

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria - Deliberazione n. 1379 del 6 agosto 2009 – Raccomandazioni per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario obbligatorio (ASO) - (artt.33 e 34 L. n. 833 del 31/12/1978 e L. n.180 del 13/5/1978): presa d'atto documento.

PREMESSO :

- che l'art. 1 della Legge n.833 del 13/12/1978 afferma che ogni cittadino ha diritto alla tutela della salute fisica e psichica e che tale tutela deve essere attuata rispettando la dignità e la libertà della persona (art. 32 della Costituzione Italiana);
- che l'art. 13 della Costituzione Italiana prevede che ogni trattamento sanitario, deve essere libero e voluto e tende a perseguire il benessere fisico e psichico di un cittadino del quale è inviolabile la libertà individuale;
- che la Legge n.180/78 detta le norme e le procedure per l'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), nel pieno rispetto della dignità e della libertà della "persona", sancendo la titolarità dei diritti anche nei casi di gravi disturbi mentali
- che la Legge 833/78, nel confermare i contenuti della L.180/78 segna una netta discontinuità con il passato in cui il ricovero delle persone con disturbi mentali era basato su considerazioni di ordine pubblico piuttosto che su esigenze di intervento, di cura e riabilitazione;
- che alla luce di quanto poi succedutosi nel tempo con legislazioni regionali e progetti obiettivi nazionali e regionali, la "Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome" del 29 aprile 2009 ha approvato il documento di "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti sanitari obbligatori per malattia mentale – art. 33, 34, 35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833, elaborato dal Gruppo tecnico interregionale della salute mentale;

CONSIDERATO :

- che esistono precise situazioni in cui è possibile derogare a questo principio e quindi attuare obbligatoriamente un trattamento sanitario nei confronti di un cittadino in condizioni specificatamente indicate da alcuni dispositivi legislativi che legittimano il superamento dell'obbligo del consenso cosciente ed informato del paziente, la cui salute deve essere tutelata in quanto bene ed interesse della collettività, oltre che del soggetto stesso;
- che il documento approvato, di cui in premessa, contiene indicazioni e raccomandazioni tese a facilitare l'applicazione, coerente e omogenea su tutto il territorio nazionale, delle procedure ASO e TSO ponendosi nella prospettiva di rimediare alla diversificazione delle procedure nell'esecuzione delle ordinanze per interventi sanitari obbligatori esplicitando e chiarendo l'applicazione delle norme su tutto il territorio della Regione Campania;

RITENUTO:

- che il documento, elaborato dal Gruppo tecnico interregionale della salute mentale ed approvato nella Conferenza delle Regioni e delle Province in data 29 aprile 2009 ha proposto indirizzi conformi alle normative vigenti e rispondono a quanto previsto dal Progetto Obiettivo Regionale 2002-2004 approvato con DGRC 2132 del 20 giugno 2003;
- che le raccomandazioni esposte nei seguenti capitoli :
 - *garanzie amministrative e giurisdizionali;*
 - *procedure per l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO);*
 - *procedure per il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) in degenza ospedaliera;*
 - *procedure per il TSO extra ospedaliero;*
 - *libertà di scelta da parte del paziente;*
 - *individuazione del luogo in cui attuare il TSO;*
 - *circostanze in cui non si applicano le procedure ASO/TSO;*
 - *procedure per ASO e TSO in età evolutiva;*supportano più compiutamente le garanzie introdotte dalla Legge 833/78;

SENTITO:

- Il parere della Commissione tecnica regionale della Salute Mentale istituita, con decreto assessorile

n. 361, il 26 maggio 2006

VISTI :

- L. 13 maggio 1978, n. 180;
- L. 23 dicembre 1978, n. 833;
- L.R.C. 3 gennaio 1983, n. 1;
- D.P.R. 7 aprile 1994 Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994-1996,
- D.P.R. 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000;
- DPCM 29 novembre 2001 Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza ;
- D.G.R.C. n. 7262 del 27 dicembre 2001 : Linee Guida per l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti di salute Mentale della regione Campania;
- D.G.R.C. 1082 del 15 marzo 2002 : DPCM 29 novembre 2001 concernente i livelli essenziali di assistenza: disposizioni attuative;
- D.G.R.C. 6467 del 30 dicembre 2002 : Linee guida per l'integrazione socio-sanitaria;
- P.O.Regionale per la Tutela della Salute Mentale in Campania approvato con D.G.R.C. n. 2132 del 20 giugno 2003;

Propone e la Giunta a voti unanimi

DELIBERA

Per quanto esposto e che qui si intende integralmente riportato e trascritto:

- di recepire il documento Allegato A "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti sanitari obbligatori per malattia mentale – art. 33, 34, 35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - approvate nella Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome in data 29 aprile 2009;
- di demandare alle AA.SS.LL., alle AA.OO., ai Policlinici Universitari della Regione Campania la diffusione e applicazione delle allegate raccomandazioni -
- " Allegato - A" - che consta di n. 13 pagine e che costituisce parte integrante del presente provvedimento
- di impegnare, altresì, le Direzioni Aziendali, anche attraverso i rispettivi dipartimenti di Salute Mentale, ad attuare ogni utile iniziativa per informare e coinvolgere i sindaci competenti per territorio aziendale, i Giudici Tutelari, i Tribunali dei Minori e i competenti UTG, sugli adempimenti connessi al documento
- di inviare il presente atto ai Settori Fasce Deboli, Programmazione Sanitaria, Assistenza sanitaria e Assistenza ospedaliera e Settore Assistenza Sociale, al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario
D'Elia

