

La gestione delle emergenze in psichiatria

Prof. Francesco Catapano

URGENZE/EMERGENZE IN MEDICINA E IN PSICHIATRIA

- **“Emergency” medica: situazione seria e acuta che richiede un immediato trattamento**
- **Caratteristiche essenziali:**
 - **Acuzie**
 - **Intensità**
 - **Elevato livello di pericolo o di rischio di danno**
 - **Necessità di un intervento immediato e indifferibile**

Per urgenza psichiatrica si intende qualsiasi condizione di grave e acuta sofferenza psichica che comporti la necessità di una valutazione clinica di un medico per impostare un adeguato percorso diagnostico-terapeutico.

L'emergenza comporta invece la rottura di un equilibrio con l'ambiente e lo scompenso delle relazioni psicosociali, che presuppone una rapida risposta dell'organizzazione sociale per evitare la crisi.

URGENZE/EMERGENZE IN MEDICINA E IN PSICHIATRIA

	MEDICINA	PSICHIATRIA
COMMITTENZA	•Paziente o chi per lui	•Raramente il paziente, più spesso familiari, vicini di casa, polizia, operatori
PROBLEMA	•Sintomi acuti	•Sintomi acuti •Tensioni relazionali •Problemi sociali •Comportamenti disturbanti •Problemi di natura non psicologica
INTERVENTO	•Raccolta anamnesi medica •Valutazione e obbiettivazione dei sintomi •Diagnosi •Provvedimenti terapeutici	•Raccolta notizie •Valutazione della natura del problema •Orientamento diagnostico •Valutazione delle risorse •Assumere decisioni

URGENZE/EMERGENZE IN MEDICINA E IN PSICHIATRIA

- **Obiettività clinica/esperienza soggettiva del paziente**
- **Condizione clinica significativa/disagio psicosociale**
- **Commistione di aspetti clinici ed aspetti psicosociali**
- **Comorbidità medica e psichiatrica (il 5-30% delle patologie mediche si presenta con associati disturbi psichici)**
- **Inappropriatezza della domanda (tossicomania, alcolismo, condotte delinquenti, problemi di ordine pubblico)**

Le urgenze realmente legate alla comparsa o allo scompimento di una patologia psichiatrica sono circa il 30-40% di quelle per cui viene richiesto l'intervento dello psichiatra

Cosa fare di fronte ad un'urgenza psichiatrica

- **Essere preparati: aspettarsi l'inaspettato**
- **Riconoscere se è presente un qualche livello di rischio (non sempre in evidenza)**
- **Saper definire gli aspetti specifici del rischio (concretezza, gravità, imminenza)**
- **Formulare un piano di intervento (psicologico, farmacologico, ricovero, ecc.) per ridurre il rischio**

Cosa fare di fronte ad un'urgenza psichiatrica

- **Valutare la gravità della condizione del paziente (agitazione, confusione, ecc.)**
- **Valutare il rischio di comportamento auto/eteroaggressivo**
- **Indagare le funzioni vitali (richiedere, se possibile, accertamenti laboratoristici e strumentali) e considerare i trattamenti in corso**
- **Raccogliere informazioni dal paziente (se accessibile), oppure dai familiari o da altri accompagnatori: favorire il racconto della sua storia con domande aperte; raccogliere dettagli dell'evento che ha portato all'osservazione attuale e dei motivi che hanno determinato tale decisione; procedere all'anamnesi psichiatrica)**
- **Effettuare l'esame psichico e la diagnosi differenziale**

Cosa fare di fronte ad un'urgenza psichiatrica

- **Cercare di stabilire un rapporto (quando possibile): mantenere un atteggiamento d'ascolto ed esplicitare gli interventi che si intendono attuare**
- **Comprendere il punto di vista del paziente (se accessibile) e dei suoi familiari**
- **Cercare di cogliere le modalità interpretative, i sentimenti associati, gli attori coinvolti**
- **Fare delle ipotesi circa le richieste non esplicitate**
- **Esprimere una propria valutazione sul modo in cui pazienti e familiari tentano di confrontarsi con il problema**
- **Cercare un'alleanza su cosa fare in relazione alla crisi**
- **Negoziare soluzioni: consentire al paziente o ai familiari di prospettare soluzioni; coinvolgere se necessario altre persone disponibili**

