

TSO E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Dott. Di Castri Giovanni

- Le procedure di ASO e TSO extraospedalieri sono regolati dagli articoli 33-34-35 della legge 833/78.
- L'art 32 della Costituzione sancisce che e' lecito curare un paziente contro la sua volonta' solo nei casi previsti dalla legge.
- L'art 33 (legge 833/78) cita che gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari.
- Il trattamento sanitario che prescinde il consenso viene considerato un'ECCEZIONE di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano.

- La messa in opera di un trattamento di bisogno psichico richiede la partecipazione di tutte le istituzioni coinvolte :polizia di stato,carabinieri,polizia municipale,118,DSM,pronto soccorso,SPDC,tribunale dei minori,comune,vigili del fuoco

- Garanzie amministrative e giurisdizionali:
- La necessita' di intervenire a beneficio del paziente prevale sul rispetto del diritto della liberta'del soggetto.
- Il punto fondamentale non e' il rifiuto dell'intervento ma la necessita' di intervenire per il disturbo psichico che deve rispettare i presupposti di attualita' e gravita'.

- L'attuazione del ASO prevede tempi tecnici di breve durata necessari alla attenta valutazione psichiatrica del paziente.
- Il TSO ha durata di 7 giorni e prevede la convalida entro le 48 ore tramite ordinanza del sindaco, nelle successive 48 ore l'avvenuto ricovero il sindaco fa recapitare tramite messo comunale il provvedimento al giudice tutelare della circoscrizione di competenza il quale, assunte le informazioni e eventuali accertamenti, con decreto motivato provvede a convalidare (o non) il provvedimento del sindaco.
- La tempistica dei 7 giorni permette la fase di presa in carico da parte della rete dei servizi territoriale o delle SPDC del dipartimento di appartenenza in modo da garantire la continuita' terapeutica

- Prima di espletare un ASO /TSO il servizio territoriale deve cercare di motivare il paziente alla terapia (art 33 iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi ne e' obbligato):
- Solo l'attualita' di alterazioni psichiche e il rifiuto attuale del trattamento puo' giustificare il TSO.
- Qualunque medico e' abilitato al riconoscimento di alterazioni psichiche tali da richiedere un trattamento sanitario obbligatorio (art 34 legge 833/78) ma ove presenti servizi territoriali di salute mentale e' lo psichiatra o l'equipe territoriale a intervenire direttamente.

- Ulteriori garanzie sono assicurate dal fatto che chi e' sottoposto a TSO o chiunque ne abbia interesse puo' proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.
- Diritto riconosciuto dall'infermo in corso di TSO di comunicare con chi ritenga opportuno.

- Modalita' esecuzione ASO
- Corretta valutazione del bisogno di cure e migliore decisione in merito alla necessita' di attivare un trattamento deciso da uno psichiatra.
- Il medico del DSM puo' proporre ASO se in base alle informazioni avute sia necessaria una valutazione psichiatrica ai fini di un trattamento nei casi in cui il sanitario non riesca a visita il paziente; il medico non psichiatra (continuita' assistenziale) puo' proporre ASO nei casi in cui nutra dubbi sull'attualita' degli elementi per richiedere un TSO.
- La proposta deve essere inoltrata al sindaco e deve essere eseguita dalla polizia municipale.

Tso in degenza ospedaliera

- Le condizioni poste dalla legge sono:
- 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 e idonee misure sanitarie extraospedaliere.

- Condizione necessaria per l'attivazione e' 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.
- I medici della continuita' assistenziale hanno i requisiti dell'art 34 per il medico che deve convalidare il TSO,ma in genere si raccomanda l'intervento di uno psichiatra del servizio pubblico.

- La procedura del TSO appartiene alla polizia municipale in tutte le sue fasi e anche di attivazione dei servizi delle asl (art 39); il personale sanitario collabora per rendere meno traumatico il trattamento e praticare gli interventi sanitari necessari.
- L'eventuale prolungamento del TSO oltre i sette giorni avviene a seguito di proposta motivata del responsabile del SPDC.

TSO extraospedaliero

- Eventualita' in cui e' possibile adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.
- Si caratterizza dal fatto che obbliga una persona a curarsi ma il luogo non e' vincolato a caratteristiche specifiche.
- I luoghi piu' spesso adottati sono il domicilio del paziente (con attivazione di visite domiciliari) o il CSM (obbligando il paziente a visite ambulatoriali).