Il Presidente
Valiante



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

09/038/CR/C7

**RACCOMANDAZIONI IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DI
ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER
MALATTIA MENTALE
(ART. 33 – 34 – 35 LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833)**

Premessa

Il documento contiene indicazioni e raccomandazioni tese a facilitare l'applicazione, coerente e omogenea su tutto il territorio nazionale, delle procedure ASO e TSO di cui agli articoli 33-34-35 della Legge 833/78. In questi articoli si trova il riferimento all'Art. 32 della Costituzione per il quale è lecito curare la salute di un cittadino, contro la sua volontà, solo nei casi previsti dalla legge. E' alla luce di questo principio che va letta la delimitazione, prevista dall'Art. 34, delle condizioni in cui ad una persona, affetta da malattia mentale, è lecito imporre interventi obbligatori.

Nel primo comma dell'Art 33 della Legge 833/78 leggiamo che “gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari”. Con ciò viene affermato un duplice diritto: alla difesa della salute e alla libertà individuale nell'esercizio di questo diritto. Ogni forma di intervento sanitario che prescindendo dal consenso viene considerata un'eccezione, di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano. Da ciò una certa complessità delle procedure che regolano gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale. Questa complessità è una delle ragioni delle difformità di applicazione sul territorio nazionale, tra una regione e l'altra e, spesso, nella stessa regione, tra il territorio di una ASL e l'altro.

Questo documento si pone nella prospettiva di rimediare alla diversificazione delle procedure nell'esecuzione delle ordinanze per interventi sanitari obbligatori e vuole esplicitare e chiarire l'applicazione delle norme e fornisce l'indicazione di buone pratiche per i diversi attori chiamati in causa per l'applicazione delle procedure.

Le raccomandazioni saranno esposte nei seguenti capitoli:

- 1) *garanzie amministrative e giurisdizionali;*
- 2) *procedure per l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO);*
- 3) *procedure per il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) in degenza ospedaliera;*
- 4) *procedure per il TSO extra ospedaliero;*
- 5) *libertà di scelta da parte del paziente;*
- 6) *individuazione del luogo in cui attuare il TSO;*
- 7) *circostanze in cui non si applicano le procedure ASO/TSO;*
- 8) *procedure ASO e TSO in età evolutiva*

Rendendo operative, nel modo più completo, le garanzie introdotte dalla legge, si migliora la risposta in termini di qualità della cura ed efficacia dei servizi che vi sono preposti, introducendo quei valori di trasparenza delle procedure, permeabilità dei luoghi di cura, valutabilità delle prestazioni, sempre più rilevanti nella nostra società. L'integrale applicazione delle norme darà più chiarezza alle procedure, favorirà una maggiore omogeneità di esercizio in tutto il territorio

nazionale. Sarà difeso così il diritto del paziente a ricevere cure nel pieno rispetto della sua dignità e della sua volontà e si ridurrà l'allarme sui rischi cui i medici vanno incontro a causa della complessità di queste norme, ridando tranquillità all'esercizio professionale anche nelle circostanze eccezionali previste dalla 833/78 per le alterazioni psichiche.

L'applicazione di tutte le procedure previste dalla legge può sembrare a qualcuno un inutile dispiegamento di atti burocratici. Ma prima di pensare a un eccesso formale di garanzie, dovremmo non dimenticare l'importanza dei diritti che sono con ciò garantiti, come quello alla libertà personale e il diritto di decidere sulla propria salute. Di fronte alla constatazione che non sempre la quantità di energie e tempo impiegati per gli adempimenti previsti dalla legge è proporzionale al risultato si dovrebbe valorizzare il significato pedagogico dell'applicazione della legge: si testimonia al paziente il rispetto personale e sociale cui ha diritto, realizzato anche con il puntuale rispetto delle leggi, si sottolinea l'importanza che la sua adesione volontaria ha per la progettazione condivisa di un intervento terapeutico, con ciò favorendo una contrattazione per una presa in carico post TSO da parte dei presidi e servizi territoriali.

Certamente la prospettiva migliore in cui affrontare e risolvere le difficoltà che si incontrano nella gestione degli interventi psichiatrici obbligatori è quella che nasce dalla loro collocazione nell'ambito della totalità della psichiatria e di una pratica di salute mentale. E' qui che ci si può interrogare sulla efficacia delle prestazioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione; sulla adeguatezza delle risorse disponibili (non solo in termini di posti letto, ma anche di operatori qualificati sul territorio); sulla razionalità dell'organizzazione rispetto alle risorse disponibili e ai bisogni degli utenti; sulla integrazione della rete dei servizi. Soltanto soluzioni adeguate dei problemi della rete dei servizi di salute mentale, rendono credibile l'impegno, cui ci sollecita la legge, a riportare nell'ordinaria modalità di gestione del bisogno psichiatrico quelle che sono eccezioni, e cioè gli interventi fatti senza il consenso del paziente.

