



RISVOLTI GIURIDICI DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA PATOLOGIA PSICHIATRICA GRAVE

Rolando Paterniti

Direttore della Unità Operativa di Psichiatria Forense e Criminologia Clinica
Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

La presa in carico del paziente con patologia psichiatrica grave

La presa in carico prevede un percorso di trattamento integrato per utenti con bisogni complessi che necessitano valutazione multidimensionale e interventi multiprofessionali.

- Definizione **PTI** (Piano di Trattamento Individuale)
- Identificazione **Case Manager** (Referente del caso)
- Recupero “drop-out” (“persi di vista”)
- **Interventi di psicoterapia, psicoeducazione, riabilitazione**
- **Integrazione tra soggetti istituzionali per gestione del caso (multiprofessionalità)**

Si differenzia dalla consulenza/collaborazione (con MMG, SMIA, Ser.D., ecc.) per cure specialistiche non continuative e dalla assunzione in cura (percorso di cura per utenti in trattamento specialistico a breve, medio e lungo termine ma non interventi complessi e multiprofessionali).

La presa in carico: priorità e criticità

- ▶ **Definizione di Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali**
- ▶ **Continuità delle cure**
- ▶ **Promozione dell'integrazione tra le «Aree di confine»**
- ▶ **La presa in carico di pazienti autori di reato**
- ▶ **Raccomandazioni agli psichiatri per ridurre il rischio giudiziario**

Alcuni riferimenti legislativi nella moderna organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale

- **Consenso informato e partecipazione alle cure** (Legge n° 145/2001 che recepisce la Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e della biomedicina e legge n° 219/2017 sull'obbligo di inserire tale consenso nella cartella clinica)
- **Amministrazione di Sostegno** (Legge n° 6/2004)
- **Vizio di mente e Disturbi di Personalità** (sent. Raso, Cassazione 2005)
- **Chiusura degli O.P.G.** (legge n° 81/2014)
- **"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"** (Legge Gelli n. 24/2017),
- Progetti Obiettivo nazionale e regionale sulla Salute Mentale
- Salute Mentale e Assistenza Psichiatrica in Carcere

Piano Terapeutico e consenso informato

Definizione di un PTRI condiviso con il paziente e con l'equipe costituita dalle varie figure professionali

Questo implica la necessità di un **consenso informato** espresso dal paziente.

Il consenso informato è la manifestazione di volontà che il paziente esprime liberamente in ordine ad un accertamento e/o trattamento medico/sanitario al quale deve essere sottoposto e che deve essere preceduto da adeguata informazione circa le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali, i rischi ragionevolmente prevedibili, l'esistenza di valide alternative terapeutiche e le conseguenze dell'eventuale rifiuto al trattamento.

Rappresenta il diritto del paziente all'autodeterminazione che si concretizza nella facoltà di scegliere tra diverse possibilità di trattamento medico, accettare, interrompere o anche rifiutare i trattamenti (diagnostici, terapeutici ecc.) che gli vengono proposti.

La Legge n. 219/2017 « Norme in materia di consenso informato e Disposizioni Anticipate di Trattamento »

Art. 1 – Consenso informato

- ▶ **CONSENSO INFORMATO** (art 1 co. 1-3): ▪ ogni trattamento medico/sanitario deve essere preceduto da consenso libero e informato del paziente ▪ nella relazione di cura possono essere coinvolti anche i familiari o persona di fiducia ▪ il paziente può rifiutare di ricevere informazioni o indicare un familiare o una persona di fiducia che riceva le informazioni e esprima il consenso in sua vece
- ▶ **DOCUMENTAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO** (art. 1 co. 4): ▪ il consenso deve essere acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente (forma scritta o orale, videoregistrazioni, dispositivi ad hoc) ed inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico
- ▶ **RIFIUTO DI RICEVERE IL TRATTAMENTO** (art.1 co. 5): ▪ il paziente capace di agire può rifiutare qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario. Il medico prospetta le conseguenze, le possibili alternative e promuove ogni azioni di sostegno (anche assistenza psicologica)

La figura del fiduciario

Il paziente può indicare il **nominativo di una persona di fiducia** a cui delegare il ricevimento di informazioni relative al proprio stato di salute ed al quale conferire la facoltà di esprimere nel suo interesse il consenso informato a determinate terapie mediche

Casi nei quali il paziente non può esprimere il consenso

- ▶ **INTERDIZIONE** (art 3 co. 3) ▪ Il consenso informato dell'interdetto (art 414 c.c.) è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto, ove possibile;
- ▶ **INABILITAZIONE** (art 3 co. 4) ▪ Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla persona inabilitata;
- ▶ **AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO** (art. 3 co. 4) ▪ Nel caso di nomina di ADS che preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'ADS o solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario.