IL COMPORTAMENTO AUTOLESIVO

- Suicidio: ogni caso di morte che risulti direttamente o indirettamente da un atto positivo o negativo, compiuto dalla vittima stessa consapevole di produrre questo risultato.
- Suicidio dimostrativo: i mezzi utilizzati e gli atti compiuti non erano idonei a procurare la morte, il paziente ha richiesto aiuto o sapeva che sarebbe stato soccorso; il gesto ha significato di una richiesta di attenzione o di vantaggi secondari, oppure ha intenzioni rivendicative o intenti punitivi verso gli altri.
- Suicidio mancato: tentativo di suicidio che incidentalmente non è riuscito, nonostante i mezzi e gli atti erano idonei.
- Parasuicidio: atto ad esito non fatale, nel quale un individuo inizia deliberatamente un comportamento non abituale che, senza l'intervento di altri, causerà un'autolesione, oppure ingerisce una sostanza in eccesso rispetto alla prescrizione o al dosaggio generalmente considerato terapeutico. Si tratta di comportamenti a rischio di morte, spesso ripetuti, con negazione dell'ideazione suicidaria (overdose, incidenti stradali, attività a rischio senza critica).
- Ideazione suicidaria: l'individuo sperimenta l'idea di autosopprimersi, pur con gradi molto diversi di intensità e di elaborazione, senza arrivare alla messa in atto di un comportamento suicidario.

Fattori che si associano a rischio suicidario

- Storia di disturbi psichiatrici pregressi o in corso, soprattutto depressione (15-20%), schizofrenia (10%), disturbi di personalità (10-15%) e dipendenze da sostanze (fino al 25%)
- Precedenti gesti autolesivi (rischio 5-6 volte superiore, soprattutto nei 3 mesi successivi al precedente tentativo)
- Recente dimissione da un reparto psichiatrico
- Tratti di personalità di tipo impulsivo
- Familiarità positiva per suicidio, storia di precoci perdite familiari o di violenza in famiglia
- Età avanzata
- Sesso maschile
- Eventi stressanti precedenti (recente lutto, problemi finanziari, legali, o affettivo-sentimentali, notizia di malattia somatica grave o cronica)
- Disoccupazione
- Basso livello sociale
- Isolamento sociale (vedovi, separati, divorziati, single)
- Comportamenti suicidi nell'ambiente
- Facile accesso a potenziali mezzi autolesivi
- Appartenenza a determinate minoranze etniche
- Malattie somatiche con marcata componente dolorosa

Pazienti che necessitano di una valutazione per rischio suicidario

- **Pazienti con disturbi psichiatrici**
- **Pazienti con disturbi psichici organici**
- **Pazienti con intossicazioni o astinenza da sostanze o alcool**
- **Pazienti sopravvissuti ad un tentativo di suicidio**
- **Pazienti che riferiscono idee, impulsi o progetti suicidari**
- **Pazienti che negano propositi suicidari ma si comportano in modo da poter essere suicidi potenziali**
- **Pazienti con comportamenti parasuicidari**
- **Malati con patologie mediche con depressione secondaria**
- **Pazienti a cui viene comunicata una diagnosi vissuta come grave**
- **Malati terminali**
- **Malati con dolore cronico**

Fattori da considerare nella valutazione del rischio suicidario

- **Colloquio clinico**
 - **Valutazione psicopatologica generale**
 - **Pensieri, piani, comportamenti, intenti suicidi o autodistruttivi**
 - **Considerazione di metodi specifici per il suicidio, compresa la valutazione della loro letalità**
 - **Sentimenti di mancanza di speranza, vissuti di disperazione, impulsività, anedonia, ansietà marcata, agitazione**
 - **Ragioni per vivere e piani per il futuro**
 - **Abuso di alcool o altre sostanze**
 - **Pensieri, piani o intenzioni di violenza verso gli altri**
- **Disturbi psichiatrici**
 - **Segni e sintomi di disturbi psichiatrici con particolare attenzione ai disturbi dell'umore, schizofrenia, abuso di sostanze, disturbi di personalità**
 - **Precedenti diagnosi e trattamenti psichiatrici**

