potrebbe configurare una sorta di "fermo" di psichiatria, non previsto dalla legge.

- **Durata**

L'ordinanza di ASO resta in vigore per 48 ore. Qualora il provvedimento non sia eseguito entro tale termine, ad esempio per irreperibilità del paziente e permangano le condizioni che lo hanno motivato, dovrà essere presentato un nuovo certificato di proposta.

- **Revoca dell'ASO**

Il medico che abbia constatato il venir meno delle condizioni che hanno motivato l'ordinanza di ASO deve inoltrare al Sindaco che ha emesso il provvedimento una richiesta motivata di revoca. Tale richiesta sarà, previo accordo telefonico, inviata tramite fax o ritirata dal personale della Polizia Municipale.

## **7) PROCEDURE PER IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO) EXTRAOSPEDALIERO**

- **Definizione e presupposti normativi**

Il TSO extraospedaliero si configura come un provvedimento attivabile nel caso in cui, pur essendo presenti le prime due condizioni previste dal comma 4°, art. 34, della Legge n. 833/78, per poter intervenire in forma obbligatoria, e cioè le *"alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici"* e la *"non accettazione degli stessi da parte dell'infermo"*, manca invece la terza ed è quindi possibile *"adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere"*. L'ordinanza di TSO extraospedaliero obbliga il paziente a curarsi, ma senza separarlo dai suoi abituali luoghi di vita e persegue, quindi, l'intento di evitare che la cura incida troppo negativamente sulla sua vita, venendo a limitarla più di quanto la malattia mentale già non lo faccia. La valutazione clinica deve essere condotta dal medico in presenza del paziente, non semplicemente presunta sulla base della diagnosi o della conoscenza del paziente o di quanto riferito da terzi. Il TSO extraospedaliero non deve costituire la modalità prevalente di rapporto terapeutico con il paziente. Per il TSO extraospedaliero vale quanto indicato nel comma 4°, art.33, della Legge n. 833/78: *"i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali"*. Questo principio viene ribadito dal legislatore anche nel comma 3°, art. 34, della Legge n. 833/78. Pertanto, tali trattamenti sono di competenza dei Servizi del DSM e, per quanto concerne il TSO extraospedaliero, l'espletamento spetta al Servizio Psichiatrico Territoriale, ovvero al Centro di Salute Mentale.

- **Modalità di redazione e di trasmissione delle certificazioni**

La certificazione medica di proposta deve riportare:

- a) le generalità del paziente, 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;
- b) le generalità del medico proponente; per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale: nome, cognome, servizio di appartenenza e relativo numero di telefono; per tutti gli altri medici: nome, cognome, indirizzo e numero di telefono al fine di garantire la rintracciabilità in tempi brevi;

- c) la descrizione accurata delle notizie cliniche relative al paziente (in base al concetto di "*proposta motivata*" non è sufficiente limitarsi ad una diagnosi) e delle condizioni e delle circostanze attuali che rendono necessario il provvedimento;
- d) la sussistenza dei requisiti di legge previsti per l'emissione del provvedimento: la presenza di "*alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*" e la "*non accettazione degli stessi da parte dell'infermo*"; l'esistenza delle condizioni e delle circostanze che consentono di "*adottare tempestive ed idonee misure sanitarie in ambiente extraospedaliero*";
- e) la sede in cui si richiede sia espletato il provvedimento;
- f) le indicazioni sulle modalità del trattamento (il medico può fare un riferimento generico al trattamento farmacologico, ad esempio indicare la necessità della somministrazione di farmacoterapie orali, infusionali o long-acting, ma deve specificare che il trattamento avverrà attraverso l'attivazione di visite ambulatoriali o domiciliari, nonché indicare i giorni in cui saranno effettuate);
- g) luogo, data, ora, timbro e firma leggibile.

L'ordinanza del Sindaco deve riportare:

- a) le generalità del paziente, comprensive di data e luogo di nascita, residenza e luogo in cui il paziente si trova al momento, se disponibili; se tutti questi dati non sono disponibili occorre specificarlo;
- b) le generalità del medico estensore della certificazione;
- c) la sede in cui il provvedimento deve essere espletato;
- d) le modalità del trattamento indicate dal medico ;
- e) luogo, data, ora, timbro e firma leggibile.

Le certificazioni sono redatte in triplice copia ed inoltrate al Sindaco, per il tramite della Polizia Municipale. La trasmissione della certificazione medica di proposta avviene, previa telefonata, per via telematica e sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata, secondo quanto disposto dall'art. 47 del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) di cui al Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (modificato dall'art.14 della Legge n. 98/2013), oppure mediante consegna diretta alla Polizia Municipale o ritiro diretto da parte di quest'ultima della suddetta certificazione.

Nelle more del completo adeguamento di tutte le strutture coinvolte nella procedura alla trasmissione o all'acquisizione, ai sensi della normativa vigente, della documentazione per via telematica, è ancora consentita, solo al fine di favorire una celere stesura dell'ordinanza sindacale, la trasmissione a mezzo fax, seguita, però, dalla consegna diretta alla Polizia Municipale o dal ritiro diretto da parte di quest'ultima della certificazione medica, in originale. In mancanza di tale certificazione l'ordinanza di TSO extraospedaliero non può essere formalmente emessa. Non è consentito inoltrare proposte di TSO extraospedaliero tramite fonogramma.

#### **- Emissione ed esecuzione dell'ordinanza di TSO extraospedaliero**

La proposta di TSO extraospedaliero può essere avanzata da qualunque medico abilitato all'esercizio della professione e non è richiesta alcuna certificazione medica di convalida. Al fine di garantire la migliore valutazione possibile (dato che la proposta presuppone, in ogni caso, una valutazione dello stato psicopatologico del paziente), sebbene la normativa non lo preveda obbligatoriamente, è necessario che la proposta di TSO extraospedaliero sia effettuata da un medico psichiatra del CSM.

Dal momento della proposta il Sindaco ha 48 ore di tempo per procedere all'emissione dell'ordinanza.

Il personale sanitario dovrà fornire preliminarmente al personale della Polizia Municipale le informazioni disponibili utili alla corretta esecuzione dell'intervento, sia per renderlo il meno traumatico possibile, sia per garantire la sicurezza e l'incolumità del paziente, degli operatori e di chiunque sia coinvolto, a vario titolo, nell'esecuzione del provvedimento (informazioni relative alla rintracciabilità del paziente, alla eventuale disponibilità di strumenti atti ad arrecare danni a sé o ad altri, suggerimenti su come meglio rapportarsi al paziente e al contesto, ecc...).

Qualora il provvedimento debba essere eseguito in una sede diversa da quella in cui si trovano il paziente e il medico estensore della proposta, la Polizia Municipale richiederà l'intervento di un'autoambulanza per il trasporto del paziente non appena sia stata firmata l'ordinanza. Per quanto concerne l'eventuale compresenza, all'interno dell'abitacolo sanitario dell'autoambulanza, di operatori sanitari e di operatori della Polizia Municipale, si applica quanto riportato nel paragrafo *"Integrazione delle competenze durante l'esecuzione dell'ordinanza"*. Il personale presente nelle sedi prescelte deve essere allertato dal medico estensore della proposta già al momento della trasmissione della stessa e deve essere adeguatamente informato circa le motivazioni del provvedimento, le presunte condizioni cliniche del paziente e tutto ciò che si ritenga utile ai fini della corretta e sicura gestione dell'intervento.

Giunto nella sede di esecuzione del provvedimento, il TSO extraospedaliero ha la precedenza su tutti gli altri interventi ad eccezione dei TSO ospedalieri o di altre emergenze in atto ritenute dal medico prioritarie.

Qualora si profilino gravi situazioni di rischio per la sicurezza e per l'incolumità dei presenti, la Polizia Municipale può richiedere l'intervento delle altre Forze dell'Ordine presenti sul territorio. Il personale della Polizia Municipale rimane presente per tutta la durata del provvedimento, ovvero fino al completamento della terapia prevista.

Il medico psichiatra che deve effettuare il provvedimento, sottoscrive sull'ordinanza del Sindaco, con firma autografa, l'inizio e il termine dell'esecuzione del trattamento, con l'indicazione delle date e degli orari.

#### - **Notifica al Giudice Tutelare**

La notifica al Giudice Tutelare dell'ordinanza di TSO extraospedaliero, benchè non sia richiesta dalla legge, rappresenta una pratica che è stata, comunque, raccomandata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nel 2009 (*"Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi per malattia mentale"*), poichè si tratta di una garanzia aggiuntiva per il cittadino. Pertanto, entro le 48 ore successive all'inizio del trattamento, il Sindaco notifica il proprio provvedimento di TSO extraospedaliero al Giudice Tutelare (il decreto di convalida da parte di quest'ultimo non sarebbe, comunque, necessario).

#### - **Sede**

Le sedi in cui effettuare un TSO extraospedaliero possono essere individuate negli ambulatori del CSM e nel domicilio del paziente.

Costituiscono criteri di scelta: gli orari e i giorni di apertura del CSM, l'idoneità dell'ambiente sotto il profilo clinico e della sicurezza; la maggior accettabilità da parte del paziente. Non sono consentiti, sia pure al fine di evitare provvedimenti in degenza ospedaliera, TSO extraospedalieri presso strutture intermedie di tipo residenziale e semiresidenziale. Tali soluzioni, infatti, comporterebbero il rischio di realizzare restrizioni della libertà individuale, condizione per la quale si rendono indispensabili le procedure e le garanzie previste agli artt. 34 e 35 della Legge 833/78.

#### - **Durata**

L'ordinanza di TSO extraospedaliero resta in vigore per 48 ore. Qualora il paziente si allontani prima dell'esecuzione del provvedimento (cioè prima che abbia inizio il trattamento) e siano trascorse 48 ore dall'emissione dell'ordinanza, dovrà essere attivata una nuova procedura, previa valutazione clinica del paziente (tramite ASO se ancora irreperibile).

La durata di un TSO extraospedaliero è fissata, in analogia a quanto previsto per il provvedimento in condizioni di degenza ospedaliera, in 7 giorni, trascorsi i quali risulta necessaria l'emissione di una nuova proposta motivata.

Il trattamento previsto può richiedere più interventi in successione (ad esempio una serie di somministrazioni farmacologiche quali un ciclo di fleboclisi) e la massima durata prevista (in assenza di proroga) è di 7 giorni come per il trattamento sanitario ospedaliero.

#### - **Proroga, revoca o modifica del TSO extraospedaliero**

Qualora il medico, che ha effettuato il trattamento, dovesse accertare la persistenza delle condizioni che hanno comportato l'ordinanza di TSO extraospedaliero, egli può avanzare, in tempo utile, al Sindaco una richiesta di proroga (ad esempio di altri 7 giorni) del provvedimento, specificandone le motivazioni.

Nel caso in cui il medico abbia, invece, constatato il venir meno delle condizioni che hanno motivato l'ordinanza di TSO extraospedaliero (ad esempio per l'avvenuto recupero al consenso alle cure da parte del paziente), egli deve inoltrare al Sindaco una richiesta, adeguatamente motivata, di revoca del provvedimento.

La richiesta di revoca deve essere avanzata anche nei casi in cui il medico, che sta effettuando il trattamento, dovesse rendersi conto che, oltre alla persistenza delle prime due condizioni previste dalla legge per poter intervenire in forma obbligatoria, e cioè le "*alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*" e la "*non accettazione degli stessi da parte dell'infermo*", non sono più presenti le condizioni e le circostanze che consentono di "*adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere*" (ad esempio: la presenza di un alto rischio suicidario o di comportamenti violenti in famiglia o di altri comportamenti gravemente disturbati). In tali casi il medico, contestualmente alla richiesta di revoca, avanzerà una proposta di TSO in regime di degenza ospedaliera. Gli allontanamenti arbitrari ripetuti, nel corso dell'esecuzione del provvedimento, rappresentano un'altra motivazione valida per richiedere la revoca del TSO extraospedaliero e per inoltrare la proposta di un TSO ospedaliero.

La richiesta di proroga o di revoca del TSO extraospedaliero sarà, previo accordo telefonico, inviata tramite fax o ritirata direttamente dal personale della Polizia Municipale.

In tema di revoca o di modifica di un TSO si ricorda quanto riportato nell'art. 33 della Legge n. 833/78, rispettivamente, nel comma 7°: "*Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio*"; e nel comma 8°: "*Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato*".

#### - **Cessazione del TSO extraospedaliero**

Il medico che ha inoltrato la proposta di TSO extraospedaliero comunica al Sindaco, allo stesso modo di quanto previsto, per il TSO ospedaliero, dal comma 5°, art. 35 della Legge n. 833/78, la



Cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario.

La comunicazione di cessazione dei TSO extraospedaliero sarà, previo accordo telefonico, inviata tramite fax o ritirata direttamente dal personale della Polizia Municipale.

- **Allontanamento arbitrario del paziente sottoposto a TSO extraospedaliero**

Qualora un paziente sottoposto a TSO extraospedaliero si allontani nel corso dell'esecuzione dello stesso (ad esempio, un paziente che viene trattato con una serie di fleboclisi giornaliere obbligatorie che si allontana fra una somministrazione e quella successiva), il provvedimento può essere proseguito senza l'emissione di una nuova ordinanza solo entro 7 giorni; trascorso tale termine, dovrà essere attivata una nuova procedura.

Il medico che stava effettuando il trattamento deve comunicare al Sindaco l'impossibilità di proseguire il TSO extraospedaliero per l'irreperibilità del paziente.

Il Corpo di Polizia Municipale procederà alle ricerche del paziente e, una volta rintracciato, lo riaccompagnerà, sempre con le modalità previste al paragrafo "Emissione ed esecuzione dell'ordinanza di TSO extraospedaliero", presso la struttura indicata nel provvedimento.

## **8) PROCEDURE PER IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO OSPEDALIERO**

- **Definizione e presupposti normativi**

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

- a) la presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- b) la non accettazione degli stessi da parte dell'infermo;
- c) l'assenza delle condizioni e delle circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il TSO in regime di degenza ospedaliera costituisce il provvedimento con la massima restrizione della libertà individuale e prevede, pertanto, il massimo livello di garanzia, che si raggiunge attraverso una serie di passaggi successivi:

- 1) Proposta motivata da parte di un medico abilitato all'esercizio della professione
- 2) Convalida della stessa proposta da parte di un secondo medico di struttura pubblica (ovvero che abbia un rapporto di dipendenza o di convenzione con il servizio sanitario nazionale)
- 3) Emissione dell'ordinanza da parte del Sindaco (garanzia amministrativa)
- 4) Decreto di convalida del Giudice Tutelare (garanzia giurisdizionale).

Il TSO in regime di degenza ospedaliera si può attuare solo in presenza delle tre condizioni di legge sopra richiamate e può essere attuato esclusivamente presso il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura.