In fase applicativa le Regioni, e le Province autonome di Trento e di Bolzano, garantiranno, sul proprio territorio, una diffusa conoscenza di queste raccomandazioni e ne promuoveranno l'applicazione. A tal fine, se non l'hanno già fatto, favoriranno, nel territorio di competenza, la partecipazione di tutte le Istituzioni coinvolte (Comune, Polizia municipale, Pronto Soccorso Ospedaliero, 118, DSM, SPDC, Servizi di NPIA, Tribunale dei Minorenni, Polizia di stato, Carabinieri, Vigili del Fuoco, ecc.) in un coordinamento per l'attuazione una corretta applicazione delle procedure di intervento sanitario obbligatorio, anche attraverso la siglatura di protocolli applicativi; attiveranno programmi di formazione interprofessionale per la condivisione delle competenze necessarie.

Nel monitoraggio delle attività sanitarie una particolare attenzione sarà riservata ai servizi e alle prestazioni per l'urgenza psichiatrica e agli interventi sanitari obbligatori che eventualmente ne scaturiscono, sia in età adulta che in età evolutiva. I dati raccolti saranno utilizzati per implementare la prevenzione di ASO e TSO e per valutare l'adeguatezza dei servizi in modo da introdurre nei PSR eventuali correttivi.

Tutte queste iniziative sono condizioni necessarie, anche se non sufficienti, per rendere più esigibile, alla persona affetta da malattia mentale, il diritto alla salute, nel rispetto della sua dignità e con le minori limitazioni possibili della sua libertà.

1. Garanzie amministrative e giurisdizionali

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

Le procedure di intervento obbligatorio, ASO e TSO, vengono attivate quando il dovere di intervenire a beneficio del paziente, in conflitto con il dovere di rispettare il diritto alla libertà del

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

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.

Il TSO extra ospedaliero è caratterizzato dalla sola garanzia amministrativa costituita dall'ordinanza del sindaco. La sua esecuzione viene realizzata in un luogo senza particolari vincoli di accesso, in contatto con i luoghi di vita. La prassi consolidata ha limitato la durata del TSO extra ospedaliero a giorni sette, in analogia con il TSO in 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.

Quindi non è consentito un TSO extra ospedaliero che si configuri come un TSO ospedaliero senza le garanzie corrispondenti previste dalla legge.

Prima di avviare un intervento obbligatorio (accertamento o trattamento) è necessario che il servizio territoriale compia tentativi mirati a coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento; infatti la legge prescrive “iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è

obbligato” (Art. 33, comma 5). La legge indica inoltre la necessità, “per ridurre il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori”, di iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria. In tale fattispecie potrebbero rientrare programmi di prevenzione centrati sui casi per i quali siano stati attivati TSO ripetuti, nell’ambito di programmi di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i pazienti c.d. dalla porta girevole.

Va ribadito che solo l’attualità delle alterazioni psichiche e il rifiuto attuale del trattamento necessario giustificano il TSO.

Qualsiasi medico è abilitato al riconoscimento della presenza di “alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici” (L.: 833/78, Art.34, comma 4), ma ove siano presenti servizi territoriali di salute mentale, è lo psichiatra incardinato in tali servizi, o l’équipe territoriale, a intervenire direttamente.

Si ricorda che il Commissario europeo ai diritti civili ha censurato la legislazione italiana che, in materia di interventi obbligatori per malattia mentale, non prescrive l’intervento di uno psichiatra.

Quanto alla “ulteriore durata presumibile del trattamento” di cui parla la legge, nella prassi corrente vi è la tendenza ad applicare il limite di sette giorni. Questo è un esempio di una ulteriore garanzia offerta al paziente perché comporta l’introduzione, nel trattamento, di una periodica rivalutazione. La continuazione della degenza in TSO, con relativa limitazione della libertà personale, richiede una convalida amministrativa (dal Sindaco) cui segue la convalida giurisdizionale (da parte del Giudice tutelare).

Garanzie supplementari scaturiscono, per il TSO extra ospedaliero, dalla possibilità offerta a chiunque di “rivolgere al sindaco richiesta di revoca o modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il TSO”.

Per il TSO in degenza ospedaliera “chi è sottoposto a TSO, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare”. Anche il Tribunale ha facoltà di fare una indagine supplementare e quindi pronunciarsi in merito al provvedimento impugnato.

Non è forse superfluo precisare che quando la legge prescrive che la proposta e la convalida mediche siano motivate intende che accanto agli elementi che permettono l’identificazione certa della persona oggetto dell’intervento e gli elementi di identificazione degli estensori della proposta e della convalida (il giudice tutelare cui è demandato il compito di convalidare o non convalidare l’ordinanza del sindaco, deve poterli consultare, se necessario, per ulteriori chiarimenti e informazioni), siano riassunte le informazioni che rendono comprensibile la situazione, raccolte e descritte le emergenze riscontrate di persona che hanno portato i medici alla convinzione che fosse necessario un TSO. La motivazione quindi non può limitarsi alla diagnosi e alla valutazione della gravità del caso, ma deve riportare gli elementi raccolti a prova della sussistenza delle condizioni dalla legge per il TSO. E’ opportuno, per il TSO in degenza ospedaliera, ma anche per l’ASO e per il TSO extraospedaliero, che siano documentati gli interventi fatti “per assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato”. In questi ultimi casi, sarà così evitata, di fronte a contestazioni e ricorsi all’autorità amministrativa e al Tribunale, la necessità di raccogliere a posteriori una documentazione che giustifichi l’intervento del medico.

Il diritto riconosciuto all’infermo, nel corso del TSO, di comunicare con chi ritenga opportuno, costituisce una ulteriore garanzia per il paziente. Non solo è un rimedio contro l’isolamento ma anche contro i soprusi a cui lo stato di scarsa contrattualità potrebbe esporlo, ed anche rimedio al timore di esserlo.