Fattori da considerare nella valutazione del rischio suicidario

- **Storia**
 - **Precedenti tentativi di suicidio, tentativi di suicidio abortiti, altri comportamenti autodistruttivi**
 - **Diagnosi e trattamenti medici precedenti o in corso**
 - **Storia familiare di suicidi o tentativi di suicidio, o di disturbi psichiatrici, incluso l'abuso di sostanze**

- **Situazione psicosociale**
 - **Crisi psicosociali acute o fattori di stress psicosociali cronici (perdite interpersonali, perdita del lavoro, problemi economici, discordie familiari, violenza domestica)**
 - **Presenza di supporto sociale**
 - **Costellazione familiare, qualità delle relazioni, presenza di bambini in casa**
 - **Credeze culturali o religiose a proposito della morte o del suicidio**
 - **Facilità di accesso ad armi o altri strumenti potenzialmente utilizzabili**
 - **Notizie di suicidio, anche attraverso i media**

Fattori da considerare nella valutazione del rischio suicidario

- **Punti di forza o di debolezza individuali**
 - **Capacità di adattamento**
 - **Tratti di personalità**
 - **Risposte precedenti allo stress**
 - **Capacità di analisi della realtà**
 - **Capacità di tollerare la sofferenza psicologica e di soddisfare i bisogni psicologici**

Ripetibilità del gesto suicidario

Verificare:

- ✓ **Le modalità di pianificazione o l'impulsività**
- ✓ **L'esecuzione (da soli o in presenza di altri)**
- ✓ **Le precauzioni prese per evitare di essere scoperti**
- ✓ **Il mezzo scelto**
- ✓ **L'opinione del paziente sul grado di letalità del gesto**
- ✓ **La presenza di messaggi scritti**

L'approccio al paziente con idee suicidarie

- **Tutte le minacce suicidarie vanno valutate attentamente, anche se sembrano manipolative, dimostrative o rivendicative**
- **Creare un setting che favorisca la tutela della privacy ed il tempo necessario per la valutazione**
- **Utilizzare un atteggiamento empatico, sicuro, non critico che favorisca la creazione di un'alleanza terapeutica**
- **Superare l'eventuale ridotta disponibilità al dialogo (reticenza, diniego, e/o opposizione), lasciando il paziente libero di parlare liberamente**
- **Iniziare con domande a carattere generale, affrontando con gradualità e attenzione il problema del suicidio**
- **Discutere dell'ideazione suicidiaria in modo diretto non aumenta il rischio di suicidio. I pazienti spesso sono sollevati dalla possibilità di parlare liberamente di qualcosa di cui non possono esprimere altrove, o che li fa sentire in colpa.**
- **Valutare se i miglioramenti riferiti sono reali o nascondono propositi suicidari da attuare in un contesto diverso.**

Rischio suicidario: interventi

- Ogni paziente potenzialmente a rischio va trattenuto fino a quando la valutazione non è completata, ed è stato deciso l'intervento ritenuto più idoneo.
- Il suicidio può avere implicazioni medico-legali, quindi la valutazione e le decisioni sull'intervento devono essere sempre ben documentate.
- La decisione sull'intervento non è facile, ma il clinico non può delegare nessuno a prenderla.
- E' utile coinvolgere i familiari nella decisione, e trovare una collaborazione con loro sull'intervento preferibile.
- Se non si è sicuri della valutazione del rischio è meglio ricoverare il paziente in osservazione per breve tempo, e approfondire la situazione, anche facendo ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio.
- La decisione di ospedalizzare il paziente, scontata in alcune circostanze (evidenza del rischio), richiede una valutazione ponderata dei vantaggi e svantaggi della degenza, ma soprattutto deve tenere in considerazione l'impulsività e l'intenzionalità del soggetto, o la presenza di elementi clinici di grave rischio (ad esempio, allucinazioni imperative, depressione fortemente agitata, comportamenti parasuicidari negli schizofrenici, intossicazione da alcoolici o sostanze), anche in presenza di validi supporti esterni.