- **Modalità di redazione e di trasmissione delle certificazioni**

La certificazione medica di proposta devono riportare:

- a) le generalità del paziente, 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;
- b) le generalità del medico proponente; per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale: nome, cognome, servizio di appartenenza e relativo numero di telefono; per tutti gli altri medici: nome, cognome, indirizzo e numero di telefono al fine di garantire la rintracciabilità in tempi brevi;

c) la descrizione accurata delle notizie cliniche relative al paziente (in base al concetto di *"proposta motivata"* non è sufficiente limitarsi ad una diagnosi ) e delle condizioni e delle circostanze attuali che rendono necessario il provvedimento.

d) la sussistenza dei requisiti di legge previsti per l'emissione del provvedimento: la presenza di *"alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici"* e la *"non accettazione degli stessi da parte dell'infermo"*; l'assenza delle condizioni e delle circostanze *"che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie in ambiente extraospedaliero"*;

e) il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura in cui deve essere effettuato il TSO;

f) luogo, data, ora, timbro e firma leggibile:

La certificazione medica di convalida può tralasciare una descrizione dettagliata delle condizioni che soddisfano i requisiti di legge, limitandosi a richiamare e confermare quanto contenuto nella proposta del collega proponente.

L'ordinanza del Sindaco deve riportare:

a) le generalità del paziente, comprensive di data e luogo di nascita, residenza e luogo in cui il paziente si trova al momento, se disponibili: se tutti questi dati non sono disponibili occorre specificarlo;

b) le generalità dei medici estensori delle certificazioni di proposta e di convalida;

c) il SPDC presso il quale il paziente deve essere ricoverato;

d) luogo, data, ora, timbro e firma leggibile.

Deve essere incoraggiata l'uniformazione delle modalità di redazione delle certificazioni, anche attraverso l'uso di moduli prestampati suddivisi in due parti, una per la proposta e l'altra per la convalida, ma che contengano, comunque, lo spazio sufficiente per la descrizione delle condizioni cliniche e degli elementi qualitativi che permettano al Sindaco ed al Giudice Tutelare di esprimere giudizi documentati.

Le certificazioni sono redatte in triplice copia ed inoltrate al Sindaco, per il tramite della Polizia Municipale. La trasmissione della certificazione medica di proposta avviene, previa telefonata, per via telematica e sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata, secondo quanto disposto dall'art. 47 del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) di cui al Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (modificato dall'art.14 della Legge n.98/2013), oppure mediante consegna diretta alla Polizia Municipale o ritiro diretto da parte di quest' ultima della suddetta certificazione.

Nelle more del completo adeguamento di tutte le strutture coinvolte nella procedura alla trasmissione o all'acquisizione, ai sensi della normativa vigente, della documentazione per via telematica, è ancora consentita, solo al fine di favorire una celere stesura dell'ordinanza sindacale, la trasmissione a mezzo fax, seguita, però, dalla consegna diretta alla Polizia Municipale o dal ritiro diretto da parte di quest'ultima della certificazione medica, in originale. In mancanza di tale certificazione l'ordinanza di TSO ospedaliero non può essere formalmente emessa.

#### **- Emissione ed esecuzione dell'ordinanza di TSO ospedaliero**

La Legge n. 833/78 prevede, al comma 3° dell'art. 33, che la proposta di TSO ospedaliero può essere redatta ed inoltrata da qualsiasi medico abilitato alla professione, a differenza della convalida che, invece, secondo quanto previsto al comma 4° dell'art.34, può essere effettuata solo da un medico che esercita una funzione di pubblico servizio nel Sistema Sanitario Nazionale. All'uopo, si precisa che sia i medici della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) che i medici del Servizio 118 esercitano una tale funzione e sono in possesso della necessaria competenza clinica e della

piena competenza formale per redigere sia la certificazione di proposta che quella di convalida. Lo stesso dicasi per i medici dell'Igiene Pubblica e per i medici di Pronto Soccorso. Si ritiene, comunque, opportuno che almeno la convalida sia, per quanto possibile, effettuata da un medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale. A tal proposito si rammenta che il Commissariato Europeo per i Diritti Civili ha censurato la legislazione italiana per il fatto che, in materia di interventi sanitari obbligatori per malattia mentale, non prescrive obbligatoriamente l'intervento di uno psichiatra. Nulla vieta che il medico proponente e il medico convalidante possano esaminare insieme il paziente ed interagire tra di loro, decidendo infine congiuntamente sull'esito della visita. In tal modo tutte le potenzialità di un sistema, che prevede l'intervento di due medici, potrebbero essere utilizzate realmente a tutela del paziente piuttosto che per realizzare una garanzia che potrebbe configurarsi, invece, come puramente formale.

Il medico a cui sia giunta la segnalazione relativa ad una persona affetta da gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, e per la quale è richiesto un TSO ospedaliero, 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 considerazioni valgono anche per il medico che deve redigere la certificazione di convalida. Una volta verificata la situazione il sanitario deve mettere in atto ogni utile tentativo finalizzato a coinvolgere il paziente e a motivarlo al trattamento: la Legge 833/78 prescrive, infatti, "iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato" (art. 33, comma 5°, Legge 833/78).

Dal momento della convalida il Sindaco ha 48 ore di tempo per procedere all'emissione dell'ordinanza o a non emetterla motivando la sua decisione (art. 35, 1° comma, Legge 833/78). Una volta emanata l'ordinanza questa deve essere eseguita immediatamente e comunque non oltre le 48 ore; nel caso in cui il paziente sia irreperibile, trascorso tale termine, dovrà essere eventualmente attivata una nuova procedura.

Una volta emanata una ordinanza di TSO ospedaliero il Corpo di Polizia Municipale deve rendersi garante della sua esecuzione, informando correttamente il cittadino sottoposto al provvedimento ed agendo anche coattivamente qualora ogni recupero di collaborazione tentato da tutte le figure professionali presenti sul posto, incluse quelle sanitarie, risulti vano.

Il personale del CSM e il personale della Polizia Municipale garantiscono la loro presenza durante tutte le fasi dell'esecuzione del provvedimento, incluso il trasporto del paziente (con le limitazioni di cui si è detto al paragrafo "Il ruolo del personale sanitario durante l'esecuzione dell'ordinanza"). Negli orari e nei giorni di chiusura del CSM si fa riferimento al personale infermieristico del Servizi o 118 e al medico della Continuità Assistenziale (Guardia Medica).

La titolarità della procedura per il TSO in degenza ospedaliera spetta alla Polizia Municipale in tutta la fase di ricerca dell'infermo e del suo trasporto al luogo dove inizierà il trattamento. Il personale sanitario, dal canto suo, dovrà fornire preliminarmente al personale della Polizia Municipale le informazioni disponibili utili alla corretta esecuzione dell'intervento, sia per renderlo il meno traumatico possibile, sia per garantire la sicurezza e l'incolumità del paziente, degli operatori ed di chiunque sia coinvolto, a vario titolo, nell'esecuzione del provvedimento (informazioni relative alla rinvii abilità del paziente, alla eventuale disponibilità di strumenti atti ad arrecare danni a sé o ad altri, suggerimenti su come meglio rapportarsi al paziente e al contesto, ecc...), nonché praticare gli interventi sanitari che si rendessero necessari. La collaborazione tra il personale sanitario e il personale della Polizia Municipale permetterà di conciliare sicurezza e qualità dell'assistenza. Qualora si profilino gravi situazioni di rischio per la sicurezza e per l'incolumità del paziente e

di tutti i presenti, la Polizia Municipale può richiedere l'intervento delle altre Forze dell'Ordine presenti sul territorio.

In linea generale, appena l'ordinanza è stata firmata, la Polizia Municipale richiede l'intervento dell'autoambulanza. Può accadere, però, che le circostanze e le condizioni del caso comportino la necessità di un trasporto urgente presso l'Ospedale (art.54 del Codice Penale: "*stato di necessità*") e questo si può verificare, eventualmente, anche durante l'attesa della firma dell'ordinanza da parte del Sindaco.

Per quanto concerne l'eventuale compresenza, all'interno dell'abitacolo sanitario dell'autoambulanza, di operatori sanitari e di operatori della Polizia Municipale, si applica quanto riportato nel paragrafo "*Integrazione delle competenze durante l'esecuzione dell'ordinanza*". Devono assolutamente essere evitate modalità di esecuzione dell'ordinanza di T.S.O. troppo invasive e "*spettacolari*". Non va dimenticato, infatti, che la malattia mentale è ancora un fortissimo veicolo di "*stigma*" e, quindi, di esclusione sociale ed è opportuno, pertanto, tenendo anche presente la normativa vigente sul rispetto della "privacy", mantenere, durante l'intervento, il più basso profilo possibile.

#### - **Doveri del personale sanitario e della Polizia Municipale durante l'attesa dell'ordinanza**

Sebbene sia solo l'ordinanza del Sindaco ad attivare il provvedimento di TSO, ciò non può rappresentare il pretesto per astenersi da qualsiasi intervento, in attesa della firma dell'ordinanza. Il personale sanitario è depositario, infatti, di una "posizione di garanzia" - definibile come uno speciale vincolo di tutela tra un soggetto garante ed un bene giuridico, nella fattispecie la salute pubblica - la cui inosservanza può dar luogo ad ipotesi di reato di tipo omissivo. Pertanto, nell'attesa dell'ordinanza, è tenuto all'adempimento dei doveri sanitari previsti dal ruolo tecnico che gli compete, ruolo finalizzato alla tutela della salute anche attraverso il mantenimento di un'interazione con il paziente, il tentativo di recupero del consenso, la vigilanza sull'incolumità del paziente. Il personale della Polizia Municipale è anch'esso titolare di una "posizione di garanzia" - nella fattispecie relativa all'incolumità e alla sicurezza dei cittadini - la cui inosservanza potrebbe configurare una ipotesi di reato di tipo omissivo. Di conseguenza, se in attesa dell'ordinanza si delineassero situazioni di pericolo per l'incolumità e la sicurezza dei presenti, il personale della Polizia Municipale affiancherà il personale sanitario, garantendo la propria presenza ed eventualmente richiedendo collaborazione alle altre Forze dell'Ordine.

#### - **Situazioni specifiche**

Qualora il Sindaco dovesse emettere un'ordinanza di TSO ospedaliero nei confronti di una persona non residente nel Comune di Foggia, ne deve dare comunicazione al Sindaco del Comune di residenza, nonché al Giudice Tutelare nella cui circoscrizione rientra quest'ultimo Comune (art. 35, 3° comma, Legge 833/78).

Se il provvedimento è adottato nei confronti di cittadini stranieri o apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'Interno e al Consolato competente, tramite il Prefetto (art. 35, 3° comma, Legge 833/78).

#### - **Scelta del SPDC**

Il SPDC di riferimento per le emergenze-urgenze psichiatriche che si verificano nel territorio dei due Distretti Socio-Sanitari n. 1 e n. 2 di Foggia è il SPDC ubicato presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "00.RR." di Foggia. Solo in caso di indisponibilità di posti letto presso la suddetta struttura, il paziente può essere avviato presso altre sedi (chiedendo prima la disponibilità agli altri

SPDC in Provincia di Foggia, ubicati presso gli Ospedali di S. Severo e di Manfredonia, e poi eventualmente fuori Provincia).

Il SPDC di Foggia, in applicazione di quanto raccomandato al punto E) dell'Allegato A alla Deliberazione della Giunta della Regione Puglia 12 Luglio 2011, n.1620 ("Documento di raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche"), deve lasciare la disponibilità del 10% dei propri posti letto per le urgenze afferenti dal proprio territorio. Il diritto del paziente alla libera scelta del luogo di cura (anche se sottoposto a TSO) deve essere conciliato con la disponibilità dei posti letto, con la precauzione di non sottoporre il paziente ad un viaggio di trasferimento di durata eccessiva, con i vantaggi derivanti dalla vicinanza del paziente al proprio contesto di vita, con la necessità di garantire la continuità terapeutica con i servizi territoriali. Qualora il trasporto secondario del paziente fosse inevitabile, la ricerca telefonica del posto letto è effettuata dal personale e del CSM e, negli orari e nei giorni di chiusura di questo Servizio, dal medico del SPDC, chiamato in consulenza presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia, con l'ausilio del personale sanitario di questa Struttura.

#### **- Accettazione del paziente nel SPDC di Foggia**

Il personale di Polizia Municipale ritira, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale, il referto relativo al ricovero e lo consegna al medico accettante del SPDC di Foggia, il quale provvede ad attestare, con firma autografa su copia dell'ordinanza del Sindaco, l'avvenuto ricovero, con l'indicazione dell'ora dello stesso. La copia dell'ordinanza sindacale contenente tale attestazione viene ritirata dal personale della Polizia Municipale per la successiva trasmissione al Giudice Tutelare. Dato che l'accettazione in SPDC richiede l'esecutività dell'ordinanza di TSO, il personale della Polizia Municipale si trattiene nel SPDC fino a quando non siano state raggiunte, su dichiarazione esplicita del medico accettante, le condizioni che garantiscano l'effettivo inizio dell'esecuzione del provvedimento (ad esempio, collaborando all'eventuale coazione fisica per la somministrazione della terapia farmacologica all'ingresso) e in tutte le situazioni in cui sia presente un alto rischio per l'incolumità dei presenti (il paziente sottoposto a provvedimento, gli altri degenti, gli operatori).

#### **- Notifica al Giudice Tutelare e convalida dell'ordinanza**

Entro le 48 ore successive al ricovero il Sindaco notifica il proprio provvedimento al Giudice Tutelare (art. 35, 1° comma, Legge 833/78).

Il Giudice Tutelare, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, ha a sua volta 48 ore per convalidare o meno, con decreto motivato, il TSO (art. 35, 2° comma, Legge 833/78); in caso di mancata convalida il Sindaco dispone l'immediata cessazione del trattamento stesso.

#### **- Allontanamento arbitrario del paziente sottoposto a TSO ospedaliero**

Possono verificarsi le seguenti situazioni:

1. Allontanamento nel corso dell'esecuzione del provvedimento, ovvero prima del ricovero: la Polizia Municipale provvederà a cercare il paziente (coinvolgendo, a propria discrezione, le altre forze di Polizia presenti sul territorio) e, rintracciato, richiederà l'intervento dell'autoambulanza del 118 e del personale del Centro di Salute Mentale (negli orari e nei giorni di apertura dello

stesso) al fine di accompagnare il paziente nel SPDC di Foggia. Poiché l'ordinanza ha una validità di 48 ore, trascorso tale termine senza che sia avvenuto il ricovero, l'intera procedura dovrà essere riattivata dall'inizio (cioè dalla valutazione clinica del paziente, eventualmente tramite ASO qualora il paziente sia ancora irreperibile).