Le persone ricoverate volontariamente in SPDC, se viene meno il loro assenso alle cure dovrebbero essere dimesse, salvo il configurarsi di una situazione di urgenza o l’esistenza delle condizioni previste per il TSO in degenza ospedaliera, che deve essere attivato con le garanzie previste dalla legge.

2. Procedure per l'ASO

La procedura dell'ASO per malattia mentale mira a garantire a tutti i cittadini una corretta valutazione dei loro bisogni di cura, anche nei casi in cui il disturbo mentale possa essere di natura tale da menomare la consapevolezza stessa della malattia. L'ASO è pertanto una procedura attivabile solo allo scopo di poter garantire la migliore decisione in merito alla necessità di attivazione di un trattamento. C'è unanime consenso che al fine di garantire la migliore valutazione possibile, questa debba essere assicurata da un medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale. Soprattutto nei casi di ASO proposti dal DSM sarebbe opportuno che a valutare il paziente fosse sempre il medico territorialmente competente o un altro medico della stessa équipe.

Nel caso di cittadini già precedentemente in cura psichiatrica, le informazioni dei professionisti, in pratica pubblica o privata, che abbiano avuto in cura precedentemente il paziente, le richieste di intervento, avanzate dai familiari, dai vicini, dalle forze dell'ordine, sono elementi che devono sollecitare l'intervento del medico ma non possono mai essere automaticamente sufficienti a motivare la richiesta di un ASO.

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

- a) Il medico del DSM potrà proporre l'ASO solo nei casi in cui:
 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.
- b) Il medico non psichiatra (Medico della Medicina Generale, della Continuità terapeutica, del 118) potrà proporre l'ASO, oltre che nelle due condizioni precedenti, anche allorquando, pur avendo potuto visitare il cittadino, nutrendo un dubbio sulla attualità di tutti gli elementi richiesti dalla legge per l'attivazione di una proposta di TSO ritenga necessaria una valutazione specialistica psichiatrica, visita per la quale però il cittadino non fornisce il consenso.

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

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

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

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

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

Appartiene alla prassi consolidata ritenere che un'ordinanza di ASO, non eseguita entro 48 ore, non sia più valida e si richieda una nuova proposta.

3. Procedure per il TSO in degenza ospedaliera

La procedura di TSO in degenza ospedaliera viene avviata dalla proposta motivata di un medico che, avendo fatto di persona e in presenza la valutazione clinica, certifica l'esistenza delle condizioni richieste dalla legge per avviare detta procedura; la quale è possibile:

- 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.

Il personale medico del servizio di continuità assistenziale ha i requisiti previsti dall'art. 34 per il medico che deve convalidare la proposta di TSO: è cioè equiparato al personale medico della struttura sanitaria pubblica. Tuttavia la presenza nelle ASL/AO di servizi dipartimentali di salute mentale permette di garantire la pratica, già ampiamente diffusa e da raccomandare perché diventi la pratica dominante, dell'intervento di uno psichiatra del servizio pubblico, almeno nella fase di convalida del TSO. Nulla vieta che proponente e convalidante si parlino e decidano insieme; in tal modo tutte le potenzialità del sistema che richiede l'intervento di due medici potrebbero essere usate a favore del paziente piuttosto che per realizzare una garanzia che rischia di essere puramente formale.

Medico proponente e medico convalidante si assicureranno che la propria certificazione giunga al sindaco del comune dove fisicamente si trova il paziente. Il sindaco, avendo, entro le 48 ore successive, stilato l'ordinanza dà mandato alla Polizia municipale di eseguirla.

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.

La Polizia municipale attiva, se non sono già stati attivati, i servizi della ASL, in applicazione dell'art 33, il quale stabilisce che ASO e TSO sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali.

Nelle ore di apertura dei servizi territoriali o se nel DSM competente per territorio è attivo un servizio di urgenza psichiatrica, sarà compito di questo fornire il personale per l'assistenza sanitaria sempre necessaria durante l'attuazione dell'ordinanza di TSO e quindi per accompagnare il paziente al SPDC indicato nell'ordinanza di ricovero. Per le ore della giornata in cui il servizio di urgenza non è ufficialmente in funzione, e nei luoghi dove non esiste affatto, sarà il "118" a garantire l'intervento sanitario pubblico necessario per l'attuazione del TSO. Queste raccomandazioni si applicano alle situazioni per le quali non è stata trovata una organizzazione soddisfacente e stabile. Non vanno a inficiare quelle pratiche che hanno trovato un assetto positivo con una diversa organizzazione e/o grazie ad accordi efficaci con il Servizio del "118".

Nei protocolli locali, stilati con la partecipazione di tutte le istituzioni interessate, saranno previste le modalità con cui le diverse agenzie garantiscono personale e altre risorse necessarie, compresa l'ambulanza, o altri mezzi di trasporto da utilizzare.

L'accettazione in SPDC richiede l'esecutività dell'ordinanza di TSO.

Le 48 ore disponibile per la notifica, da parte del messo comunale, al giudice tutelare dell'ordinanza di TSO in condizioni di degenza ospedaliera, decorrono dal momento del ricovero che viene attestato dal medico accettante con firma autografa su copia dell'ordinanza del sindaco, che gli è presentata dalla Polizia municipale accompagnante il paziente in SPDC, o con certificato a parte.