Rischio suicidario: interventi

- L'intervento farmacologico in urgenza ha un'importanza relativa in quanto può agire soltanto su aspetti sintomatici indiretti, ovviamente va impostato un trattamento specifico sulla base della diagnosi fatta.
- Nella fase iniziale va tuttavia iniziata una terapia ansiolitica o sedativa per ridurre l'ansia, l'impulsività, l'irritabilità e i disturbi del sonno, o quella antipsicotica se sono presenti deliri o allucinazioni.
- Data la latenza di azione con cui i farmaci antidepressivi esplicano il loro effetto, il loro utilizzo nella fase di emergenza è limitato.

Rischio suicidario: interventi

- Le evidenze disponibili rimangono inconclusive nell'affermare un'efficacia degli psicofarmaci specifica rispetto al rischio suicidario.
- Farmaci per i quali vi sono evidenze più consolidate: clozapina nei pazienti con schizofrenia; sali di litio nei pazienti con disturbi affettivi ricorrenti.
- Gli SSRI determinano un maggior rischio di comportamenti auto- ed eteroaggressivi? Non vi è alcun riscontro.
- Gli antidepressivi triciclici e gli inibitori delle MAO, potenzialmente letali in overdose, devono essere utilizzati con grande cautela nei pazienti a rischio suicidario.
- L'uso di antidepressivi più sicuri e maneggevoli, ad esempio gli SSRI, ha in effetti diminuito la quota di suicidi da overdose di antidepressivi

IL PAZIENTE CON COMPORTAMENTO AGGRESSIVO-VIOLENTO

- La frequenza di comportamenti violenti nelle persone con disturbi psichiatrici non si discosta significativamente da quella della popolazione generale, anche se la percezione pubblica di questo problema può essere molto sovrastimata, contribuendo allo stigma nei confronti dei pazienti psichiatrici.
- L'incidenza di comportamenti violenti nei pazienti con schizofrenia o maniacali in fase acuta è 5 volte superiore a quella della popolazione generale, e diventa 12-16 volte maggiore se vi è un concomitante abuso di sostanze, evenienza oggi sempre più frequente.

IL PAZIENTE CON COMPORTAMENTO AGGRESSIVO-VIOLENTO

- **Nei dipartimenti di emergenza, il 55% degli operatori in un anno subisce aggressioni da parte di pazienti psichiatrici.**
- **Il 40-70% degli psichiatri ha subito un'aggressione fisica almeno una volta nella vita professionale.**
- **Gli psichiatri sono la categoria meno a rischio: l'80% delle aggressioni fisiche riguardano gli operatori non medici, in particolare quelli di sesso femminile e con più scarsa formazione psichiatrica specifica.**

IL PAZIENTE CON COMPORTAMENTO AGGRESSIVO-VIOLENTO

- **Il 30% degli operatori che subisce un'aggressione fisica sviluppa una reazione sintomatica con ansia, sentimenti di frustrazione, perdita di controllo, irritabilità, disturbi somatoformi.**
- **Il 10% presenta un disturbo da stress post-traumatico.**
- **Significative conseguenze: perdita di sicurezza sul lavoro, paura e senso di vulnerabilità, riduzione del senso di competenza professionale.**

Patologie con possibili comportamenti violenti

PSICHIATRICHE

- Schizofrenia
- Sindrome affettiva bipolare (soprattutto mania)
- Disturbi deliranti persistenti
- Disturbi di personalità (soprattutto se con ridotto controllo degli impulsi)

• TOSSICHE

- Alcool (astinenza, intossicazione)
- Allucinogeni (intossicazione con allucinazioni)
- Analgesici (delirium)
- Amfetamine (sintomi paranoidei)
- Anticolinergici (delirium)
- Antidepressivi (delirium)
- Antipsicotici (delirium)
- Steroidi (mania, delirium)
- Cocaina (sintomi paranoidei)

NEUROLOGICHE E MEDICHE

- Epilessia
- Encefaliti, meningiti, AIDS
- Emorragia cerebrale
- Demenza
- Tumori cerebrali
- Ipossia
- Ipertensione
- Ipoglicemia
- Ipo/ipertiroidismo
- Infezioni sistemiche
- Encefalopatia epatica
- Insufficienza renale

Predittori del rischio di comportamento violento: fattori demografici e anamnestici