- Il TSO deve considerarsi come un'eventualità del tutto eccezionale, una deroga espressamente autorizzata e disciplinata dalla legge al principio del necessario consenso.
- Gli accertamenti e i trattamenti obbligatori devono essere sempre accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi vi è interessato (comma 5 art 1)

- La terminologia medica distingue tra emergenza che necessita di assistenza meno immediata legata a situazioni di disagio e disadattamento che richiedono risposte al di fuori dell'ambito psichiatrico ma socio assistenziale e ambientale (patologie psichiatriche croniche non acute o patologie organiche neurologiche) dall'urgenza che riguarda la patologia psichiatrica acuta che necessita di trattamento diagnostico terapeutico immediato (disturbi depressivi, d'ansia, maniacali, scompensi deliranti) che richiedono trattamenti terapeutici, psicoterapia, ricovero ospedaliero e solo come ultima spiaggia il TSO.

- Non piu' il concetto di pericolosita' quanto il grado di sopportazione ed il quoziente di tolleranza esistente rispetto al suo ambiente.
- L'urgenza psichiatrica nascerebbe in stretta correlazione al contesto ambientale (soprattutto familiare), minore e' la tolleranza e l'aiuto fornito in tale contesto maggiori sono le possibilita' che una condizione psichiatrica si trasformi in urgenza.

I trattamenti sanitari obbligatori durante il servizio di continuita' assistenziale in una ASL di Roma

- E' stato svolto un lavoro di ricerca su base statistica, lavorativa valutando i risvolti sociali, assistenziali, ambientali, terapeutici dell'attivita' della continuita' assistenziale nei confronti della richiesta di trattamenti sanitari obbligatori che vengono richiesti durante lo svolgimento del servizio.
- L'attivita' di continuita' assistenziale si svolge tutti i giorni feriali e festivi dalle 20 alle 8 e nei prefestivi dalle 10 alle 20 e nei festivi dalle 8 alle 20.
- Non essendo in tali orari attivo il servizio di psichiatria territoriale presso il CSM, il servizio di continuita' assistenziale risponde a tutte le esigenze psichiatriche e non del distretto di appartenenza. le richieste di assistenza sono comunicate da una centrale di ascolto tenuta da medici di continuita' assistenziale che comunicano al medico operante sul territorio la richiesta di assistenza che a loro e' pervenuta attivando il numero dell'emergenza.

- E' stata valutata l'attivit  lavorativa di un distretto della citt  di Roma con una popolazione residente di 184.144 utenti (dati 2013) a cui si deve aggiungere circa 20000 utenti non residenti ma temporaneamente presenti per motivi lavorativi, studio, malattia, disabilit .
- L'estensione territoriale di tale distretto   una delle maggiori valutata rispetto agli altri distretti cittadini.
- Il numero di visite effettuate in tale postazione   elevatissimo ed il pi  alto tra i municipi di roma .

- Durante i sei (6) anni di attivita' valutati sono state effettuate 16971 visite complessive con un numero di richieste di intervento psichiatrico di 822 pari al 4,84% del totale delle visite.
- Le visite sono state richieste maggiormente nei giorni di lunedì (14,1%), venerdì (11,7%), prefestivo giorno (12,6), prefestivo notte (13,9), festivo giorno (14,5), rispetto ad altri giorni della settimana martedì (8,9), mercoledì (6,6), giovedì (8,7), festivo notturno (9,0), tale risultato si rapporta sicuramente al mancato apporto assistenziale dei servizi psichiatrici di territorio.

- Non sembrano esserci differenze statistiche importanti tra i mesi dell'anno ,a parte un picco riscontrato nei mesi di giugno (11,3%) e settembre (11,4%) rispetto ai mesi restanti : gennaio 6,2%,febbraio 5,4%,marzo 7,5%,aprile 9,7%,maggio 6,6%,luglio 8,5%,agosto 8,6%,ottobre 8,1%,novembre 9,4%,dicembre 7,3%.

- Nonostante ci sia stata una variazione nelle visite totali annuali che variano da un minimo (negli anni presi a campione) di 2968 ad un massimo di 4140 ,il numero delle visite richieste per urgenze psichiatriche si e' mantenuto stabile tra un minimo annuo di 130 visite ad un massimo di 145 visite/anno.

- Sugli anni di attività lavorativa presi a campione ci sono state un totale di 822 richieste di interventi per patologie psichiatriche.
- Di queste l' 84% rientravano in stati patologici psichiatrici acuti o cronici da dover trattare in ambito territoriale /ospedaliero.

- Gli interventi medici sono stati tutti coadiuvati dal personale del 118; nella maggior parte dei casi è stato richiesto l'intervento della Polizia Municipale (che su Roma utilizza per tale servizio pochissime unità, a volte impegnate in servizi simili a molti chilometri di distanza considerando la vastità demografica ed urbanistica).