La criticità delle aree di confine (assoluta necessità di collaborazione)

- ▶ **Minori e giovani adulti**
Collaborazione e integrazione con la Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
- ▶ **Pazienti affetti da forme di dipendenza**
Collaborazione e integrazione con Servizio Dipendenze
- ▶ **Anziani con grave decadimento cognitivo**
Collaborazione/consulenza con MMG e con le RSA
- ▶ **Disabili psichici e fisici**
Collaborazione e integrazione con l'Area Handicap
- ▶ **Patologie croniche invalidanti**
Collaborazione con i rispettivi ambiti clinici

**regolamentare i rapporti tra servizi attraverso procedure chiare e condivise
evitando il gioco del ping-pong o della palla avvelenata**

La presa in carico di pazienti autori di reato

La legge di chiusura degli OPG ha attribuito ai Centri di Salute Mentale il compito di curare e assistere e in un certo senso anche di «controllare» pazienti autori di reato.



Tutti i medici sono responsabili per la salute dei loro pazienti e tutti i medici sono responsabili per i propri atti professionali, ma

solo lo psichiatra è responsabile anche per la condotta del suo assistito.

Riflessioni sulla legge 81/2014

Con la legge di superamento degli OPG si sono sanciti i principi della **priorità della cura necessaria**, di **territorialità** delle medesime cure, la **centralità del progetto terapeutico individualizzato** e, infine, il principio più significativo della **residualità e transitorietà della misura di sicurezza detentiva**, dovendosi ritenere **il ricovero in Rems uno strumento di extrema ratio, utilizzabile soltanto laddove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili.**

Ne è derivato un maggiore e più incisivo ruolo dei Dipartimenti per la Salute Mentale, servizi territoriali ai quali deve essere affidata la cura dei malati psichici autori di reato, così privilegiando l'inclusione sociale e la scelta di misure non detentive. **I dipartimenti di Salute Mentale sono divenuti a pieno titolo i titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali.**

Altre riflessioni sulla legge 81/2014

- ▶ La nuova disciplina richiede che, già nella fase delle indagini sarà necessario, ove l'autore del reato risulti essere soggetto con ipotizzabile prognosi di non imputabilità o semimputabilità, non solo acquisire tutta la documentazione clinica rilevante, ma anche affidare ad un consulente l'incarico di eseguire un accertamento sulle condizioni di salute mentale dell'indagato e sulla sua eventuale pericolosità secondo i criteri indicati dalla normativa vigente.
- ▶ Sarà dunque **indispensabile chiedere al consulente/perito di coordinarsi con i servizi territoriali** che hanno già (o che dovranno avere) in cura il soggetto e **di individuare le soluzioni di cura praticabili sul territorio** o con inserimento comunitario, con **onere specifico**, e nel caso di indicazione di Rems, di specificare gli elementi in base ai quali ogni alternativa risulti non praticabile.

Collaborazione tra psichiatra- perito e psichiatra- referente

Nell'ottica della cura e della recovery del paziente **allo psichiatra del CSM viene chiesto di collaborare con il perito** per individuare il piano terapeutico individualizzato e/o la struttura residenziale/semiresidenziale più appropriata.

Con la recente **risoluzione del 24 settembre 2018** il Consiglio Superiore della Magistratura è di nuovo intervenuto *“in continuità con la delibera del 19 aprile 2017”* sottolineando ancora **l'assoluta necessità che “i rapporti di conoscenza dell'offerta terapeutica e riabilitativa sul territorio [...] siano saldi e costantemente aggiornati”**.