2. Allontanamento dal reparto, a ricovero avvenuto, nel corso della degenza: il Responsabile del SPDC di Foggia o un medico da questi delegato ne darà immediata comunicazione alla Polizia Municipale, che provvederà a cercare il paziente, coinvolgendo, a propria discrezione, le altre Forze di Polizia presenti sul territorio. Rintracciato il paziente, la Polizia Municipale richiederà l'intervento dell'autoambulanza del 118 e del personale del Centro di Salute Mentale (negli orari e nei giorni di apertura dello stesso) e riaccompagnerà il paziente in SPDC, il paziente può rientrare in reparto senza una nuova ordinanza entro 7 giorni dal suo primo ingresso, trascorso tale termine, l'accompagnamento del paziente in reparto richiede l'emissione di una nuova ordinanza e quindi la riattivazione della procedura dall'inizio (cioè dalla valutazione clinica del paziente). Nel caso in cui il paziente non venisse rintracciato, allo scadere del 7° giorno, il Responsabile del SPDC o un medico da questi delegato deve comunicare al Sindaco la sopravvenuta impossibilità a proseguire il TSO ospedaliero (art. 35. comma 5°, Legge 833/78).

Nel caso in cui si sia a conoscenza che il paziente, dopo l'allontanamento dal reparto, si trovi in un altro Comune, il Responsabile del SPDC di Foggia o un medico da questi delegato ne darà informazione al Centro di Salute Mentale competente per territorio, che potrà valutare, a sua volta, la situazione e, se lo riterrà necessario, attivare una procedura di TSO, sotto la giurisdizione del Comune in cui si trova il paziente in quel momento.

#### - **Proroga, revoca o modifica del TSO ospedaliero**

Per i provvedimenti di proroga, revoca o modifica è necessaria una proposta motivata in ordine alle ragioni che li dettano, che deve essere inoltrata al Sindaco tramite il Corpo di Polizia Municipale. La proposta di proroga, inoltrata dal Responsabile del SPDC o da un medico da questi delegato, nella quale è indicata l'ulteriore durata presumibile del trattamento, deve giungere al Sindaco 48 ore prima della scadenza del TSO, poiché questi sono i termini temporali previsti (con la dizione "*in tempo utile*") per l'emissione dell'ordinanza, ai sensi del comma 1°, art. 35, Legge n. 833/78. Per quanto concerne la revoca o la modifica di un TSO ospedaliero si ribadisce quanto riportato nell'art. 33 della Legge n. 833/78, rispettivamente, nel comma 7°: "*Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio*"; e nel comma 8°: "*Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato*".

#### - **Cessazione del TSO ospedaliero**

Il Responsabile del SPDC o un medico da questi delegato "*è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario: comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare*" (art. 35, comma 5°, Legge n. 833/78). La comunicazione al Sindaco di cessazione del TSO ospedaliero sarà inviata tramite fax o ritirata direttamente dal personale della Polizia Municipale.

#### - **Trasferimento di un paziente sottoposto a TSO ospedaliero**

Il Responsabile del SPDC o un medico da questi delegato può formulare al Sindaco che ha disposto il ricovero una proposta motivata di trasferimento del paziente presso un altro ospedale, con il mantenimento del regime di TSO (ad esempio: paziente non residente nella Provincia di Foggia, ma che è stato ricoverato in TSO presso il SPDC di Foggia con ordinanza del Sindaco di Foggia; per favorire il riavvicinamento del paziente al proprio contesto di vita, si può richiedere il proseguimento del TSO presso il SPDC competente per territorio di provenienza). L'ordinanza del Sindaco dispone il trasferimento del paziente e, qualora richiesto dal Responsabile del SPDC o da un medico da questi delegato, garantisce anche l'accompagnamento da parte del personale della Polizia Municipale. Sono conservate, inoltre, le competenze in materia di proroga e di cessazione del TSO da parte del Sindaco di Foggia. Il trasferimento sarà organizzato dalla struttura che dimette.

## **9) SITUAZIONI IN CUI NON SI APPLICANO LE PROCEDURE DI TSO PER MALATTIA**

### **- 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, in SPDC, a bordo dell'autoambulanza), deve intervenire direttamente, anche a costo di limitare la libertà del paziente. In queste situazioni, dovrà avvalersi dell'intervento delle Forze dell'Ordine. Di particolare rilievo a questo riguardo è la *valutazione del clinico sul "rischio di pericolo attuale" (immediato) di danno grave alla salute, anche di terzi, conseguenza di una patologia, tale da richiedere interventi improrogabili, rispetto al "rischio o pericolo potenziale" per il quale l'eventuale trattamento è da considerarsi urgente seppure non ancora improrogabile.* Va sottolineato che la giurisprudenza evidenzia che, rispetto a comportamenti violenti aventi nesso di causa con un *quadro clinico che comprometta la volontà del paziente*, il medico ha la specifica responsabilità, sia della cura che di prevenirne le conseguenze, fatta salva la più specifica competenza per l'intervento repressivo, a questo scopo, delle Forze di Polizia. Nelle suddette situazioni il ricorso alla procedura di TSO può essere inadeguato rispetto alla gravità dell'urgenza, soprattutto se la sua attivazione comporta un pericoloso ritardo nell'attuazione di adeguate condizioni di assistenza.

L'attivazione della procedura di TSO non è richiesta e le limitazioni della libertà del cittadino, che possono rendersi necessarie, non configurano reato per effetto dell'art. 54 del Codice Penale (*"non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se stesso 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"*). È necessario precisare che, cessate le condizioni che definiscono lo stato di necessità e permanendo quelle che motivano il TSO, quest'ultimo deve essere formalizzato.

### **- Stato di coscienza gravemente alterato**

La presenza di uno stato confusionale o di uno stato di coscienza gravemente alterato (da causa tossica, infettiva, traumatica, dismetabolica, neurologica, internistica, etc...) determina l'incapacità del paziente di esprimersi nei confronti di qualsiasi proposta di intervento sanitario, configurandosi, in questo caso, piuttosto che la mancanza di un consenso, l'impossibilità di esprimere un valido dissenso.

Il sanitario è, pertanto, tenuto a mettere in atto tutti gli interventi ritenuti necessari, senza dover ricorrere alla formalizzazione di un TSO.

Vi è, dunque, la necessità di agire (es: agitazione psicomotoria in alcolismo acuto, stati confusionali nel corso di intossicazioni da farmaci/droghe o dovuti a patologie cerebrali) in risposta all'eventuale comportamento disorganizzato o violento (con l'eventuale primaria competenza delle Forze dell'Ordine per quanto riguarda il contenimento fisico) e di effettuare gli accertamenti e i trattamenti sanitari urgenti e improrogabili sulla causa tossica od organica sottostante.

Per quanto gli psichiatri siano di frequente chiamati per il trattamento di simili pazienti, a causa delle grandi difficoltà e complessità di gestione che essi comportano, l'intervento più adeguato è la consulenza per l'eventuale sedazione, senza una presa in carico che compete primariamente ai medici del Servizio 118, del Pronto Soccorso e delle branche specialistiche di riferimento.

#### - **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 e, comunque, il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche.

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

#### **10) INTERVENTO D'URGENZA PER COMPORTAMENTI VIOLENTI AUTO-ETERODIRETTI TALI DA COMPORTARE PERICOLO IMMEDIATO**

Lo stato di necessità avviene tipicamente nel caso in cui vi sia un rischio immediato: evidenza di tipo suicidario o presenza di comportamenti violenti in atto (a domicilio del soggetto, in ambulatorio, in ospedale, a bordo dell'autoambulanza o in qualsiasi altro luogo), oppure vi sia un concreto pericolo attuale legato alla pianificazione/imminenza di violenza auto-eterodiretta. In questi casi il sanitario, come varie sentenze testimoniano, ha sì obbligo di mezzi ma non di risultato, tuttavia, trattandosi di comportamenti che potrebbero essere l'espressione sintomatologica di una malattia mentale che altera la volontà del soggetto, deve prevenirli dando corso alle cure necessarie. Si farà riferimento, pertanto, al Corpo di Polizia Municipale e alle Forze dell'Ordine 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 fisica (si applica, a tal proposito, quanto riportato nella Deliberazione di Giunta della Regione Puglia, n. 2548 del 22/11/2011 "*Documento di Raccomandazioni per la prevenzione e il superamento della contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della Regione Puglia*").

Può presentarsi il caso di un cittadino che manifesti inequivocabilmente alterazioni psichiche tali da costituire pericolo immediato e conseguentemente da richiedere un'attivazione da parte di chiunque (in particolare delle Forze dell'Ordine e del Corpo di Polizia Municipale) ancor prima che possano essere avviate le procedure formali di ASO o TSO. In tal caso il ricorso alla coazione fisica da parte delle Forze di Polizia di cui sopra appare pienamente giustificato sulla base dell'art. 51 CP ["adempimento di un dovere"], 54 CP ["stato di necessità"], 593 CP ["omissione di soccorso"] e dell'art.1 TUPLS 12 [*Capo I - Delle attribuzioni dell'autorità di pubblica sicurezza e dei provvedimenti d'urgenza o per grave necessità pubblica*].



In questi casi l'intervento sanitario potrà essere attuato solo dopo che le Forze di Polizia saranno intervenute per garantire l'incolumità del personale sanitario.

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

1. Accompagnamento in forma coattiva della persona, da parte delle Forze dell'Ordine o della Polizia Municipale, presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (direttamente o tramite autoambulanza del 118) sulla base dello stato di necessità, dove si provvederà ad avviare l'idoneo iter diagnostico volto ad escludere che le alterazioni psichiche siano dovute ad eventuali patologie organiche o da intossicazione, sia accidentale che volontaria, (secondo quanto previsto dal Documento di "*Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche*", Allegato A, approvato con Deliberazione della Giunta della Regione Puglia 12 Luglio 2011, n. 1620). Una volta che gli accertamenti hanno dato esito negativo, si potrà richiedere la consulenza al SPDC, al termine della quale sarà indicata l'eventuale terapia d'urgenza da effettuare presso il Pronto Soccorso e/o l'invio per competenza al CSM oppure il ricovero in SPDC.
2. La Centrale Operativa del 118, allertata dalle Forze di Polizia che sono intervenute, contatterà il CSM territorialmente competente (o il SPDC negli orari e nei giorni di chiusura del CSM, per annunciare l'arrivo del paziente in Pronto Soccorso) per appurare se l'utente è conosciuto dal Servizio o per avviare eventuali interventi in collaborazione con il CSM. Il personale del 118 e/o il personale del CSM, prima di qualsiasi intervento psichiatrico, qualora lo reputi necessario, potrà far giungere il paziente, a mezzo autoambulanza del Servizio 118, presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "00.RR." di Foggia, per farlo sottoporre ad un adeguato iter diagnostico per escludere che le alterazioni psichiche siano dovute a patologie organiche o ad intossicazione, come sopra specificato.

Qualora il Corpo di Polizia Municipale sia chiamato ad intervenire direttamente, data la situazione di alto rischio, dovrà comunque richiedere il supporto delle altre Forze dell'Ordine presenti sul territorio.

Resta assodato che qualora il cittadino affetto da disturbi psichici abbia compiuto fatti che si configurano come reati, l'iter normale di Polizia Giudiziaria seguirà il suo corso. Si ribadisce quindi che la repressione dei comportamenti violenti è di competenza delle Forze dell'Ordine e del Corpo di Polizia Municipale e che l'intervento sanitario può essere messo in atto solo dopo che queste Forze di Polizia saranno intervenute per garantire l'incolumità del personale sanitario.

L'assistenza delle Forze dell'Ordine deve essere garantita sino all'avvenuta effettuazione in Pronto Soccorso e/o in SPDC degli interventi atti a gestire la situazione.

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

## **11) PROCEDURE ASO E TSO IN ETÀ EVOLUTIVA**

### **- Il consenso alle cure nel rapporto fra genitori e minore**

Nei minorenni la capacità di esprimere un valido "consenso" a specifici atti sanitari 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 al livello nazionale ed internazionale considerano il consenso non un *atto contrattuale*, ma bensì un *atto giuridico unilaterale*, che non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere (*capacità naturale*), accordabile anche al minore "*maturato*" (età >14 anni), che può e deve esprimere il suo assenso alle cure.

Nel caso di contrasto tra tutore/genitore e minore "*maturato*", relativamente ad atti medici che incidano significativamente sulla integrità personale e la qualità di vita del ragazzo, il parere dei genitori non può automaticamente prevalere sul parere del minore, ma è opportuno l'intervento del Giudice Tutelare, come garante del suo diritto di autodeterminazione. Dato che generalmente gli adolescenti non sono consapevoli di tale diritto, dovrebbe essere compito del medico garantirne l'esercizio, ricorrendo al Giudice Tutelare ogni qualvolta sia opportuno un garante esterno. Un ulteriore punto critico è il rifiuto alle cure da parte di uno o di entrambi i genitori, quando esso comporti un grave pregiudizio per la salute del minore. In tali casi la legge prevede l'intervento del Tribunale per i Minorenni, l'organo giudiziario preposto alla tutela del diritto alla salute del minore in situazione di pregiudizio per il mancato consenso o per la mancata collaborazione dei genitori alle cure.

**- I luoghi per la cura e le relative criticità**

In Provincia di Foggia vi è la totale assenza di posti letto dedicati alle emergenze-urgenze psichiatriche in età evolutiva, con il risultato che i pazienti adolescenti affetti da disturbi psichiatrici maggiori possono trovarsi in ambienti ospedalieri incapaci a gestirlo e a contenerlo, o (incongruamente) a stretto contatto con pazienti psichiatrici adulti. Tali situazioni (che potrebbero favorire lo "stigma" del paziente psichiatrico adolescente) sono alla base, rispettivamente, delle "resistenze" al ricovero dei minori della fascia d'età 14-18 anni, che manifestano, da un lato, il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera "00. RR." di Foggia (che non risulta adeguatamente attrezzato per i TSO) e, dall'altro, gli SPDC (per adulti) della Provincia di Foggia. Nel DSM della ASL della Provincia di Foggia esiste un SNPIA (Servizio Territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), la cui grave carenza di personale non consente un'adeguata gestione delle situazioni di emergenza ed urgenza psichiatrica.