- Sesso maschile (dati più recenti M=F; M = atti di violenza più gravi)
- Età giovanile (anziani con disturbi psico-organici)
- Basso livello socioeconomico
- Ridotto supporto sociale
- Disoccupazione
- Abusi infantili e storia di violenze familiari
- Uso di droghe o alcool (fattori disinibenti)
- Ritardo mentale o danni cerebrali, anche minimi
- Eventi stressanti (cambiamenti improvvisi nella vita del soggetto; problemi economici; abbandoni; isolamento sociale)

Predittori del rischio di comportamento violento: variabili cliniche

- **Psicosi**
 - Pazienti con ideazione delirante (paranoidea o di gelosia)
 - Pazienti con allucinazioni uditive (voci di comando)
 - Pazienti con concomitante abuso di sostanze e/o alcoolici
 - Fasi di acuzie o di riacutizzazione, periodo del ricovero
 - Crisi psicotiche
 - Scarsa aderenza al trattamento

- **Mania**
 - Presenza di ideazione delirante persecutoria o di grandezza
 - Grave disorganizzazione del pensiero e/ comportamento
 - In risposta ad interventi di contenimento o di limitazione di progetti o programmi, imposizione di regole, pressioni per l'ospedalizzazione

Predittori del rischio di comportamento violento: variabili cliniche

- **Disturbi di personalità**
 - Personalità antisociale
 - Personalità paranoide
 - Personalità borderline

- **Abuso di sostanze o alcool**
 - Alcool (azione disinibente; compromissione cognitiva con ridotta capacità di critica e di giudizio)
 - Altre sostanze (allucinazioni, sintomi paranoidei, agitazione, irritabilità)

- **Disturbi psicorganici**

IL PAZIENTE CON COMPORTAMENTO VIOLENTO: GESTIONE E INTERVENTI

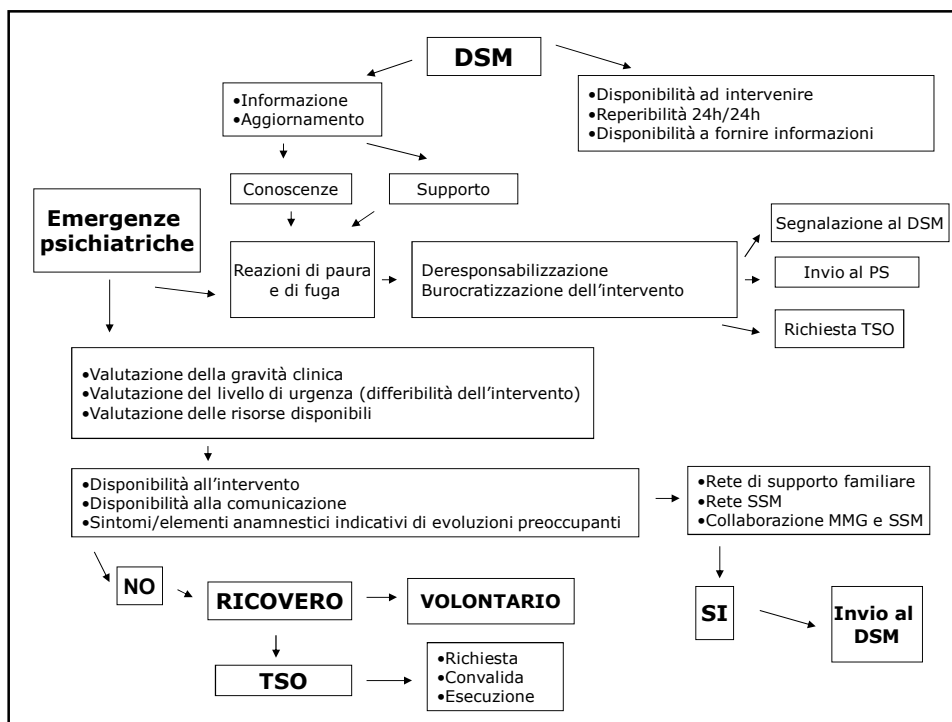
- **Raccogliere tutte le informazioni disponibili**
- **Coinvolgere altro personale preparato**
- **Garantire la sicurezza del paziente e degli operatori**
- **Utilizzare un ambiente tranquillo e sicuro**
- **Evitare la sensazione di costrizione e di limitazione della libertà**
- **Allontanare familiari o altre persone identificate come “nemici”**