L'eventuale prolungamento della durata del TSO, dopo la scadenza dei primi sette giorni, avviene in seguito a una proposta motivata del Responsabile del SPDC, in cui il paziente è stato ricoverato, al Sindaco. La dizione "in tempo utile", che è inserita nella descrizione della procedura, è comunemente intesa nel senso che deve giungere al Sindaco 48 ore prima della scadenza del TSO perché questi sono i termini temporali indicati nel primo comma dell'Art. 35. Nella prassi corrente il rinnovo del TSO avviene, se è ancora necessario, ogni sette giorni.

4. Procedure per il TSO extra ospedaliero

Le caratteristiche del TSO extra ospedaliero si sono andate chiarendo a partire dalle formulazioni introdotte dalle leggi regionali in materia che hanno dato un contributo interpretativo e non solo applicativo, alla legge. La disomogeneità di applicazione, nelle diverse realtà locali, porta a formulare raccomandazioni più precise di quelle adottate per le altre circostanze e sollecita a un monitoraggio più attento delle modalità di esecuzione della procedura e sui luoghi deputati alla sua realizzazione.

Quello extra ospedaliero si configura come la forma di TSO attivabile nel caso in cui, pur sussistendo le prime due condizioni previste per il TSO in degenza ospedaliera, 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 tale TSO si caratterizza per il fatto che obbliga una persona a curarsi, ma il luogo non è vincolato a precise caratteristiche. Il luogo costituisce solo parte delle condizioni materiali che permettono alla cura (qualunque modalità di cura indicata dal medico) di essere praticata e verificata. La logica del TSO extra ospedaliero è che la cura non incida troppo negativamente sulla vita del paziente, venendo a limitarla più di quanto il disturbo psichico o la malattia mentale non la limitino. I luoghi più spesso indicati sono la casa del paziente (con l'attivazione di visite domiciliari), il Centro di salute mentale (obbligando il paziente a visite ambulatoriali).

Nella pratica corrente l'ordinanza di TSO extra ospedaliero da parte del Sindaco viene spesso comunicata al giudice tutelare, benché tale atto non sia richiesto dalla legge. Si tratta di una garanzia aggiuntiva per il cittadino vista come persona in una situazione di debolezza e meritevole di una protezione supplementare. Una tale segnalazione permette al giudice tutelare, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti previsti dal comma 2, dell'Art. 35, di mettere in atto quanto previsto in detto articolo: "qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo". A ciò vanno aggiunti i benefici previsti dalla Legge 6 del 9, 01, 04 sull'Amministratore di sostegno. Questa pratica, benché non obbligatoria, va tuttavia raccomandata sia al sindaco che emette l'ordinanza, sia al medico che fa la proposta.

Per il TSO extra ospedaliero vale quanto indicato dal comma 4 dell'art. 33: "i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali". Spettano quindi ai servizi del DSM. Questo viene ribadito dal comma 3 dell'art. 34.

5. Libertà di scelta del luogo e del servizio in caso di ASO/TSO

L'Art. 33, comma 2, ricorda che anche gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori non debbono violare il principio del "rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici", compreso il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Quest'ultimo viene limitato dall'espressione "per quanto è possibile". Pertanto deve essere garantita al paziente la libera scelta del luogo e del servizio, nei limiti dalla disponibilità di posti letto e da quelli imposti dalla precauzione di non sottoporre il paziente ad un viaggio di trasferimento di durata eccessiva. Comunque occorre verificare la disponibilità, del servizio scelto dal paziente, ad accoglierlo e a svolgere un programma che preveda la presa in carico successiva o l'impegno a favorire il ritorno al DSM inviante. Di questa mediazione si farà carico il DSM del luogo dove avviene l'avvio della procedura di TSO.

La scelta del paziente, che non è stato possibile rispettare nell'immediato, deve sempre essere tenuta presente ed esaudita "per quanto è possibile", conciliandola con i vantaggi che scaturiscono dal mantenere il paziente più vicino possibile al contesto di vita, valorizzando la territorialità dei servizi come garanzia di continuità della presa in carico curativa ed assistenziale.

6. Individuazione del luogo in cui attuare il TSO

Il sindaco, dovendo indicare il luogo dove trasportare l'infermo, deve conoscere la disponibilità di un posto letto in SPDC e quindi decidere per l'SPDC più vicino sulla base delle informazioni che il sistema 118 raccoglie e fornisce.

Tutti gli SPDC dovrebbero avere una organizzazione abbastanza elastica per quanto riguarda la disponibilità di posti letto e di personale, tale da accogliere provvisoriamente in TSO un paziente che sia giunto in reparto nonostante tutte le precauzioni adottate per evitare un ricovero su posto soprannumerario. Per questi casi la ricerca del posto letto definitivo è un compito la cui soluzione va attribuita con chiarezza e spetterà ai protocolli locali dare indicazioni in materia. Per il trasferimento del paziente occorre una nuova ordinanza del sindaco e il paziente viene trasportato dall'ambulanza ospedaliera e accompagnato dalla Polizia municipale del Comune che ha emesso l'ordinanza.

Il ricovero in un SPDC fuori Regione, in caso di mancanza di posti letto, si giustifica con la necessità di ottemperare all'obbligo della cura. Per ridurre al minimo il disagio del paziente si dovrebbe rispettare sempre il criterio di scegliere il SPDC più vicino.