**- Linee di indirizzo operativo**

Sul piano pratico, relativi vamente alla fascia di età 14-18 anni, si possono verificare le situazioni riportate nella seguente tabella (tratta dalle "*Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale*" della Conferenza delle Regioni e dell e Province Autonome nel 2009):

<i>Minore "maturato"</i>	<i>Genitori</i>	<i>Procedure</i>
Assenso	Consenso	Si procede direttamente
Assenso	Rifiuto di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni
Rifiuto	Rifiuto di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni

		Oppure ASO/TSO ospedaliero TSO extraospedaliero
Rifiuto	Consenso e situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO ospedaliero TSO extraospedaliero
Rifiuto	Consenso ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Segnalazione alla Procura del Tribunale per i minorenni

Per quanto sopra, si possono delineare le seguenti situazioni di conflitto:

1. Il minore acconsente alle cure, ma uno o entrambi i genitori rifiutano: se la situazione familiare appare di grave pregiudizio per la salute del minore, è necessaria la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni.
2. Sia il minore sia i genitori rifiutano le cure oppure vi acconsente solo uno dei genitori. In questo caso, in genere, si configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, che richiede la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni. Altre volte è opportuno attivare, in prima battuta, la procedura dell'intervento sanitario obbligatorio, tentando di recuperare il consenso e procrastinando la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni ad un secondo momento, quando sia evidente l'impossibilità di ottenere un'adeguata collaborazione da parte della famiglia.
3. Il minore rifiuta le cure, ma entrambi i genitori acconsentono ed il contesto familiare appare adeguato e collaborante. In questo caso è opportuno ricorrere all'intervento sanitario obbligatorio (ASO/TSO ospedaliero/TSO extraospedaliero).
4. Il minore rifiuta le cure, entrambi i genitori acconsentono, ma il contesto familiare appare fortemente inadeguato e/o nel complesso di pregiudizio per la salute del minore. In questo caso è opportuno procedere alla segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni, evidenziando non solo la situazione ambientale sfavorevole per la tutela della salute del minore, ma anche tutti gli interventi compiuti per ottenere il consenso di quest'ultimo e quelli necessari per modificare la situazione di pregiudizio.

Fermo restando che anche per i minori devono essere privilegiati, ove possibile, gli interventi extraospedalieri (compresa, ovviamente, l'applicazione delle procedure e delle garanzie connesse all'istituto del TSO extraospedaliero), qualora fosse inevitabile dover ricorrere al TSO ospedaliero di un minore "maturo":

- È opportuno che almeno uno dei due medici (proponente o convalidante) sia lo specialista del SNPIA territoriale o lo specialista del reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera "00. RR." di Foggia.
- Nell'attesa che il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera "00. RR." di Foggia venga adeguatamente attrezzato per accogliere i pazienti in TSO (resta, comunque, la sede di elezione per i TSV), in via eccezionale, per casi particolari e previ accordi tra i Servizi, il ricovero obbligatorio (ma solo per i pazienti provenienti dal territorio del Comune di Foggia e dell'Area Centro dell'ASL FG) può essere espletato presso il SPDC ubicato all'interno dell'Azienda

Ospedaliera "00. RR." di Foggia. Per quanto riguarda, invece, i pazienti provenienti dal territorio dell'Area Nord o dal territorio dell'Area Sud dell'ASL FG, sarà necessario che lo SNPIA territoriale si rivolga, nel primo caso, al SPDC dell'Ospedale di S. Severo o, nel secondo caso, al SPDC dell'Ospedale di Manfredonia.

- Il SNPIA territoriale deve essere attivamente coinvolto durante la degenza nel processo di gestione del caso e per garantire la continuità assistenziale post-dimissione.

## **12) Diagrammi di flusso delle procedure e relativi standard (risultati da garantire, risultati auspicabili, errori da evitare, chi fa che cosa, tempi)**

### **Accertamento sanitario obbligatorio (ASO)**

Un medico riceve una segnalazione riguardante la situazione di una persona di cui si ha il “ <i>fondato sospetto</i> ” che abbia “ <i>alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici</i> ” (Legge
--

833/78, art. 34, comma 4°) e non è possibile il contatto con un Servizio Psichiatrico Territoriale (situazione di inavvicinabilità)

(TABELLA 1)

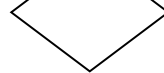


La situazione di inavvicinabilità deve essere verificata attraverso iniziative ripetute del medico (è opportuno che “*in primis*” sia coinvolto il medico di medicina generale) di entrare in contatto con il presunto paziente (se non conosciuto) o con paziente psichiatrico già conosciuto ma non attualmente in contatto con il CSM competente per territorio.

Attivazione diretta o indiretta degli elementi della rete sociale della persona in oggetto per favorire il contatto che porti ad una valutazione psichiatrica



Il contatto riesce?



si



Si interrompe la procedura

No



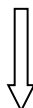
(TABELLA 2)

(CONTINUA DELLA PAGINA PRECEDENTE)



Il Sindaco emette l'ordinanza di ASO e dà mandato alla Polizia Municipale per l'esecuzione della stessa.

(TABELLA 2)



La Polizia Municipale attiva il CSM competente per territorio per l'assistenza da parte del Personale di questo Servizio, durante il trasporto del paziente a mezzo ambulanza del Servizio 118, presso il luogo dell'accertamento

(TABELLA 3)

La persona oggetto dell'ASO viene contattata e accompagnata dalla Polizia Municipale (a mezzo ambulanza del Servizio 118) nel luogo indicato nell'ordinanza (CSM, Pronto Soccorso, domicilio). Qualora l'ASO venisse effettuato a domicilio, devono essere garantite le condizioni d'idoneità alla valutazione e di sicurezza di tutte le persone coinvolte

(TABELLA 4)

Valutazione da parte del Dirigente Medico Psichiatra del DSM

(TABELLA5 )

(TABELLA 1)

L'ASO può essere proposto sia da un medico del DSM che da qualunque altro medico abilitato all'esercizio della professione, dopo che questi ha ricevuto informazioni riguardanti una persona (da parte di conoscenti/familiari, medico di medicina generale, Servizi Sociali, Forze dell'Ordine, ecc.) che sono tali da deporre a favore della presenza di una grave condizione psicopatologica con necessità di cure.

E' opportuno individuare alcune situazioni tipo che occorre differenziare al fine di poter attivare azioni appropriate:

- a) nel corso di una visita domiciliare urgente la persona si allontana dall'abitazione oppure si rifiuta di aprire la porta (di casa o della propria camera).
- b) non è disponibile a concordare appuntamenti o li diserta ripetutamente oppure si allontana al momento dell'incontro rendendosi irrintracciabile.
- c) si rende ripetutamente irreperibile.

Il ricorso all'ASO è consentito anche nel caso in cui la persona, già sottoposta a visita da parte di un medico si sottragga attivamente ad un'ulteriore valutazione sanitaria. Ciò può verificarsi in due situazioni:

1. In seguito ad una proposta di TSO la persona non si rende più disponibile ad una seconda visita (utile alla convalida o meno della proposta).
2. Il medico che l'ha visitato non è uno psichiatra e, pertanto, può legittimamente nutrire dei dubbi circa la reale sussistenza dei requisiti previsti dalla Legge n.833/78 per avanzare una proposta di TSO ritenendo quindi necessaria una valutazione specialistica, alla quale però la persona non acconsente.

(TABELLA 2)

Deve essere precisata la motivazione della richiesta, con elementi raccolti da fonti affidabili tali da sostenere il sospetto di un grave disturbo psichico che richieda interventi urgenti. Si può eventualmente, inserire nella richiesta:

- a. sommario elenco delle iniziative prese per entrare in contatto con il cittadino.
- b. informazioni per rintracciarlo

(TABELLA 3)

L'ordinanza contiene indicazioni sulla persona, il luogo della valutazione e il Servizio che la eseguirà.

(TABELLA 4)

Negli orari e nei giorni di chiusura del CSM, l'ASO dovrà essere effettuato ( a cura del consulente del SPDC) presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR" di Foggia e durante il trasporto del paziente presso tale sede, il personale sanitario presente all'interno dell'ambulanza sarà solo il personale infermieristico del Servizio 118.

Precauzioni per un approccio corretto alla persona oggetto di ASO:

- garantire il rispetto della dignità della persona;
- garantire la sicurezza degli operatori sanitari e delle altre persone coinvolte.

Per raggiungere questi due obiettivi utilizzare le informazioni disponibili, se la persona è già conosciuta da un CSM o le indicazioni generali di buona pratica clinica suggerite dall'esperienza degli operatori sanitari.

In caso di persistente opposizione della persona a salire sull'ambulanza, spetta al personale della Polizia Municipale, esercitare, secondo un approccio che sia comunque rispettoso della dignità della persona, gli eventuali atti di coazione fisica per mettere "a disposizione" il soggetto per l'accertamento del medico psichiatra del DSM.

(TABELLA 5)

Sintesi della valutazione e relative iniziative:

- Non necessita di trattamento psichiatrico (eventualmente invio ad altri Servizi presenti del distretto Socio-Sanitario);
- Ricontra la presenza di disturbi psichici degni di attenzione e attivazione di un Servizio di Salute Mentale (se non già attivato) concordandolo con il paziente;
- Situazione di urgenza che richiede un immediato intervento in degenza ospedaliera o con programmi extra ospedalieri;
- diagnosi clinica di malattia organica che richiede l'intervento del medico di medicina generale o di altro specialista;
- proposta di TSO extraospedaliero od ospedaliero.

## STANDARD

- Risultati da garantire*
- Valutazione della persona per la quale esiste il fondato sospetto che sia affetta da gravi disturbi psichici;
  - Attivazione del CSM competente per territorio oppure avvio delle procedure al fine di far fronte ad un bisogno psichiatrico per il quale si renda necessario un intervento urgente;

- Risultati auspicabili*
- Coinvolgere, quando possibile, il medico di medicina generale per la verifica dell'inavvicinabilità della situazione e per la proposta di ASO, nonché per favorire il contatto con il Dirigente Medico Psichiatra del CSM;
  - Chiarire con il paziente e/o con i familiari il senso delle procedure attivate finalizzate a motivare il paziente ad una partecipazione volontaria al procedimento diagnostico o al trattamento necessario;
  - Valutare la situazione di vita del paziente e riconoscere lo stato di allarme in atto, al fine di attivare una strategia per superarlo.

#### *Errori da evitare*

La procedura ASO non è corretta nei casi in cui il Dirigente Medico ha potuto visitare la persona (a meno che il cittadino si rifiuti di sottoporsi alla visita di convalida del TSO) nei casi in cui il medico di medicina generale o il medico del CSM ha avanzato una richiesta solo sulla base di quanto riferito da altre persone, senza prima tentare un contatto diretto, nei casi in cui è comunque possibile accedere al paziente anche nei casi eccezionali di urgenza in cui, a causa di un pericolo immediato per la salute o per la vita dell'interessato o di altre persone, sia necessario mettere in atto azioni appropriate e non differibili (art.54 CP: "Stato di necessità").

Altri errori da evitare:

- esercitare una coercizione maggiore della minima necessaria ad ottenere il risultato;
- dare false spiegazioni sulla natura dell'accertamento.

#### *Chi fa che cosa*

- il medico di medicina generale è opportuno che sia coinvolto "in primis" e, prima di avanzare la proposta, deve tentare un contatto;
- il medico proponente ed il medico che compie la valutazione richiesta possono coincidere quando l'iniziativa partono dal CSM di competenza;
- il Sindaco, per l'ordinanza;
- La Polizia Municipale, per l'esecuzione dell'ordinanza;
- il personale sanitario del CSM che affianca la Polizia Municipale, per facilitare il contatto necessario alla valutazione psichiatrica.

#### *Tempi*

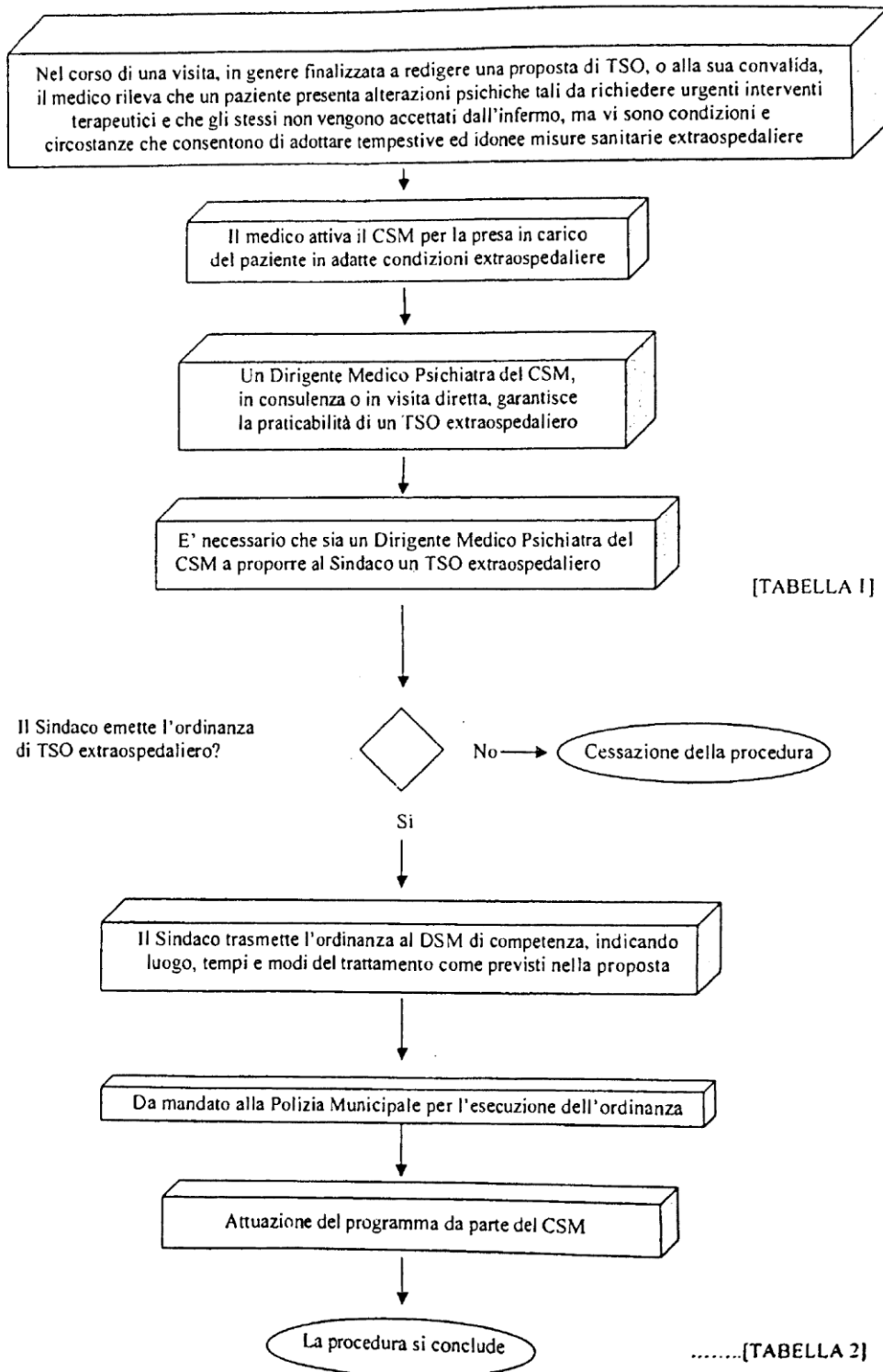
Il Sindaco ha 48 ore per emanare l'ordinanza in seguito della proposta.