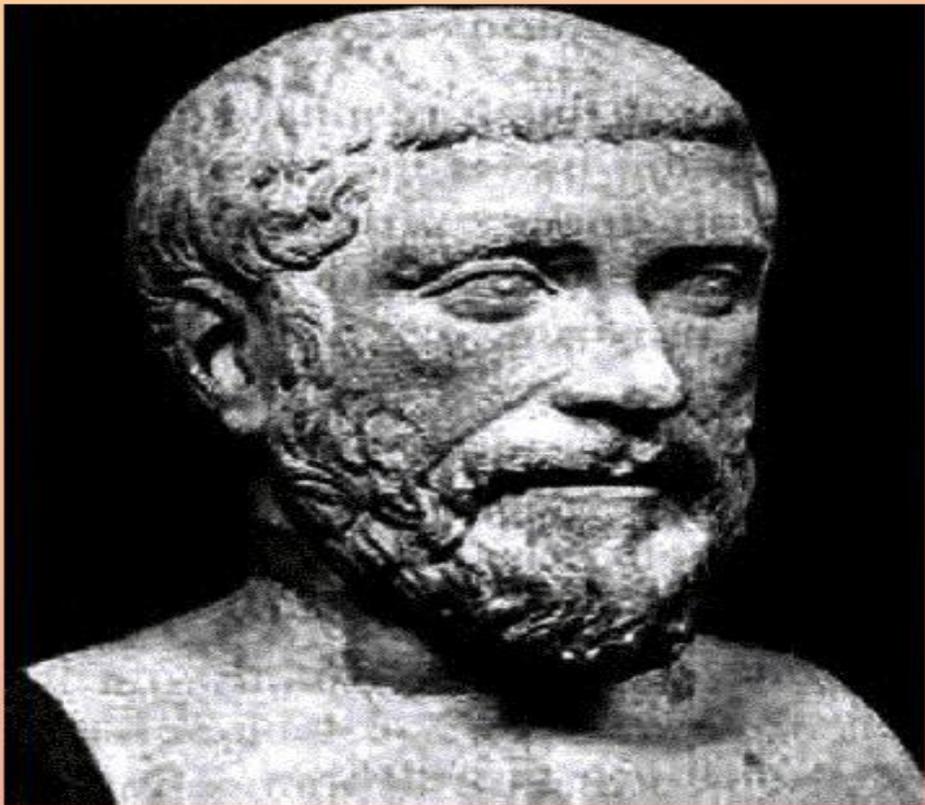
Questa collaborazione, in alcuni casi, può portare a problematiche inerenti l'alleanza tra terapeuta e paziente.

Alcune raccomandazioni (1)

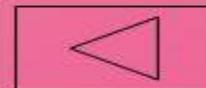
- **Aggiornare** sempre il diario clinico (è opportuno registrare **tutti** gli interventi che vengono effettuati).
- **Descrivere** sempre l'esame obiettivo psichiatrico del paziente al momento del colloquio e formulare un'ipotesi diagnostica.
- La **terapia** che viene consigliata al paziente, dopo una valutazione dello stato psicopatologico, deve essere **congruente** all'ipotesi diagnostica formulata (la terapia deve essere congruente alla diagnosi formulata).
- Nella presa in carico del paziente, è opportuna la formulazione di un progetto terapeutico individualizzato, **condiviso e «approvato»** dal paziente.
- Nel caso di pazienti autori di reato si raccomanda la **collaborazione con il perito** per individuare soluzioni di cure e/o strutture adeguate.

Alcuni raccomandazioni (2)

- **Ottenimento del Consenso informato da parte del paziente e collaborare con la sua famiglia**
- **Tenuta corretta della cartella clinica ospedaliera e ambulatoriale**
- **Valutazioni idonee ed esaustive nelle consulenze al DEA**
- **Procedure chiare e praticabili nella gestione delle terapie farmacologiche : chi somministra che cosa e in quale contesto** (ambulatorio, spdc, residenza psichiatrica, Comunità Terapeutica, SRP 1 e 2)
- **Regolamentazione delle procedure per ASO e TSO** (in ambulatorio, in SPDC, in REMS, in carcere, con il 118)
- **Procedure chiare e definite nella gestione delle strutture residenziali** (compiti del medico, dello psicologo, dell'infermiere, dell'educatore, dell'assistente sociale, dell'operatore di cooperativa). **(La responsabilità penale è sempre individuale, non risponde l'equipe).**
- **Lasciare sempre traccia scritta di ciò che abbiamo fatto** (quello che abbiamo pensato di fare non esiste).



Grazie per avermi
ascoltato..il mio lavoro
finisce qui...ora torno ai
miei pensieri. Buona
fortuna!



Il Dipartimento di Salute Mentale

Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), unico per ogni Azienda Usl, dotato di autonomia tecnico-organizzativa.

vantaggio organizzativo

vantaggio gestionale

Organizzazione dipartimentale

```
graph TD; A([Organizzazione dipartimentale]) --> B[vantaggio organizzativo]; A --> C[vantaggio gestionale]; A --> D[implementazione del modello di integrazione]; A --> E[recupero della centralità del paziente];
```

implementazione del modello di integrazione

recupero della centralità del paziente

Il Territorio come luogo di integrazione socio-sanitaria

La dimensione territoriale diventa luogo idoneo allo sviluppo di strategie erogative fondate su:

- la **prevenzione**
- la **gestione della cronicità**: bisogni e assistenza continuativa a lungo termine

L'integrazione si fonda sulla:

- **centralità dell'assistito**: PERSONALIZZAZIONE dell'assistenza
- la **PRESA IN CARICO UNITARIA E GLOBALE** (profili fisico, psichico e sociale)
- la **promozione della PARTECIPAZIONE ATTIVA** dell'assistito e della collettività ai processi di miglioramento (recovery e empowerment)