Anche i trasferimenti di pazienti, dal SPDC indicato nell'ordinanza di TSO a quello di residenza del paziente, devono avvenire nel rispetto della dignità della persona e attuati per favorire i benefici di una successiva, più adeguata, presa in carico che garantisca una continuità terapeutica.

Questa esigenza mette in secondo piano il rispetto di modalità organizzative troppo rigide o di regole amministrative (salvo quelle già codificate per quanto riguarda la mobilità sanitaria) e tiene conto delle reali condizioni di vita, di scuola e di lavoro che possono vedere il paziente soggiornare in un luogo diverso dalla residenza formale.

7. Circostanze in cui non si applicano le procedure ASO/TSO

E' bene ricordare che la legge restringe in modo puntuale le circostanze in cui si è legittimati ad attivare una procedura di TSO: non ogni disturbo psichico o ogni rifiuto del paziente sono condizioni sufficienti. L'assenza delle condizioni per il TSO, insieme con la mancata accettazione volontaria di interventi terapeutici, non esime il medico dal mantenere un'attenzione alla situazione del paziente, attivando interventi che garantiscono la permanenza di qualche forma di interazione nel tempo e favoriscano la motivazione del paziente alla cura.

Esistono poi interventi che non necessitano dell'attivazione di un TSO: l'esempio tipico è costituito dai disturbi di coscienza, o dalle gravi forme di deterioramento mentale su base organica, in cui il paziente non è in grado di esprimere né consenso né dissenso.

Gli urgenti interventi terapeutici citati dalla legge come una delle determinanti della proposta di TSO, non sempre configurano una situazione di urgenza psichiatrica in senso proprio. Va ricordato che, per pacifico riconoscimento della letteratura dedicata al tema, l'urgenza vera è rara in psichiatria. Ma, quando si presenta, la situazione richiede un'assistenza sanitaria non discontinua e il dovere del medico è assicurarla con la propria presenza e/o attraverso l'attivazione di tutte le misure, compreso il ricovero, atte a salvaguardare il paziente. Il dovere di curare è allora prevalente e comporta che il medico non abbandoni il malato senza essersi assicurato che altri, e più adeguatamente, intervengano. In questi casi far ricorso unicamente alle procedure ASO e TSO, può essere inadeguato rispetto alla gravità dell'urgenza, soprattutto se la loro attivazione comporta un allungamento pericoloso dei tempi necessari alla creazione di adeguate condizioni di assistenza.

Pertanto il medico, qualora ravvisi condizioni eccezionali di necessità ed urgenza e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile, è tenuto ad adempiere il proprio dovere professionale attuando i provvedimenti opportuni e non differibili ed attivando le altre agenzie dell'emergenza, sia sanitaria che delle forze dell'ordine. Messi in atto i provvedimenti urgenti, qualora persista ancora la necessità di interventi terapeutici e si trovi di fronte al rifiuto del consenso da parte dell'infermo, se ricorrono le altre condizioni previste dall'Art. 34 della Legge 833/78 il medico deve dare avvio alla procedura per il TSO.

In particolare, quando il medico ha la convinzione che nella situazione con la quale è venuto a contatto ci sia un rischio di danno per la vita e l'integrità delle persone coinvolte, rischio legato non solo al comportamento del paziente ma anche alle caratteristiche dell'ambiente di vita, è bene che oltre ad attivare interventi sanitari, richieda anche l'intervento dell'autorità di pubblica sicurezza. Queste forme di collaborazione diventeranno efficaci se ci sarà una certa sintonia tra le diverse istituzioni; la collaborazione andrà programmata, regolamentata attraverso intese e protocolli, monitorata e periodicamente valutata.

Va ricordato che tra le motivazioni del TSO non sono previste né l'incapacità di intendere e di volere, né lo stato di pericolosità. Il TSO non è, in questi casi, lo strumento di elezione, per il suo carattere sanitario, destinato a facilitare la cura e non la scomparsa della pericolosità.

Il rifiuto del trattamento di una malattia fisica può essere il sintomo di malattia psichica, che però deve essere diagnosticata clinicamente e non solo presunta. Inoltre va ricordato che il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche. Per il trattamento di quelle fisiche occorre comunque l'assenso del paziente, salvo quel che è previsto per l'urgenza e lo stato di pericolo immediato di vita. Il punto centrale della norma che regola il TSO non è il rifiuto dell'intervento medico ma il bisogno di intervento per disturbo psichico.

Non si può negare che esistano rifiuti delle cure fisiche che sono irrazionali in persone non in grado di valutare l'incidenza della malattia non curata sul proprio destino e non capaci di ricevere e comprendere le informazioni sul proprio stato di salute necessarie per prendere una decisione consapevole. In questi casi la legge prevede le procedure che portano alla valutazione della capacità di intendere e di volere e le modalità degli interventi legali.

In conclusione le norme TSO non sono applicabili, in linea generale, per far fronte al rifiuto di intervento da parte del paziente affetto da patologie somatiche.

8 Procedure ASO e TSO in età evolutiva

Negli articoli 33, 34 e 35 della L. 833/78 non sono citati in alcun modo i minori. Se ciò da un lato fa pensare che per essi in materia di ASO e TSO siano date per scontate le stesse procedure e i luoghi degli adulti, dall'altro non vanno dimenticati il ruolo ampiamente codificato del Tribunale per i Minorenni, e la specifica complessità del problema del consenso nei minori. Si pongono quindi alcuni nodi critici, che cercheremo di affrontare per definire una griglia decisionale per la gestione dei contrasti.