Se l'ASO non viene effettuato entro le 48 ore successive all'ordinanza, questo deve essere rinnovata con una nuova proposta motivata (anche con eventuali suggerimenti) per superare gli ostacoli che hanno impedito l'effettuazione).





## Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) extraospedaliero



[TABELLA 1]

Proposta motivata rispetto alla presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, che non sono accettati dal paziente e alla presenza delle condizioni e delle circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Sebbene la normativa non lo preveda obbligatoriamente, al fine di assicurare la migliore valutazione possibile, è necessario che la proposta di TSO extraospedaliero sia effettuata da un medico psichiatra del CSM.

Descrizione degli interventi fatti per motivare il paziente a un trattamento volontario.

Informazioni sul paziente e sulla sua reperibilità.

Eventuali precauzioni che devono essere adottate dalla Polizia Municipale

[TABELLA 2]

Esiti della procedura:

- Dichiarazione di impraticabilità del TSO extraospedaliero.
- La revoca del TSO extraospedaliero prima della scadenza nel caso fossero decadute le condizioni che l'hanno motivato (ad esempio ritrovato consenso al trattamento).
- La revoca del TSO extraospedaliero ed eventuale trasmissione della proposta di TSO ospedaliero nel caso che, oltre alla presenza delle prime due condizioni previste dalla Legge per richiedere quest'ultimo provvedimento, non fossero più presenti le condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere;
- Scadenza del TSO extraospedaliero;
- Proposta al Sindaco di proroga del TSO extraospedaliero;
- Cessazione del TSO extraospedaliero per la cessazione delle condizioni che hanno richiesto l'obbligo del provvedimento.

STANDARD

*Risultati da garantire*

Avviare un intervento terapeutico secondo un programma definito dal Centro di Salute Mentale la cui applicazione possa essere verificata dallo stesso, con la possibilità di valutarne gli effetti introducendo via via le opportune modifiche. Mantenere la comunicazione con il paziente, anche per chiarire le finalità della procedura e motivarlo alla collaborazione.

*Risultati auspicabili*

Passaggio al trattamento sanitario volontario nel minor tempo possibile.

*Errori da evitare*

Inganno del paziente con false informazioni.

Utilizzo di mezzi coercitivi sproporzionati rispetto alla necessità di garantire il programma.

*Chi fa che cosa*

Il medico proponente: fa proposta motivata al Sindaco, indica le condizioni (tempi, luoghi, personale) per il TSO extraospedaliero, contatta ed ottiene la collaborazione del CSM per l'attuazione del programma.

Il Sindaco, accogliendo la proposta medica motivata, dispone il TSO extraospedaliero ed attiva la Polizia Municipale per l'esecuzione.

La Polizia Municipale garantisce la messa in atto della ordinanza sindacale collaborando con il CSM.

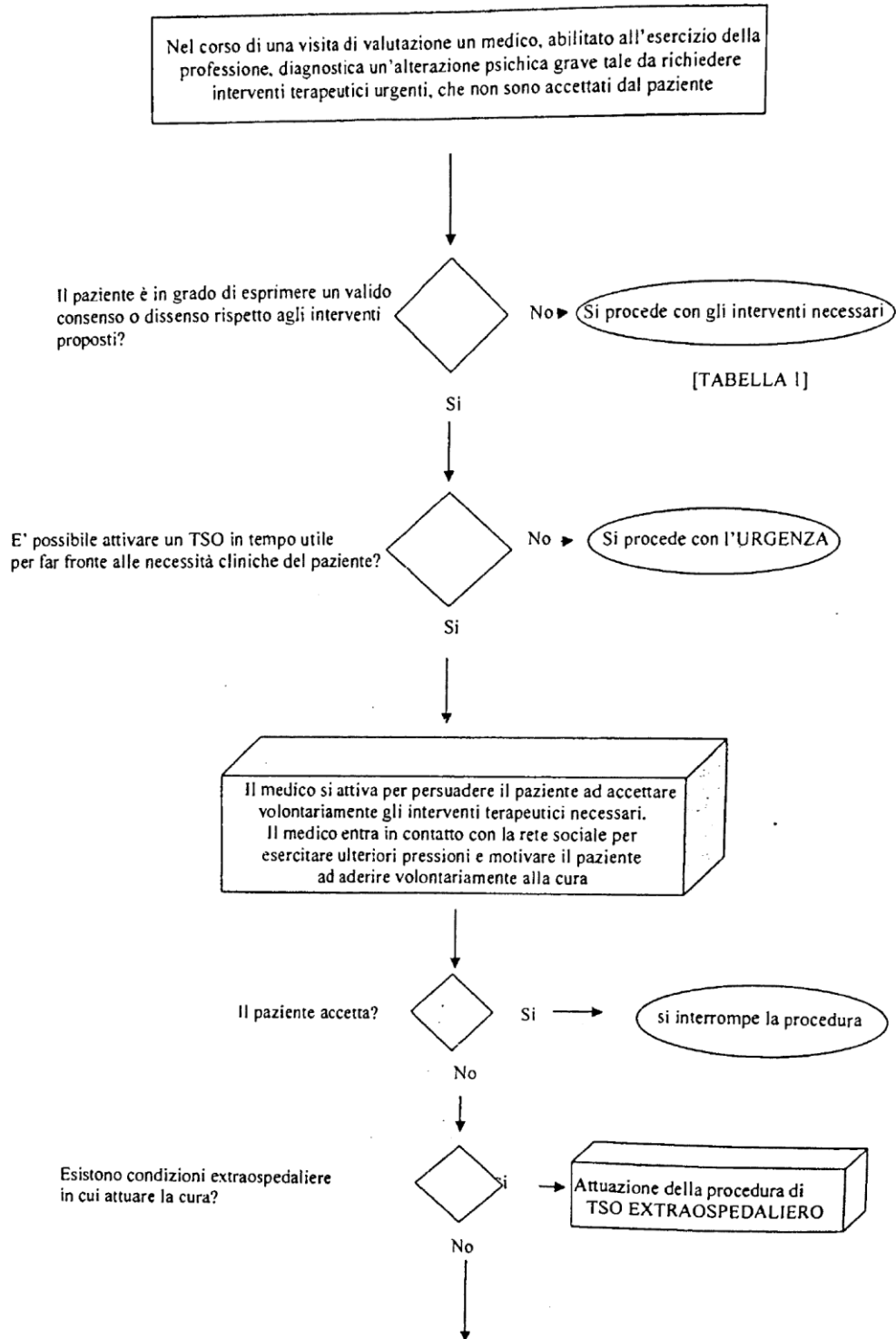
Il CSM attua il programma terapeutico chiedendo eventualmente l'intervento della Polizia Municipale per il ripristino delle condizioni indicate nell'ordinanza.

*Tempi*

Se il programma non viene avviato entro le 48 ore successive all'ordinanza, questa deve essere rinnovata con una nuova proposta motivata (anche con suggerimenti per superare gli ostacoli che hanno impedito l'avvio del programma).

Durata di validità dell'ordinanza: 7 giorni dall'avvio del programma terapeutico, rinnovabili.

## Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) Ospedaliero



(CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE)

Il medico formula la proposta motivata di TSO e la invia al DSM per richiedere l'intervento del Dirigente Medico del DSM per la convalida (in caso di chiusura del CSM il paziente potrà essere condotto presso il Pronto Soccorso per essere sottoposto a consulenza dal medico del SPDC)

[TABELLA 2]

Il Dirigente Medico del DSM (del SPDC, in consulenza presso il Pronto Soccorso, in caso di chiusura del CSM) interviene per la visita di convalida

Il paziente si sottrae attivamente?

Si

Procedere con l'ASO

No

Lo psichiatra del DSM conferma l'esistenza delle condizioni necessarie per attivare il TSO?

Si

No

Fine della procedura

Certificato di convalida

[TABELLA 2]

Il DSM provvede a far pervenire al Sindaco, per mezzo della Polizia Municipale, la doppia certificazione per il TSO e l'informazione riguardo il SPDC con disponibilità di posto letto e in cui deve essere effettuato il TSO

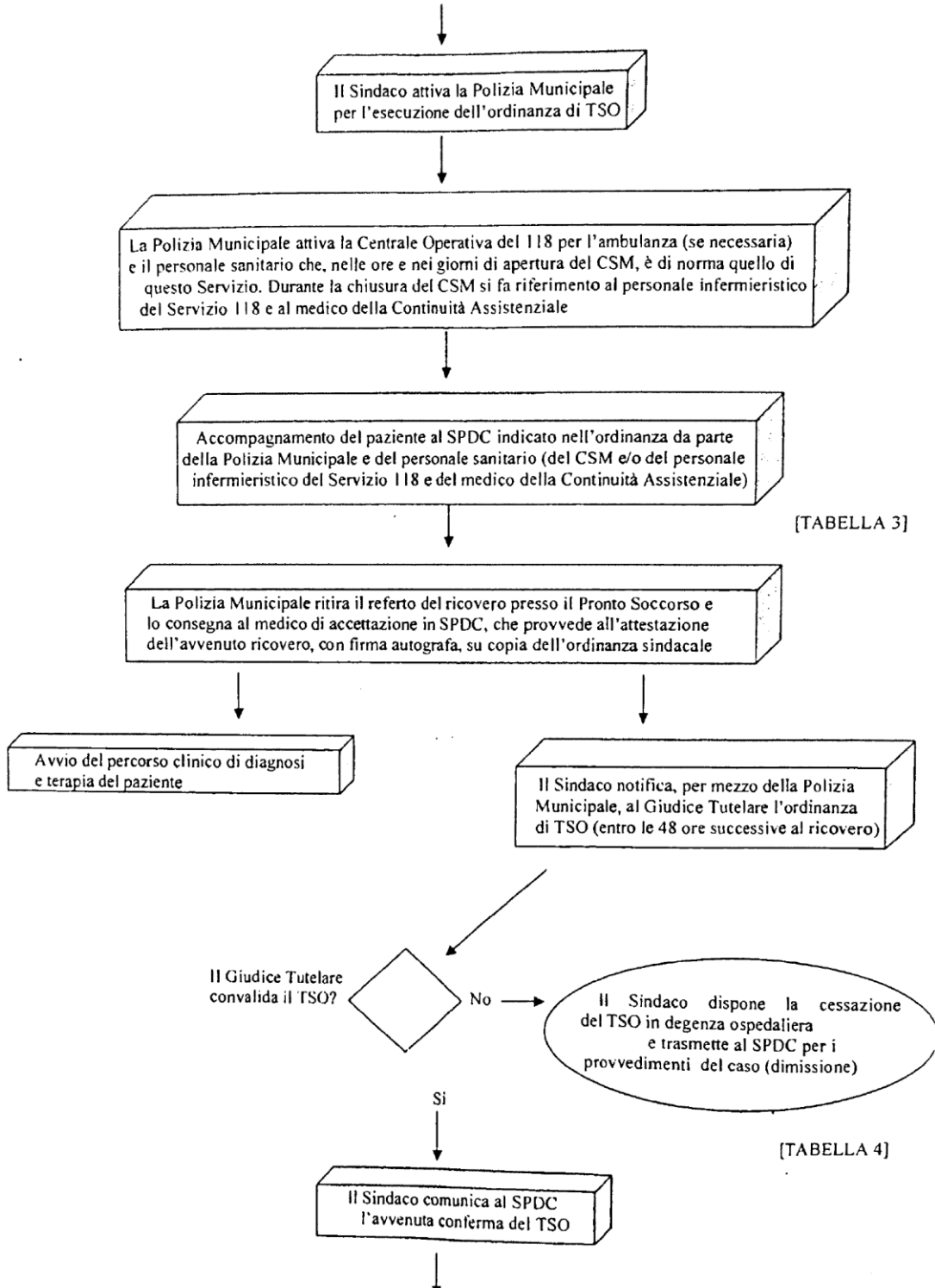
Il Sindaco emette l'ordinanza di TSO?

Si

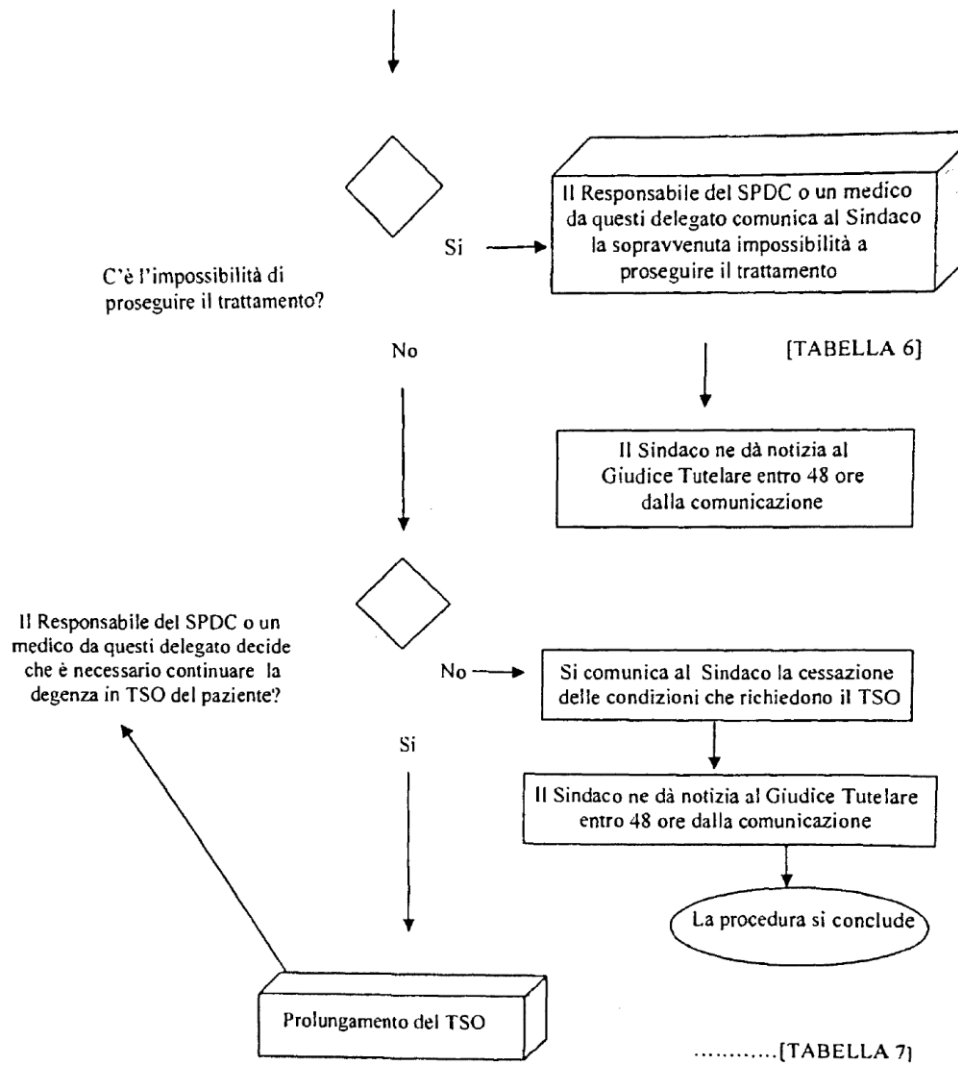
No

Fine della procedura.  
Il Sindaco ne da comunicazione al DSM

(CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE)



(CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE)



[TABELLA 1]

Lo stato confusionale e un grave deterioramento mentale di natura demenziale escludono la capacità di esprimere un valido consenso o dissenso. Altre condizioni psicopatologiche possono incidere sulla capacità ma non sono facilmente valutabili in tempi brevi senza esami clinici e strumentali accurati e ripetuti.