- In casi molto rari e selezionati in base alla gravità della situazione socio-ambientale e sanitaria si è provveduto a sollecitare l'intervento della forza pubblica rappresentata dalle forze di Polizia e Carabinieri utilizzati per accompagnare il paziente al P.S. ma si tratta di casi molto rari che hanno interessato pazienti estremamente violenti verso se stessi, i familiari, il territorio, armati, non disposti in alcun modo al dialogo in preda a stati psicotici con scarsa aderenza alla realtà.

- In casi altrettanto rari si è ricorso all'aiuto dei vigili del fuoco in presenza di soggetti barricati in casa, o che hanno ricorso all'uso del fuoco bruciando suppellettili casalinghi o che minacciavano il suicidio gettandosi nel vuoto.

- Nella maggior parte dei casi i sanitari del servizio di continuita' assistenziale hanno inviato il paziente presso il STDP di competenza territoriale richiedendo un videat psichiatrico urgente per una migliore valutazione clinico-terapeutica da parte dello specialista psichiatra in servizio al P.S.
- Si preferisce convincere e dialogare con il paziente limitando al massimo la sua liberta' personale per una soluzione meno traumatica possibile e per una necessaria stadiazione psichiatrica.

- La scelta di proporre un trattamento sanitario obbligatorio e' sicuramente un evento eccezionale, determinato dalla attualita' e gravita' della patologia psichiatrica, rispettando i canoni legali che caratterizzano tale tipo di trattamento.
- Nella maggior parte dei casi si trattava di pazienti non seguiti in ambito psichiatrico con patologia di nuova insorgenza non sufficientemente valutata nella sua emergenza e durata.

- Nella maggior parte dei casi la richiesta di intervento psichiatrico era indotta dalla ripresa della patologia psichiatrica per abbandono delle cure, rifiuto delle stesse e della propria situazione di paziente affetto da alterazioni psichiatriche, l'allontanamento dai DSM o da specialisti psichiatrici che in passato seguivano therapeuticamente il paziente; ma da non sottovalutare e' la scarsa compliance familiare e sociale accompagnata da rifiuto ed allontanamento del paziente psichiatrico.

Si deve sempre valutare la differenza tra emergenza ed urgenza psichiatrica.

nell'emergenza psichiatrica si cerca di indirizzare il paziente con patologia psichiatrica cronica verso la ripresa della terapia abbandonata o ad una nuova rivalutazione terapeutica e si indirizzano verso la psichiatria territoriale.

E' la patologia urgente ,acuta che richiede una cura del paziente diversa,una presa in carico caratterizzata dalla stretta sorveglianza evolutiva clinico/terapeutica che vede coinvolti sistemi territoriali dedicati e l'apporto dello specialista psichiatra;solo nei casi eccezionali in cui non si riesca in tale indirizzo si ricorre da parte della continuita' assistenziale (medici ricordiamo non specialisti in psichiatria)alla proposta di trattamento sanitario obbligatorio che deve essere necessariamente convalidato per le sue competenze specifiche e professionali dallo psichiatra.

- Nel restante 16% degli interventi etichettati come richieste di intervento psichiatrico si rivelavano, alla visita, patologie che non richiedevano trattamento psichiatrico.
- Rientrano in tale gruppo:
- le demenze senili che richiedono una valutazione clinico/terapeutica e sostegno del care giver.
- Dipendenza da alcool ,la astinenza/intossicazione acuta sono quadri di pertinenza medico/neurologica

- Uso di sostanze,intossicazione acuta con pericolo di vita o con gravi alterazioni comportamentali sono di pertinenza del P.S.
- Delirium richiede il P.S. per definire le cause
- Senza fissa dimora non costituisce emergenza/urgenza,ma in assenza di risposte specifiche rischiano di utilizzare il P.S.

conclusioni

- La tipologia lavorativa della continuita' assistenziale ha dei connotati molto particolari, il servizio assicura, nelle ore notturne e nelle giornate dei pre festivi e festivi, la risposta medica sul territorio in maniera itinerante a grosse zone territoriali con coefficienti demografici elevati e a grossa componente di popolazione anziana che richiede trattamenti clinico terapeutici urgenti, tra questi sono compresi anche gli interventi di ordine psichiatrico richiesti sul territorio.

- Dalla analisi del periodo osservazionale effettuato possiamo concordare che i medici della continuita' assistenziale seguono linee guida basate sulla salvaguardia della liberta' individuale del paziente cercando di ottenere il consenso, la fiducia e l'adesione alla terapia, confrontandosi con figure professionali specialistiche per una migliore risoluzione del caso sia in senso socio/familiare che clinico/terapeutico, utilizzando la limitazione della liberta' personale solo in casi veramente eccezionali ed estremamente gravi senza possibili alternative clinico/terapeutiche percorribili, ricorrendo sempre alla professionalita' ed esperienza del collega psichiatra.