Il consenso alle cure nel rapporto tra genitori e minore.

Nel rapporto con i bambini e ragazzi, il "consenso" a specifici atti sanitari e la semplice collaborazione alla conoscenza della situazione da parte del clinico è sempre un processo di incontro, più che l'adesione una tantum a una scelta dicotomica sì-no.

Considerando gli aspetti normativi, il consenso alle cure è giuridicamente rilevante "solo se è valido", cioè prestato da un soggetto maggiorenne. Nei minorenni la capacità di esprimere un consenso valido è considerata imperfetta e incompleta, e la competenza formale all'espressione del consenso è obbligatoriamente in capo ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale, il cui consenso è sufficiente a fare ritenere "volontario" il ricovero del minore.

Ciononostante, le recenti evoluzioni del diritto a livello nazionale ed internazionale pongono fortemente in crisi tale posizione, considerando il Consenso non un *atto contrattuale* bensì un *atto giuridico unilaterale*.

A ciò consegue che esso non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere (*capacità naturale*), accordabile anche all'infradiciottenne.

Per maggiore chiarezza appare opportuno parlare di "assenso/dissenso" del minore "maturo" alle cure e non di consenso. Anche se tale terminologia non è riconosciuta sul piano strettamente giuridico, è dovere del sanitario accertare, nelle forme e nei modi più consoni, l'assenso/dissenso del minore e, quando sia "idoneo all'assunzione di responsabilità", tentare di "tenere conto" della sua volontà.

Nel caso di contrasto tra tutore/genitore e minore maturo relativamente ad atti medici che incidano significativamente sulla integrità personale e la qualità di vita del ragazzo, sempre più si considera che il parere dei genitori non possa semplicemente prevalere sul parere del minore, ma che sia opportuno un intervento del Giudice Tutelare, in quanto garante del suo diritto di autodeterminazione. Poiché in generale gli adolescenti non sono consapevoli di tale diritto, dovrebbe essere compito del medico garantirne l'esercizio, ricorrendo al Giudice Tutelare ogni qual volta 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 generi una condizione di grave pregiudizio per la salute del minore. Il diritto alla salute è infatti riconosciuto al minorenne innanzitutto nei confronti dei genitori, che ne sono i primi garanti. In mancanza delle condizioni minime necessarie, la legge prevede che siano attivati interventi di sostegno da parte dei servizi di assistenza socio-sanitaria. Nei casi più gravi è previsto l'intervento del Tribunale per i Minorenni, che è l'unico organo giudiziario che ha il potere di intervenire a

salvaguardia del diritto alla salute del minore in situazione di pregiudizio per il mancato consenso o per la mancata collaborazione dei genitori alle cure.

Il Giudice Tutelare ha invece il ruolo di garante nell'ambito dei ricoveri psichiatrici non volontari: ma cosa si può intendere per non volontarietà in età evolutiva? ASO e TSO dell'adulto agiscono infatti nel caso di rifiuto "dell'infermo", presumendo che sia necessario un intervento della collettività poiché un suo membro è transitoriamente incapace, a causa della grave patologia psichiatrica da cui è affetto, di autodeterminarsi liberamente, ed è inconsapevole della propria malattia. Si può estendere il concetto a qualcuno che non sia l'infermo stesso?

Il Tribunale per i Minori e il Giudice Tutelare

La disomogenea collocazione dei Servizi di NPI nell'ambito Materno Infantile, del DSM o della Riabilitazione, in Ospedale o nei Distretti sociosanitari, ha contribuito a determinare prassi operative diverse. I dati disponibili evidenziano inoltre una disparità tra TSO e ricoveri psichiatrici in età evolutiva. Nell'ultimo quadriennio infatti la media ISTAT di TSO nei confronti di minori 12-18 anni è stata di 70 (settanta) casi all'anno in tutta Italia, a fronte di 6000 ricoveri per condizioni psichiatriche nella fascia di età 12-18. Ciò dimostra che nella grandissima maggioranza dei casi le soluzioni individuate sono altre.

Le funzioni attribuite dalla Legge al Tribunale per i Minori e al Giudice Tutelare sono diverse.

Il Giudice Tutelare ha prevalentemente la funzione di garantire la tutela dei soggetti che non sarebbero per diversi motivi, transitori o permanenti, in grado di tutelarsi da soli contro i possibili abusi di coloro che detengono l'autorità nei confronti del soggetto. Nelle procedure del TSO il GT assume lo stesso ruolo, senza una specializzazione in ambito minorile.

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

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

Le segnalazioni vanno indirizzate alla Procura della Repubblica presso il TM, che ha il compito di valutare se effettivamente esista un problema di tutela, e se conseguentemente sia necessario attivare il Tribunale per i Minorenni, che ha la possibilità di agire attivamente sulla potestà genitoriale.

Solo raramente tale azione giunge fino al decadimento della potestà ed alla sostituzione con un ente che ha il compito di compiere tutti gli atti nell'interesse del minore. Nella maggior parte dei casi avviene invece la prescrizione degli interventi specifici necessari ed il tribunale riveste il ruolo di risorsa esterna elettiva anche in situazioni non materialmente urgenti, nelle quali il Giudice minorile incarna una figura autorevole e neutrale, (altrimenti assente dalla scena, il cui intervento può tutelare sia il minore che la sua relazione con la famiglia e anche con l'équipe curante).