[TABELLA 2]

Proposta e convalida motivate:

motivazione rispetto alla sussistenza delle tre condizioni per il TSO in degenza ospedaliera:

- "se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici,"
- "se gli stessi non vengono accettati dall'infermo",
- "se non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere".

Nel testo della certificazione è opportuno introdurre, oltre che l'elenco degli elementi anamnestici e psicopatologici che descrivono la natura del disturbo psichico e le ipotesi sugli interventi terapeutici che si ritengono urgenti, anche l'illustrazione della strategia messa in atto per ottenere il consenso del paziente.

[TABELLA 3]

Ruolo e compiti della Polizia Municipale e del personale sanitario:

- la Polizia municipale ha la titolarità dell'esecuzione della procedura di TSO in tutta la fase di ricerca del paziente e del suo accompagnamento al luogo dove inizierà il trattamento;
- al personale sanitario spetta la collaborazione assistenziale per tutti gli interventi sanitari che si rendessero necessari.

[TABELLA 4]

Dalla cessazione del TSO in degenza ospedaliera consegue:

- Dimissione: viene attivato il CSM, se necessario;
- Ricovero volontario;
- Una situazione di urgenza psichiatrica non permette la dimissione (vedi URGENZA).

[TABELLA 5]

"Se il provvedimento di TSO è disposto dal Sindaco di un Comune diverso da quello di residenza del paziente, ne va data comunicazione al Sindaco di questo ultimo Comune, nonché al Giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il Comune di residenza. Se il provvedimento è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al Consolato competente tramite il Prefetto".

[TABELLA 6]

Cause della sopravvenuta impossibilità a proseguire il TSO:

- fuga del paziente;
- trasferimento in reparto medico o chirurgico per prevalenti disturbi somatici;
- decesso del paziente.

[TABELLA 7]

Richiesta prolungamento di TSO, oltre il settimo giorno (per iniziativa del Responsabile del SPDC), da inviare al Sindaco in tempo utile (due giorni prima della scadenza del TSO); richiesta motivata (vedi Tabella 2).

Ordinanza del Sindaco.

Notifica al Giudice tutelare per la convalida.



## STANDARD

### *Risultati da garantire*

- Avviare un intervento terapeutico in condizioni di continuità assistenziali sulle 24 ore in condizioni di sicurezza, con il rispetto della dignità della persona.
- Mantenere la comunicazione con il paziente, anche per chiarire le finalità delle procedura e motivarlo alla collaborazione.

### *Risultati auspicabili*

Passaggio dal TSO al Trattamento Sanitario Volontario nel minor tempo possibile.

### *Errori da evitare*

Spettacolarizzazione della cattura.

Inganno del paziente con false informazioni.

Utilizzo di mezzi coercitivi sproporzionati rispetto alla necessità di garantire l'integrità del paziente e degli operatori

### *Chi fa che cosa*

Medico proponente il provvedimento (un qualunque medico abilitato alla professione) e medico convalidante (Dirigente Medico Psichiatra del DSM).

Sindaco per l'Ordinanza.

Polizia Municipale per l'esecuzione dell'Ordinanza.

Giudice Tutelare per la convalida o meno del TSO.

Operatori sanitari ASL (CSM e/o Servizio 118 e Continuità Assistenziale) per assistenza durante la fase esecutiva.

Servizio presso cui avviene il ricovero: accettazione; interventi di diagnosi e terapia (eventualmente concordati con il medico curante); richiesta di prosecuzione del TSO (Responsabile del SPDC o medico da questi delegato); comunicazione di cessazione del TSO; comunicazione di impossibilità di prosecuzione del TSO.

### *Tempi*

Ordinanza di TSO da parte del Sindaco: entro 48 ore dall'avvenuta convalida.

Notifica da parte del Sindaco, al Giudice tutelare: entro 48 ore dall'avvenuto ricovero.

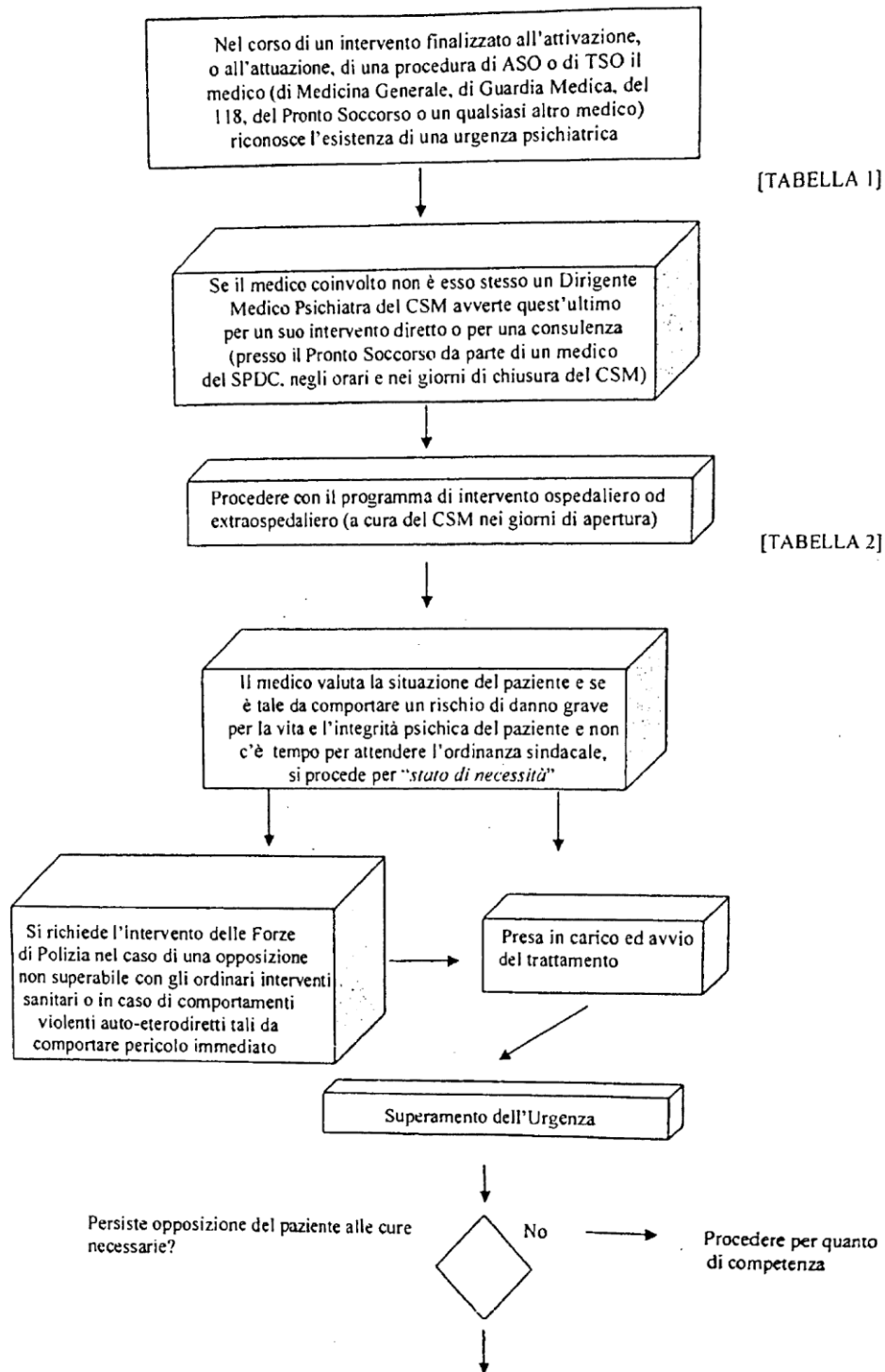
Convalida (o non convalida) del TSO, da parte del Giudice Tutelare: entro 48 ore dalla notificazione del Sindaco.

Durata del ricovero per TSO: 7 giorni, rinnovabili.

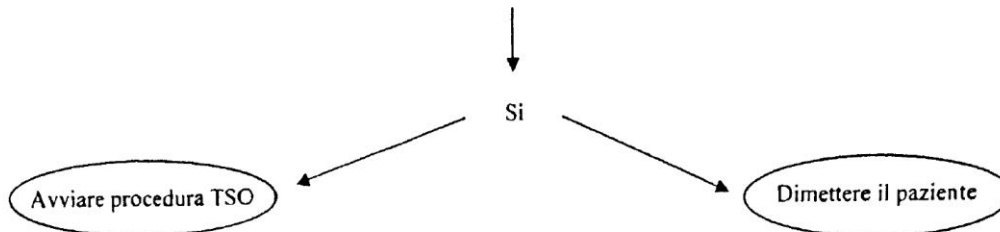
Richiesta di rinnovo, "in tempo utile": al quinto giorno di ricovero.

Se il programma non viene avviato entro le 48 ore successive all'ordinanza questa deve essere rinnovata con una nuova richiesta motivata (anche con i suggerimenti per superare gli ostacoli che hanno impedito l'avvio del programma).

## URGENZA



(CONTINUA DA PAGINA PRECEDENTE)



**TABELLA 1)**

Occorre escludere urgenze mediche, chirurgiche o tossicologiche;  
comportamenti di tipo delinquenziale;  
situazioni in cui prevale la protesta in un contesto di conflitto sociale.

**[TABELLA 2]**

Le circostanze e valutazioni che obbligano il medico a interventi sanitari: quelli in cui un'omissione potrebbe produrre un danno grave alla salute del paziente. Ad essi fa riferimento il C.P. agli articoli 51 (Adempimento di un dovere), e 54 (Stato di necessità). Gli obblighi discendono, oltre che dalle norme deontologiche, anche dagli articoli del C.P. che precisano la qualità dell'omissione di cui può rendersi colpevole il medico: art. 328 (Rifiuto od omissione di atti di ufficio), 593 (Omissione di soccorso), ed eventualmente il 591 (Abbandono di persona incapace).

In caso di violenza auto-eterodiretta tale da comportare pericolo immediato, il ricorso alla coazione fisica da parte della Polizia Municipale e/o delle Forze dell'Ordine è pienamente giustificato sulla base dell'art. 51 C.P. (Adempimento di un dovere), art. 54 C.P. (Stato di necessità), art. 593 C.P. (Omissione di soccorso)

**STANDARD**

*Risultati da garantire*

Realizzare un intervento che ponga termine alla situazione di urgenza, rispondendo al bisogno psichiatrico del paziente che comporta un rischio per la vita o un rischio di grave danno dell'integrità psichica.

Affrontare l'allarme sociale, nel gruppo ristretto o nella comunità, eventualmente associato alla situazione di urgenza, ed avviarlo a soluzione.

Riconoscere il diritto all'autodeterminazione del paziente appena ne vengano ripristinate le condizioni psicologiche, mettendo in atto le garanzie previste dalla Legge.

*Risultati auspicabili*

Ottenere la collaborazione del paziente in ogni momento dell'attuazione del programma di intervento terapeutico.

*Errori da evitare*

Affrontare con strumenti psichiatrici una situazione che non è psichiatrica.

Non riconoscere il disturbo mentale presente.

*Chi fa che cosa,*

Il medico intervenuto presso il paziente. Il Servizio 118 o il Servizio di Guardia Medica.

Il Servizio Psichiatrico in grado di realizzare l'intervento necessario.

La Polizia Municipale o le Forze dell'Ordine, in caso di violenza agita da parte del paziente.

*Tempi.*

Il tempo minore possibile

In data 12 maggio 2014 i soggetti di seguito richiamati approvano e sottoscrivono, in via definitiva, il presente protocollo d'intesa sulle procedure di intervento per l'effettuazione degli A.S.O. e dei T.S.O per malattia mentale nel Comune di Foggia, con decorrenza immediata.

Il Direttore Generale dell'ASL FG, il Direttore del DSM dell'ASL FG e il Direttore del Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza dell'ASL FG si impegnano, in ottemperanza a quanto previsto nella DGR del 4 agosto 2009, n. 1499 e nella DGR del 12 luglio 2011, n. 1620, a promuovere una applicazione omogenea ed uniforme, sull'intero territorio dell'ASL FG, delle suddette procedure, attraverso l'adozione di altri protocolli locali analoghi nel resto della Provincia di Foggia, costituendo la presente intesa un valido modello su cui basarsi per la relativa stesura.

Il Sindaco del Comune di Foggia, l'Assessore alla Sicurezza e alla Polizia Municipale del Comune di Foggia e il Comandante della Polizia Municipale del Comune di Foggia, con l'intento di favorire la realizzazione di un tale obiettivo, provvederanno ad interessare le istituzioni omologhe insistenti sul territorio provinciale, convenendo altresì con tutte le parti firmatarie che il protocollo d'intesa venga trasmesso, a cura del Comune di Foggia, al Prefetto di Foggia e al Giudice Tutelare competente per territorio.