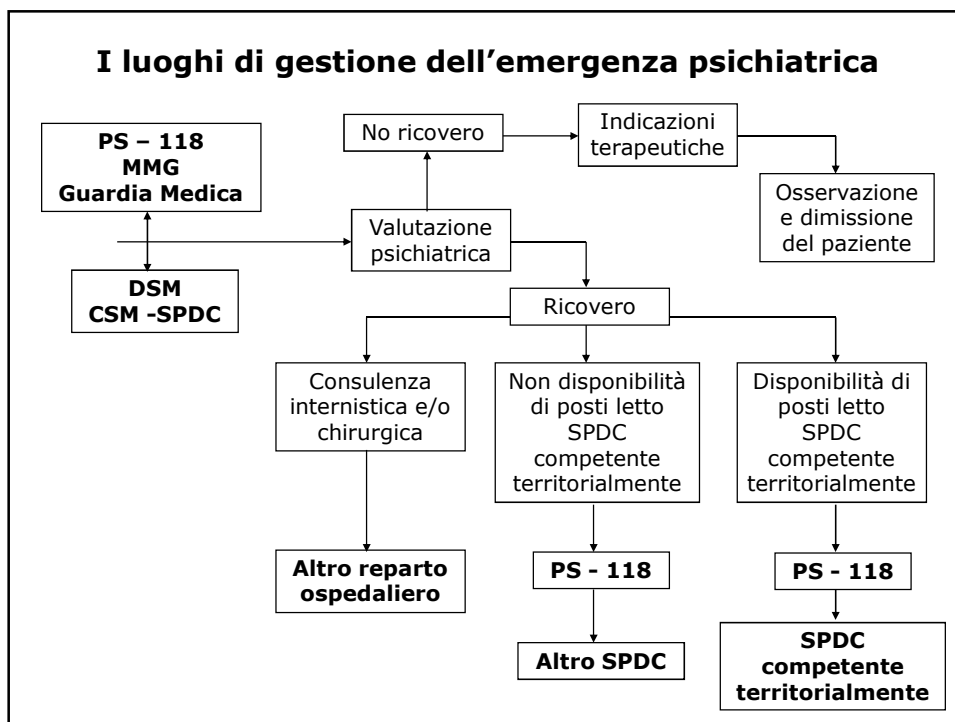
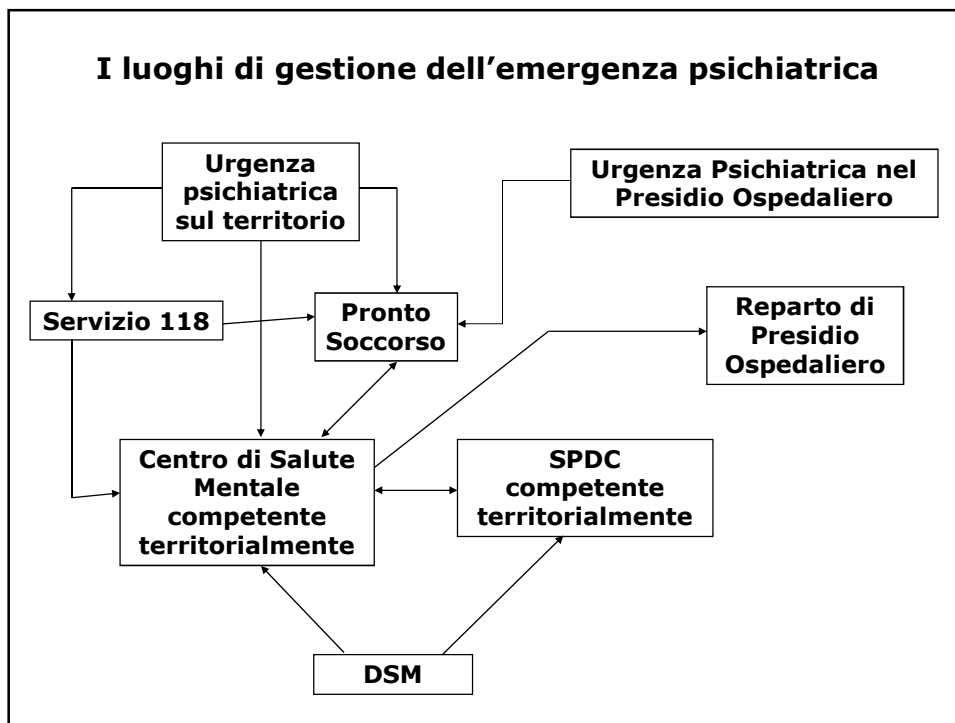
IL PAZIENTE CON COMPORTAMENTO VIOLENTO: GESTIONE E INTERVENTI