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

I luoghi per la cura

Nell'adulto, il TSO è considerato elemento di garanzia verso il rischio di abuso di interventi non appropriati e lesivi della libertà personale (garanzia che rientra anche nei compiti istituzionali del TM), ed il legislatore specifica che "la cura dei pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero, volontario od obbligatorio, è prestata dai e nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)".

Nei casi in cui si reputi opportuno il ricorso al TSO nei minori, è necessaria la previsione di buone pratiche specifiche, attivando azioni che evitino il paradosso per cui le tutele previste per la

riduzione dello stigma del paziente psichiatrico adulto non sono adeguate per il paziente psichiatrico adolescente: questi può infatti trovarsi in ambienti ospedalieri incapaci di gestirlo e contenerlo, o con pazienti psichiatrici adulti, oppure in situazioni extraospedaliere usate di necessità come succedaneo degli inesistenti luoghi di ricovero per adolescenti con disturbo psichiatrico maggiore. Nell'ambito dei minori è quindi particolarmente opportuno da un lato che le Regioni codifichino e applichino in maniera omogenea le procedure e le garanzie connesse all'istituto del TSO extraospedaliero, e dall'altro che si attivino nella direzione di strutture di ricovero ospedaliero specifiche, in luogo delle ordinarie strutture di ricovero ospedaliero psichiatriche o pediatriche.

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

Analoga attenzione va quindi dedicata allo sviluppo della rete di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per adolescenti al fine di evitare ricoveri impropri e/o prolungare i termini delle dimissioni trasformando situazioni cliniche urgenti ma gestibili in presenza di risorse idonee, in emergenze di difficilissima gestione e con un alto rischio aggiuntivo di aggravamento e di cronicizzazione, ad esempio per effetto della discontinuità indotta dalla distanza tra l'ambiente di vita e il luogo di ricovero.

Altro nodo critico è rappresentato dal servizio di emergenza 118: si rileva la necessità di protocolli procedurali e organizzativi riguardanti il trasporto di un paziente minore con urgenza psichiatrica, per il quale finora si determina un'assoluta disomogeneità degli interventi in emergenza, che può giungere fino al rifiuto dell'intervento da parte del 118.

Urgenza indifferibile: così come per gli adulti, a maggior ragione per i minori, è opportuna una grande attenzione nella valutazione delle condizioni che autorizzino il ricorso a questa fattispecie, spesso fortemente condizionata da fattori esterni allo stato clinico. In ogni caso, è buona pratica cogliere ogni occasione per rinegoziare con il paziente e i familiari un possibile consenso e ogni possibile alleanza per il trattamento.

Le linee di indirizzo operativo

Sul piano pratico, in ambito neuropsichiatrico infantile per quanto riguarda gli accertamenti e i trattamenti sanitari per malattia mentale si possono porre cinque diverse situazioni, secondo quanto elencato in tabella.

	<i>Minore "maturo"</i>	<i>Genitori</i>	<i>Procedura</i>
a.	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b.	Assenso	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori
c.	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori <i>oppure</i> ASO/TSO ospedaliero/

			TSO extraospedaliero
d.	Rifiuto	Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO ospedaliero/ TSO extraospedaliero
e.	Rifiuto	Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori

Situazione a.: Sia il minore che entrambi i genitori danno il proprio assenso ad accertamenti e cure e sono sufficientemente collaboranti. Non vi è necessità di investire autorità esterne e si procede secondo quanto man mano necessario e concordato, che si tratti di valutazioni o trattamenti ambulatoriali od ospedalieri.

Situazione b.: Il minore dà il proprio assenso alle cure, ma uno o entrambi i genitori rifiutano. L'elemento principale è rappresentato dalla mancata collaborazione di uno o entrambi i genitori, spesso all'interno di una dinamica fortemente conflittuale. Se ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, appare necessaria la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni.

Situazione c.: Né il minore né i genitori danno il proprio assenso alle cure, o vi acconsente uno solo dei genitori. L'elemento principale è rappresentato dal rifiuto e dalla mancata collaborazione generalizzata, spesso all'interno di una dinamica fortemente conflittuale. In genere, ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, che richiede la segnalazione alla Procura del presso il Tribunale per i Minorenni.

A volte può invece essere opportuno attivare in prima battuta la procedura dell'ASO o del TSO extraospedaliero (che peraltro hanno il vantaggio di segnalare comunque la situazione anche al sindaco), attraverso i quali rinegoziare il consenso, e lasciare l'eventuale segnalazione al TM ad un secondo momento.

Situazione d.: Il minore non acconsente alle cure, mentre entrambi i genitori danno il proprio consenso e la situazione ambientale e familiare appare adeguata e collaborante. L'elemento principale è rappresentato dal rifiuto dell'infermo; e in questo caso appare opportuno il ricorso ad ASO e TSO (extraospedaliero o ospedaliero).

Situazione e.: Il minore non acconsente alle cure, i genitori esprimono formalmente il proprio consenso, ma la situazione ambientale familiare nel suo complesso appare di pregiudizio per la salute del minore: appare comunque opportuno per motivi clinici che la prescrizione avvenga da parte di un'autorità esterna nei confronti del nucleo familiare nel suo complesso e non solo nei confronti del minore.

In questo caso appare più opportuna la segnalazione alla Procura presso il TM, evidenziando non solo la situazione complessiva e le motivazioni del pregiudizio, ma anche tutto quanto è stato messo in atto per giungere al consenso del minore, e gli interventi necessari per modificare la situazione di pregiudizio.

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