**PER IL COMUNE DI FOGGIA:**

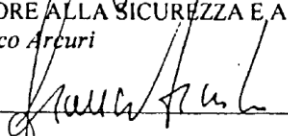
IL SINDACO

Ing. Gianni Mongelli

  
\_\_\_\_\_

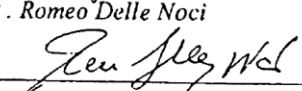
L'ASSESSORE ALLA SICUREZZA E ALLA POLIZIA MUNICIPALE

Dott. Franco Arcuri

  
\_\_\_\_\_

IL COMANDANTE DELLA POLIZIA MUNICIPALE

Dott. Romeo Delle Noci

  
\_\_\_\_\_

**PER L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA:**

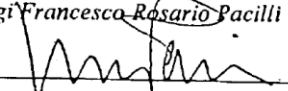
IL DIRETTORE GENERALE

Ing. Attilio Manfrini

  
\_\_\_\_\_

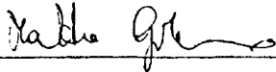
IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Luigi Francesco Rosario Pacilli

  
\_\_\_\_\_

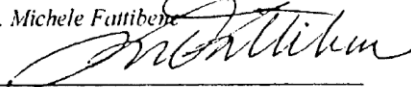
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

*Dott. Matteo Giordano*



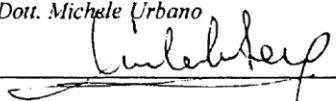
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA

*Dott. Michele Fattibene*



IL DIRETTORE DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI N.1 E N.2 DI FOGGIA

*Dott. Michele Urbano*



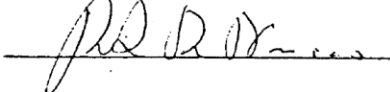
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA DI FOGGIA

*Prof. Antonello Bellomo*



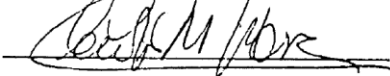
IL DIRIGENTE DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE - UNITÀ OPERATIVA - FOGGIA 1

*Dott.ssa Rita Di Nunzio*



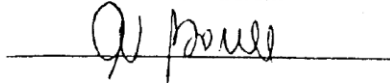
IL DIRIGENTE DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE - UNITÀ OPERATIVA - FOGGIA 2

*Dott. Claudio R. M. Muscato*



IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

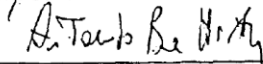
*Dott.ssa Albacenzina Borelli*



**PER L'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA "OO.RR." DI FOGGIA:**

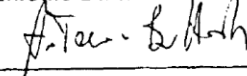
**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

*Dott. Tommaso Moretti*

  
\_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE SANITARIO**

*Dott. Antonio Battista*

  
\_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA**

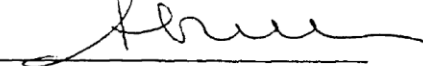
*Prof. Michele D'Ambrosio*

\_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA**

**- CENTRALE OPERATIVA 118 -**


*Dott. Antonio Coniglio*

  
\_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA**

**- MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA -**

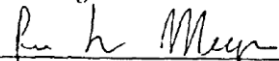
*Dott. Vito Procacci*

  
\_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA**

**- NEUROPSICHIATRIA INFANTILE -**

*Dott. Pierluigi Marzocco*

  
\_\_\_\_\_

## **13- ESTRATTO DAL PROTOCOLLO GENERALE DI CENTRALE OPERATIVA 118**

### **1. Emergenze psichiatriche, ASO e TSO**

L'emergenza psichiatrica è soggetta alle modalità operative previste dal presente protocollo per il codice di patologia C5. La possibilità di ricorrere ad un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per malattia mentale, ai sensi della legge 833/78, è lecito qualora sussistano simultaneamente le seguenti situazioni:

- il paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- mancata accettazione da parte del paziente del progetto terapeutico proposto;
- impossibilità di adottare tempestive misure extraospedaliere.

Dal punto di vista pratico l'attuazione del TSO presuppone tre passaggi operativi:

1. proposta motivata di TSO da parte di un medico;
2. convalida della proposta di TSO da parte di un medico dell'USL territorialmente competente;
3. convalida del TSO da parte del sindaco, o di persona da lui delegata, del Comune ove viene effettuato l'intervento.

Poiché il compito di dare attuazione all'ordinanza del Sindaco spetta alla Polizia Municipale, la presenza ed i compiti del personale sanitario riguardano la sfera della sola tutela della salute dell'infermo di mente. In questo senso i compiti della Centrale Operativa 118 sono quelli di organizzare l'intervento del mezzo di trasporto competente ed allertare il Pronto Soccorso territorialmente competente dell'arrivo del paziente psichiatrico. In ogni caso l'ambulanza del 118 deve garantire solo l'aspetto sanitario e quindi per il tempo strettamente limitato a tale scopo, al fine di garantire l'operatività del mezzo di soccorso primario del territorio competente.

**In caso di paziente psichiatrico ed in assenza di medico psichiatra sul posto, l'eventuale sedazione deve essere effettuata dal medico di postazione 118.**

**L'ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio)** presenta analoghe problematiche ma richiede solo la richiesta di un sanitario di accertamento psichiatrico contro la volontà del paziente unitamente alla convalida del Sindaco.

Per motivi di salvaguardia dell'integrità dell'intero sistema di soccorso territoriale in quanto è necessario garantire la pronta disponibilità del mezzo per eventi successivi nel territorio di competenza, per l'emergenza psichiatrica e l'ASO il mezzo 118 farà riferimento al CIM competente negli orari di apertura o, in caso contrario, al Pronto Soccorso più vicino che, avvertito, potrà attivare consulenza psichiatrica, mentre per il TSO farà riferimento al Pronto Soccorso dell'Ospedale indicato nell'editto del Sindaco, purchè situato nei confini del territorio provinciale di competenza o limitrofo.

Con delibera regionale 1620 del 12 Luglio 2011 si è cercato di stilare un documento di raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche.

A) Nella fascia oraria di apertura, per il CSM risponda alle richieste di intervento urgente su tutto il territorio di competenza, come di seguito riportato:

1) Per utenti già in carico al servizio, ovvero non in carico, sia che facciano ricorso diretto al CSM, sia che chiamino dal domicilio, sia se il servizio sia allertato per interventi sul territorio (luogo di lavoro, strada, ecc.) ma anche richieste provenienti dal P.S. dei presidi ospedalieri ove manchi il servizio di SPDC, il CSM fornisce la valutazione clinica specialistica e compie ogni tentativo possibile di coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento terapeutico.

Sono privilegiati interventi extraospedalieri, per ridurre al minimo il ricorso al ricovero sia volontario che in TSO ove lo ritenga opportuno, il CSM si avvale della collaborazione del 118 per la gestione dell'emergenza-urgenza sia presso la propria struttura, sia al domicilio del paziente, sia ovunque si renda necessario l'intervento.

Il servizio di emergenza territoriale (118) provvede se necessario, all'ospedalizzazione del paziente presso il Pronto Soccorso precedente individuato in sede di organizzazione interna alla ASL definito, Pronto Soccorso competente per territorio. Nel caso in cui nel Pronto Soccorso competente per territorio sia presente il SPDC, il PS richiede la consulenza a quest'ultimo dopo idoneo iter diagnostico per escludere patologie organiche/o da intossicazione, sia accidentale che volontaria da sostanze varie, da farmaci e/o da sostanze d'abuso, che richiedono trattamento in ambiente non psichiatrico.

2) Anche il 118 può richiedere la collaborazione del C.S.M. competente per interventi congiunti e centralizza al P.S. competente per territorio anche se non provvisto di SPDC. Presso questo P.S. dopo idoneo iter diagnostico per escludere altre patologie l'equipe del CSM territorialmente competente fornisce adeguato supporto e collaborazione fino all'eventuale invio del paziente al SPDC di riferimento, o dove è disponibile un posto letto.

3) Il trasporto secondario è a cura del P.S. qualora lo psichiatra consulente lo ritiene necessario, il personale del CSM accompagna il paziente, al fine di partecipare alla gestione del paziente stesso nelle prime fasi del ricovero (anche se volontario), prevenire e/o trattare eventuali comportamenti aggressivi, evitando per quanto possibile eventi avversi (lesioni, infortuni, contenziosi ecc).

4) Il paziente è sempre adeguatamente e chiaramente informato del programma terapeutico, anche quando esso prevede il ricovero in SPDC in TSO.

B) Se il medico Psichiatra ritenga opportuno un intervento di tipo obbligatorio, si avviano le Procedure previste in merito all'applicazione dell'ASO e TSO per malattia mentale, approvato dalla G.R. con provvedimento n° 1499/2009.

**C) Nelle ore notturne e nei festivi o comunque nelle ore di chiusura del C.S.M.**

Il 118 se chiamato (con ordinanza ASO già ottenuta) centralizza al Pronto Soccorso, competente per territorio, e questo provvede, così come per qualsiasi altro utente che faccia ricorso allo stesso Pronto Soccorso del P.O. sede di SPDC, per la consulenza, dopo iter diagnostico per escludere patologie organiche e/o da intossicazione. Se il ricovero si dovesse ritenere necessario è cura del Pronto Soccorso di riferimento organizzare il trasporto



secondario del paziente stabilizzato presso altro SPDC sia nel territorio della ASL che in altre province o anche fuori regione, se nel SPDC di riferimento territoriale non vi è disponibilità di letto.

### **Il trasporto e la scorta**

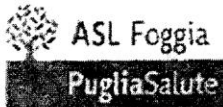
La polizia municipale può essere chiamata a svolgere ulteriori compiti successivi al prelievo: il trasporto e la scorta.

Il trasporto, di regola, deve avvenire su ambulanza, ossia su un veicolo che sia attrezzato per l'adeguata gestione e per la cura del paziente, e dove questi non possa interferire, durante un'eventuale reazione, con la condotta di guida del conducente. Il trasporto su altro veicolo è opportuno solo quando il soggetto da ricoverare, pur consenziente, si rifiuti di salire sull'ambulanza.

Generalmente il personale sanitario richiede la scorta dell'ambulanza ad opera della Polizia Municipale, specie persistendo un atteggiamento di rifiuto della cura da parte del malato, che può richiedere la ripetizione dell'uso della forza (ad esempio, per far scendere il malato dall'ambulanza all'arrivo in ospedale). L'operazione è resa legittima ai sensi dell'articolo 4 della legge quadro sull'ordinamento della Polizia Municipale (legge n. 65/1986), nella parte in cui tratta della regolamentazione dei servizi esterni al territorio. A volte è richiesta la presenza del Vigile all'interno dell'ambulanza. Tale richiesta è giustificabile, quando si verificano situazioni che comportino pericolo di lesioni per il paziente stesso o per gli operatori sanitari. In pratica i Vigili Urbani devono accompagnare l'infermo di mente fino al luogo di cura, anche se fuori dal comune, poiché intervengono nell'esercizio del potere di polizia amministrativa sanitaria, propria dell'autorità locale, e non in quello dell'attività di P.S. (Trattamento Sanitario Obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della Polizia Municipale. Ministero dell'Interno – Circolare n3 del 20 luglio 2001).

SEGUE ALLEGATO 1

0091786|20/09/2021  
|ASL\_FG|N\_400|  
-



Regione Puglia ASL FG  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**  
(Istituita con L. R. 28/12/2006, n.39) - C.F. e P. IVA: 03499370710

**Dipartimento di Salute Mentale ASL FG**  
**U.O.C. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**  
**P.O. San Camillo de Lellis di Manfredonia**  
**Direttore Dr Savino Dimalta**

**U.O.S. Gestione e Organizzazione del Servizio Emergenza Urgenza Territoriale**  
**Dirigente Responsabile dr Carlo Palumbo**

**Al Direttore Generale dell'ASL FG**

**Dr Vito Piazzolla**

**Al Direttore Sanitario dell'ASL FG**

**Dr Antonio G. Nigri**

**Al Direttore del DSM dell'ASL FG**  
**Prof. Antonello Bellomo**

**Al Direttore C.O. 118 Foggia**  
**Dr Stefano Colelli**

**LORO SEDI**

**OGGETTO: Integrazione protocollo C.O. 118 - Gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche, ASO e TSO.**

**RIFERIMENTI NORMATIVI:**

- Legge 23 Dicembre 1978, n. 833;
- Deliberazione della Giunta Regionale del 4 settembre 2009, n° 1499/2009 - " **Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale**" (Art. 33 - 34 - 35 Legge n° 833/78);
- Deliberazione della Giunta Regionale 12 luglio 2011, n° 1620 - " **Documento di raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche**".

A fronte delle frequenti ed improprie ospedalizzazioni nel locale SPDC da parte del Servizio Emergenza-Urgenza 118, noi sottoscritti, dottor Carlo Palumbo e dottor Savino Dimalta, rispettivamente Dirigente Responsabile dell'U.O.S. Gestione e Organizzazione del Servizio Emergenza-Urgenza Territoriale e Direttore della S.C. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del

1

P.O. San Camillo de Lellis di Manfredonia, nella consapevolezza della rilevante complessità della gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche, abbiamo ritenuto indispensabile definire delle procedure di intervento condivise, riportate nel presente protocollo operativo, con l'obiettivo di:

- tutelare, al contempo, il paziente bisognoso di cure, e l'operatore, evitando a quest'ultimo di incorrere in problematiche medico-legali,
- assicurare, ove possibile, cure extra-ospedaliere al fine di ridurre i ricoveri impropri,
- evitare il ricorso inappropriato a procedure e trattamenti estremi, quali ASO e TSO, così come stabilito dalla vigente normativa regionale e nazionale

A tal fine, abbiamo ritenuto di attenerci al Documento di "Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche", allegato alla Deliberazione della Giunta Regionale 12 luglio 2011, n° 1620, di cui riportiamo, qui di seguito, i contenuti di pertinenza.

#### **Gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche**

**A) Nella fascia oraria di apertura, per il CSM risponda alle richieste di intervento urgente su tutto il territorio di competenza, come di seguito riportato:**

1. Per utenti già in carico al servizio, ovvero non in carico, sia che facciano ricorso diretto al CSM, sia che chiamino dal domicilio, sia che il servizio venga allertato per interventi sul territorio (luogo di lavoro, strada, ecc.) ma anche per richieste provenienti dal P.S. dei presidi ospedalieri ove manchi il servizio di SPDC, il CSM fornisce la valutazione clinica specialistica e compie ogni tentativo possibile di coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento terapeutico. Sono privilegiati interventi extra-ospedalieri, per ridurre al minimo il ricorso al ricovero sia volontario che in TSO. Ove lo ritenga opportuno, il CSM si avvale della collaborazione del 118 per la gestione dell'emergenza-urgenza sia presso la propria struttura, sia al domicilio del paziente, sia ovunque si renda necessario l'intervento. Il servizio di emergenza territoriale (118) provvede se necessario, all'ospedalizzazione del paziente nel Pronto Soccorso precedentemente individuato in sede di organizzazione interna alla ASL definito, Pronto Soccorso competente per territorio. Nel caso in cui nel nosocomio del Pronto Soccorso competente per territorio sia presente il SPDC, il PS richiede la consulenza a quest'ultimo dopo idoneo iter diagnostico per escludere patologie organiche/o da intossicazione, sia accidentale che volontaria da sostanze varie, da farmaci e/o da sostanze d'abuso, che richiedono trattamento in ambiente non psichiatrico.
2. Anche il 118 può chiedere la collaborazione del C.S.M. competente per interventi congiunti e centralizza al P.S. competente per territorio anche se non provvisto di SPDC. Presso questo P.S., dopo idoneo iter diagnostico per escludere altre patologie, l'equipe del CSM territorialmente competente fornisce adeguato supporto e collaborazione fino all'eventuale invio del paziente al SPDC di riferimento o dove è disponibile un posto letto.
3. Il trasporto secondario è a cura del P.S. qualora lo psichiatra consulente lo ritiene necessario, il personale del CSM accompagna il paziente, al fine di partecipare alla gestione del pz. stesso nelle prime fasi del ricovero (anche se volontario), prevenire e/o trattare eventuali comportamenti aggressivi, evitando per quanto possibile eventi avversi (lesioni, infortuni, contenziosi ecc).
4. Il paziente deve essere sempre adeguatamente e chiaramente informato del programma terapeutico, anche quando esso prevede il ricovero in SPDC in TSO.