- **Approcciare il paziente con calma, disponibilità, mantenendo fermezza e rispetto**
- **Evitare atteggiamenti inquisitori, autoritari o giudicanti**
- **Valutazione delle possibili “cause” della fase di emergenza (disturbo psichico, intossicazione)**
- **Decidere sull’opportunità di ospedalizzazione, sulla disponibilità ad un trattamento farmacologico**
- **Il ricovero è necessario per controllare il rischio acuto, approfondire la diagnosi, la situazione personale e ambientale, avviare un trattamento adeguato**
- **Nei pazienti con disturbi organici, abuso o astinenza da alcoolici, intossicazioni da sostanze il ricovero deve avvenire nei reparti di medicina o specialistici di altro tipo, in quanto le patologie e complicanze sono in questi casi prioritarie e vanno specificamente trattate**
- **L’agitazione e la violenza non devono essere considerate aprioristicamente di competenza psichiatrica**
- **Ogni decisione va definita e documentata: ai fini medico-legali è meno rilevante una previsione errata che una raccolta incompleta dei dati disponibili, o un loro uso inadeguato per la valutazione del rischio**

IL PAZIENTE CON COMPORTAMENTO VIOLENTO: INTERVENTI FARMACOLOGICI

- **Benzodiazepine**
 - effetto sedativo
 - somministrazione per via endovenosa (maggiore rapidità d'azione) ad infusione lenta
 - somministrazione per os (gocce) (assorbimento più rapido)
 - fare attenzione alla depressione respiratoria
- **Antipsicotici**
 - a maggiore attività sedativa (clotiapina, clorpromazina, aloperidolo)
 - somministrazione per via intramuscolare o per os (la via endovenosa va evitata per il rischio di morte improvvisa per aritmie ventricolari, ipotensione, collasso cardiocircolatorio e shock)
 - fare attenzione all'ipotensione ortostatica e all'acatisia
 - utilizzare dosaggi standard, ripetendo la somministrazione fino al raggiungimento della sedazione desiderata





URGENZA E OSPEDALIZZAZIONE

Fattori che influenzano la decisione di ricoverare

- **Quadro clinico**
- **Situazione ambientale e disponibilità nei confronti del paziente**
- **Rischi e responsabilità medico-legali**
- **Disponibilità di risorse del servizio**
- **Clima socio-culturale in cui opera il servizio**
- **Riferimenti teorico-culturali ed operativi del servizio**
- **Fattori emotivi degli operatori**
- **Rapporti interpersonali fra gli operatori coinvolti nel caso**

IL CONSENSO IN MEDICINA

- **“Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di Legge. La legge non può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”**

(Art. 32 della Costituzione Italiana)

IL CONSENSO IN MEDICINA

- **“Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell’informarlo dovrà promuovere la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche”**

(Art. 30 del Codice di Deontologia Professionale della Federazione degli Ordini dei Medici, 1998)

IL CONSENSO IN MEDICINA

- **“Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l’acquisizione del consenso informato del paziente”.**
- **“Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell’indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona”**

(Artt. 32 e 34 del Codice di Deontologia Professionale della Federazione degli Ordini dei Medici, 1998)

IL CONSENSO IN MEDICINA

Condizioni nelle quali si può prescindere dal consenso del paziente:

- **“Stato di necessità”(art. 54 C.P.): “non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo di un danno grave alla persona...” (non possibilità, bensì imminenza di danno alla persona; non agire in queste condizioni può configurare il reato di omissione (art. 593 del C.P.).**
- **Condizioni previste dagli artt. 34 e 35 della Legge 833/78 sui Trattamenti Sanitari Obbligatorii.**

IL CONSENSO IN MEDICINA

Il consenso prevede:

- **L’informazione data dal medico (non delegabile ad altre figure professionali)**
- **Il comprendere consapevole da parte del paziente**
- **L’accettazione e la restituzione del consenso**
- **La possibilità di revoca**

IL CONSENSO IN MEDICINA

L'informazione deve pertanto essere:

- **Medica**
deve riguardare le condizioni di salute del paziente e la loro prevedibile evoluzione con o senza trattamento adeguato, le caratteristiche del trattamento proposto, i rischi e l'esistenza di trattamenti alternativi
- **Personalizzata**
deve essere fornita in funzione del livello culturale e intellettuale dell'interessato
- **Completa**
deve essere esauriente
- **Comprensibile**
non basta informare in maniera adatta, ma il medico deve accertarsi dell'avvenuta comprensione delle informazioni date

IL CONSENSO IN MEDICINA

Per essere ritenuto valido il consenso deve essere:

- **Personale:**
espresso direttamente dal paziente (fatta eccezione per i minori e per i soggetti inabilitati o interdetti)
- **Libero e spontaneo**
riflette la capacità di esprimere la propria volontà coscientemente e liberamente, con una scelta non condizionata o vincolata
- **informato**
il paziente deve comprendere la sua malattia, il significato dell'utilità delle cure, ma anche gli effetti indesiderati
- **Attuale**
il consenso riguarda l'intervento proposto e non ha valore continuativo
- **Manifesto**
non è implicitamente acquisito con l'assenza di dissenso o con tacita disponibilità.

IL CONSENSO IN MEDICINA

Il consenso può essere:

- **Presunto**
quando si configura lo stato di necessità
- **Implicito**
nel caso in cui il trattamento non comporti particolari rischi, e sempre dopo una corretta informazione
- **Esplicito**
quando il trattamento comporta particolari rischi

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

Il TSO per malattia mentale prevede che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solamente se sono contemporaneamente presenti tre condizioni:

- **L'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;**
- **La mancata accettazione da parte dell'infermo degli interventi di cui sopra;**
- **La mancanza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.**

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

Condizioni cliniche che possono richiedere un T.S.O.:

- **Alterazioni dello stato di coscienza (stati confusionali, stati oniroidi, stati crepuscolari, sindromi "dissociative")**
- **Compromissione della consapevolezza di malattia (sindromi deliranti o allucinatorie, sindromi maniacali, dipendenza o abuso di sostanze)**
- **Disturbi cognitivi (demenza, oligofrenia, patologie organiche cerebrali)**
- **Disturbi depressivi (con gravi alterazioni della consapevolezza di malattia, manifestazioni deliranti, rischio suicidario)**

CARATTERISTICHE ESSENZIALI DEL TSO

- **Evento straordinario**
- **Finalizzato alla tutela della salute mentale del paziente (non deve essere considerata una misura di difesa sociale)**
- **Disposto dall'autorità sanitaria**
- **Attivato solo dopo aver ricercato, con ogni iniziativa possibile, il consenso del paziente ad un intervento volontario**
- **Proposto e convalidato solo dopo aver effettivamente visitato il paziente (reato di falso ideologico e sequestro di persona)**
- **Procedura attivabile solo in caso di urgenza, gravità, inevitabilità**
- **Presenza di garanzie e tutele per l'assistito**

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

LA PROCEDURA

- Proposta del medico che certifica l'esistenza delle suddette tre condizioni
- Convalida della proposta da parte di un altro medico, dipendente pubblico
- Emanazione da parte del Sindaco dell'ordinanza esecutiva (entro 48 ore)
- Notifica al Giudice Tutelare (entro 48 ore) che provvede a convalidare o meno il provvedimento, comunicandolo al Sindaco
- Durata del provvedimento: 7 giorni
- Possibilità di proroga (da comunicare al Sindaco ed al Giudice Tutelare)
- Cessazione del TSO da comunicare al Sindaco ed al Giudice Tutelare)

PROPOSTA DI TSO

Sig./ra.....

Nato/a a..... il.....

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

Il sig./ra.....

è affetto/a da.....

Verificato che:

1. sono necessari interventi terapeutici ospedalieri urgenti;
2. non sono accettati dal/la paziente;
3. non sussistono, del resto, condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Si propone il Trattamento Sanitario Obbligatorio

presso.....

Data.....

Firma e Timbro.....