**B) Se il medico Psichiatra ritiene opportuno un intervento di tipo obbligatorio, si avviano le Procedure previste dal Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di ASO e TSO per malattia mentale, approvato dalla G.R. con provvedimento n° 1499/2009.**

**C) Nelle ore notturne e nei festivi o comunque nelle ore di chiusura del C.S.M.**

1. Il 118 - se chiamato - centralizza al Pronto Soccorso competente per territorio e questo provvede, così come per qualsiasi altro utente che faccia ricorso allo stesso Pronto Soccorso, al trasporto secondario direttamente presso il P.O. sede di SPDC per la consulenza, dopo idoneo iter diagnostico per escludere patologie organiche e/o da intossicazione [...].
2. L'autoambulanza ed il personale attendono l'esito della visita specialistica, che non necessariamente esita nel ricovero (volontario o in TSO), per riaccompagnare il paziente al Pronto Soccorso che l'ha in carico.
3. Se il ricovero si dovesse ritenere necessario, è cura del Pronto Soccorso di riferimento organizzare il trasporto secondario del paziente stabilizzato presso altro SPDC sia nel territorio della ASL che in altre province o anche fuori regione, se nel SPDC di riferimento territoriale non vi è disponibilità di posti letto.

## ASO e TSO

### *Garanzie amministrative e giurisdizionali*

Secondo il **Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale**, allegato alla Deliberazione della Giunta Regionale del 4 settembre 2009, n° 1499/2009

La procedura di ASO in cui l'ordinanza del Sindaco rende esecutiva la richiesta del medico, viene a configurare una circostanza in cui la privazione della libertà personale si prevede sia di breve durata e comunque non superiore a quella necessaria a realizzare le condizioni in cui il medico sia messo in grado di valutare lo stato mentale del paziente, decidere la eventuale necessità e forma della presa in carico. L'ASO va effettuato in un luogo facilmente accessibile a testimoni che garantiscano la trasparenza delle procedure attuate; può avvenire al domicilio del paziente, in un servizio territoriale o presso il Pronto Soccorso di un ospedale; non può avvenire in strutture riservate alla degenza ospedaliera.

Per il TSO in degenza ospedaliera è previsto il massimo di garanzia: alla proposta iniziale, motivata, del medico, si deve aggiungere la convalida fatta da un medico appartenente alla unità sanitaria locale, che effettua una seconda valutazione. L'ordinanza del Sindaco attiva la procedura di TSO: nelle 48 ore che il Sindaco ha a disposizione dopo aver ricevuto la certificazione di convalida alla proposta di TSO, egli non deve svolgere nessuna indagine supplementare. L'intervallo di 48 è il tempo massimo in cui un apparato amministrativo deve potersi attivare. La riduzione di questo intervallo al minimo certamente giova ad una rapidità della risposta al bisogno del paziente ed è pertanto in questa direzione che i Comuni dovrebbero muoversi.

Entro le 48 ore successive all'avvenuto ricovero il sindaco fa notificare, a mezzo messo comunale, il proprio provvedimento al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

"Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti " provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento.

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

La durata di sette giorni del TSO in degenza ospedaliera implica la convinzione che questo tempo sia sufficiente a permettere la presa in carico del paziente da parte della rete di servizi, grazie alla collocazione del SPDC nel Dipartimento di cui fanno parte anche i servizi territoriali, al fine di instaurare altre modalità di rapporto con il paziente che favoriscano la libera accettazione della cura, o forme attenuate di intervento obbligatorio come il TSO non ospedaliero; e comunque tali da garantire una continuità terapeutica.

Il TSO in degenza ospedaliera viene considerata dalla legge la forma massima della limitazione della libertà personale.

## Procedure per l'ASO

La proposta di ASO può essere avanzata sia da un medico del DSM che da altro medico specialista in psichiatria o in altra branca. Il **Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale**, a tale proposito, recita:

Il medico del DSM potrà proporre l'ASO solo nei casi in cui:

1. in base alle informazioni avute, appaia legittimo, in scienza e coscienza, ipotizzare la necessità urgente di una (prima o ennesima) valutazione psichica al fine di valutare la necessità di un trattamento psichiatrico ma lo psichiatra non riesca a visitare il cittadino perché ha potuto sperimentare personalmente che la persona in questione (sia essa o meno già conosciuta) si sta sottraendo attivamente al contatto (allontanamento al momento dell'incontro, chiusura e rifiuto di permettere il contatto, non disponibilità a concordare appuntamenti associata o meno a ripetute irreperibilità)
2. nel caso in cui, pur avendo potuto visitare il paziente in qualità di medico proponente il TSO, non sia stato in grado di attivare una seconda visita per la convalida prevista dalla legge, per il rifiuto attivo del paziente.

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.

Per l'ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio), diversamente dal TSO, è prevista solo la richiesta motivata di accertamento dello stato psichico, contro la volontà del paziente, da parte di un medico unitamente all'ordinanza del Sindaco del Comune in cui questi si trova.

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.

Per motivi di salvaguardia dell'integrità dell'intero sistema di soccorso territoriale, essendo necessario garantire la pronta disponibilità del mezzo per successivi interventi nel territorio di competenza, per l'ASO il medico dell'automezzo del 118 deve fare riferimento al CSM competente, nell'orario di apertura e, nell'orario di chiusura, al Pronto Soccorso più vicino che, avvertito, deve richiedere tempestivamente la consulenza psichiatrica. In tutti i casi, è necessario che il paziente venga accompagnato in Pronto Soccorso da un medico al fine di rendere meno traumatico il procedimento.

## Procedure per il TSO

Il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per malattia mentale, ai sensi della legge 833/78, è lecito:

- a) "solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici";
- b) "se gli stessi non vengano accettati dall'infermo";
- c) "se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere".

Condizione essenziale per l'attivazione è che la proposta sia convalidata dalla certificazione di un medico, della Azienda sanitaria pubblica, che faccia, di persona, una seconda valutazione e la descriva in modo da motivare la convalida.

Dal punto di vista pratico l'attuazione del TSO presuppone dunque tre passaggi operativi:

1. la **proposta motivata di TSO** unitamente alla relazione medica sullo stato psichico della persona oggetto del trattamento redatta da un medico del DSM o da un medico di continuità assistenziale, di medicina generale o del servizio di emergenza-urgenza del 118;
2. la **convalida della proposta di TSO** da parte di un medico dell'ASL territorialmente competente che dovrà indicare il SPDC ove è disponibile il posto letto;
3. l'**ordinanza di TSO del Sindaco** o di persona da lui delegata del Comune ove viene effettuato l'intervento.

Riguardo l'esecuzione dell'ordinanza del Sindaco di TSO il suddetto "Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" precisa:

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

Quindi la Polizia municipale è presente per tutta la fase di attuazione del TSO, fino al ricovero in SPDC, esercitando ogni sollecitazione necessaria per convincere il paziente a collaborare, nel rispetto della dignità della persona.

Poiché il compito di dare attuazione all'ordinanza del Sindaco spetta alla Polizia Municipale, i compiti del personale sanitario sono dunque quelli di "garantire l'intervento sanitario pubblico necessario per l'attuazione del TSO" dell'infermo di mente. Nello specifico, i compiti della Centrale Operativa 118 sono quelli di organizzare l'intervento del mezzo di trasporto ed allertare il Pronto Soccorso territorialmente competente dell'arrivo del paziente psichiatrico. In ogni caso, l'intervento dell'ambulanza del 118 non può protrarsi oltre il tempo strettamente necessario ad assicurare l'operatività per il soccorso primario del territorio competente. In assenza del medico psichiatra sul posto, l'eventuale sedazione compete al medico di postazione del 118.

In estrema sintesi, si ricorda che:

1. *la Centrale Operativa dell'Emergenza Sanitaria Territoriale del 118 deve ospedalizzare i pazienti per "sospetta acuzie psichiatrica", per consulenza psichiatrica, nel Pronto Soccorso competente per territorio;*
2. *nel caso i Medici del Pronto Soccorso competente per territorio ritenessero indispensabile il trasporto nel P.O. sede di S.P.D.C. per una consulenza psichiatrica, dopo idoneo iter diagnostico volto ad escludere patologie organiche e/o intossicazione, provvedono al trasporto ed attendono l'esito della visita specialistica per riaccompagnare il paziente al Pronto Soccorso competente per territorio che l'ha in carico nel caso lo specialista psichiatra non ritenesse necessario il ricovero;*
3. *nei giorni e negli orari di apertura dei Centri di Salute Mentale, dovrà essere un medico appartenente all'equipe del CSM territorialmente competente ad effettuare l'accertamento sanitario obbligatorio mentre nei giorni o negli orari di chiusura dei Centri di Salute Mentale tale adempimento spetta allo specialista psichiatra di turno del S.P.D.C. cui afferisce il Comune di residenza della persona.*

**Si ricorda infine che sono territori di competenza del S.P.D.C. del P.O. di Manfredonia i Comuni afferenti al CSM CERIGNOLA/MANFREDONIA**

**SEDE di CERIGNOLA – telefono: 0885/419724**

- Carapelle, Cerignola, Ortona, Orta Nova, Stornara e Stornarella.

**SEDE di MANFREDONIA – telefono: 0884/510381**

- Manfredonia, Mattinata, Monte Sant'Angelo e Zapponeta.

Al fine di facilitare l'individuazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) competente per territorio per i pazienti non appartenenti ai Comuni afferenti al CSM Cerignola/Manfredonia si riportano qui di seguito i Centri di Salute Mentale, i comuni loro afferenti ed i rispettivi Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura:

**C.S.M. DI FOGGIA**

FOGGIA - telefono: 0881/884288 – 0881/884277

Comuni afferenti: Troia - Accadia - Anzano Di Puglia - Ascoli Satriano - Bovino - Candela - Castelluccio De' Sauri - Castelluccio Valmaggiore - Celle San Vito - Deliceto - Faeto - Monteleone Di Puglia - Orsara Di Puglia - Panni - Rocchetta Sant'Antonio - Sant'Agata Di Puglia - Troia.

Comuni afferenti: Lucera - Alberona - Biccari - Carlantino - Casalnuovo Monterotaro - Casavecchio Di Puglia - Castelnuovo Della Daunia - Celenza Valfortore - Lucera - Motta Montecorvino - Pietramontecorvino - Roseto Valfortore - San Marco La Catola - Volturara Appula - Volturino.

**I pazienti residenti nei territori su menzionati devono pertanto essere ospedalizzati, dopo il transito nel Pronto Soccorso competente per territorio, ove esiste, nel Pronto Soccorso degli Ospedali Riuniti di Foggia per la consulenza specialistica psichiatrica.**



**CENTRO DI SALUTE MENTALE SEDE SAN SEVERO**

telefono: 0882 200213

**Comuni afferenti:** Apricena - Chiusi - Lesina - Poggio Imperiale - San Paolo Di Civitate - San Severo - Serracapriola - Torremaggiore - San Nicandro - San Marco in Lamis - San Giovanni Rotondo - Cagnano Varano - Carpino - Ischitella - isole Tremiti - Peschici - Rodi Garganico - Vico Del Gargano - Vieste.

I pazienti residenti nei territori su menzionati devono pertanto essere ospedalizzati, dopo il transito nel Pronto Soccorso competente per territorio, ove esista, nel Pronto Soccorso del P.O. di San Severo per la consulenza specialistica psichiatrica.

MANFRFEDONIA 30.08.2021

U.O.S. Gestione e Organizzazione del Servizio  
Emergenza Urgenza Territoriale  
Dirigente Responsabile dr. Carlo Palumbo

U.O.C. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura  
P.O. San Camillo de Lellis di Manfredonia  
Direttore Dr. Sandro Di Gaia

**OSPEDALI RIUNITI**  
Azienda Ospedaliero-Universitaria - Foggia  
U.O.C. CENTRALE OPERATIVA  
EMERGENZA-URGENZA 118  
Dr. RAFFAELE CASTELLANO  
Direttore Medico

**POLICLINICO RIUNITI**  
Azienda Ospedaliero-Universitaria - Foggia  
S.C. Centrale Operativa 118  
Coordinatore infermieristico  
Dott. Francesco MANSI

**POLICLINICO RIUNITI**  
Azienda Ospedaliero-Universitaria - Foggia  
S.C. Centrale Operativa 118  
Direttore  
Dr. Stefano COLELLI

Prof. Dr. ANTONELLO BELLOMO  
Specialista in  
Psichiatria e Psichiatria Forense  
Direttore U.O. Psichiatria  
S.P.D.C. - Prov. FOGGIA  
DIRETTORE U.O.  
Prof. Antonello Bellomo



Regione Puglia  
AZIENDA OSPEDALIERA - D.O. Di Foggia  
Psichiatria Universitaria  
Dott. IANNAIO GIULIO

**TERRITORI DI COMPETENZA CSM**

CSM 1 FOGGIA e CSM 2 FOGGIA	SPDC FOGGIA
CSM TROIA	Troia, Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Celle San Vito, Faeto, Deliceto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia
CSM LUCERA	Lucera, Alberona, Biccari, Carlantino, Casalnuovo Monterotaro, Motta Montecorvino, Casalvecchio di Puglia, Castelnuovo della Daunia, Celenza Valfortore, Pietra Montecorvino, Roseto Valfortore, San Marco la Catola, Volturara Appula, Volturino
CSM MANFREDONIA	SPDC Manfredonia Manfredonia, Mattinata, Monte Sant'Angelo, Zapponeta
CSM CERIGNOLA	Cerignola, Stornara, Stornarella, Orta Nova, Ortona, Carapelle
CSM SAN SEVERO	SPDC San Severo Apricena, Chieuti, Lesina, Poggio Imperiale, San Paolo Civitate, San Severo, Serracapriola, Torremaggiore
CSM SAN MARCO in LAMIS (Gargano Sud)	San Nicandro Garganico, San Marco in Lamis, San Giovanni Rotondo, Rignano Garganico
CSM RODI GARGANICO (Gargano Nord)	Cagnano Varano, Carpino, Ischitella, Isole Tremiti, Peschici, Rodi Garganico, Vico del Gargano, Vieste

A  
L  
L  
E  
G  
A  
T  
O