

Direzione Regionale: SALUTE E POLITICHE SOCIALI

Area: POLITICHE PER L'INCLUSIONE

DETERMINAZIONE

N. G06331 del 18/05/2018

Proposta n. 8168 del 17/05/2018

Oggetto:

Protocollo regionale "Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio". Modifica ed integrazione;

Proponente:

Estensore

MANCUSO ROSARIO

Responsabile del procedimento

MAZZAROTTO ANTONIO

Responsabile dell' Area

A. MAZZAROTTO

Direttore Regionale

IL SEGR. GEN. A.TARDIOLA

Protocollo Invio

Firma di Concerto

OGGETTO: Protocollo regionale *“Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio”*. Modifica ed integrazione;

Il Segretario Generale

Su proposta del Dirigente dell'Area Politiche per l'inclusione

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 recante: “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale dell'11 dicembre 2017, n. 837, con la quale è stato attribuito al Segretario generale pro tempore il potere di adozione di atti e di provvedimenti amministrativi inerenti la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale 21 marzo 2018 n. 171, con la quale il dott. Andrea Tardiola è stato riconfermato Segretario generale della Giunta regionale del Lazio;

VISTO il decreto dirigenziale n. G17578 del 18 dicembre 2017, “Art. 166 del rr. n. 1/2002. Conferimento di delega al dirigente dell'Area “Politiche per l'Inclusione” della Direzione regionale Salute e politiche sociali”, con il quale è stata delegata al dott. Antonio Mazzarotto l'adozione delle determinazioni senza impegno di spesa concernenti, tra l'altro, la definizione di criteri / linee guida operative;

VISTO l'atto di organizzazione n. G07283 del 27.06.2016 con cui è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'Area "Politiche per l'inclusione" della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali al dott. Antonio Mazzarotto;

VISTA la Legge 13 maggio 1978, n.180 “Trattamenti e accertamenti sanitari volontari e obbligatori”;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n.833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare gli articoli 33, 34, 35;

VISTA la L.R. 14 luglio 1983, n. 49 Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale;

VISTA la DGR 143 del 3 febbraio 1998 “Regolamento concernente “Istituzione funzioni e modalità operativa del Dipartimento di Salute Mentale “;

VISTI gli obiettivi del Dipartimento di Salute Mentale di seguito indicati:

- agire in stretto contatto con le istituzioni locali, con il volontariato e il privato sociale che operano nell'ambito della tutela della salute mentale, in particolare per gli aspetti sociali;
- interagire con l'Azienda Ospedaliera presso la quale è collocato il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per quanto concerne l'assistenza in regime di ricovero al paziente acuto;

- collaborare con il Distretto Sanitario per l'attività territoriale e attivare protocolli di intesa con i Medici di Medicina Generale, CAD, Disabili Adulti, Dipendenze, TSRMEE;
- sviluppare rapporti di integrazione con le istituzioni universitarie, nel perseguire obiettivi didattici ed assistenziali;

VISTO il DPR 7 aprile 1994 Progetto obiettivo Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-1996;

VISTO il succitato DPR 7 aprile 1994 Progetto obiettivo Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-1996, che attribuisce al C.S.M. il compito di assicurare, tra l'altro:

- l'intervento al domicilio delle persone stesse o dei familiari;
- la collaborazione con i servizi distrettuali di base, sociali e sanitari;
- l'intervento sulla crisi psichiatrica a livello territoriale predisponendo piani di intervento per evitare il più possibile i ricoveri;
- la ricerca programmata di inserimenti formativi, lavorativi ed occupazionali per fasce di utenza giovani ed adulte, utilizzando sia cooperative integrate, sia esperienze lavorative di formazione presso enti appositi, sia inserimenti diretti;
- il filtro ai ricoveri e il controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private;
- adeguate modalità di rapporto con gli specialisti psichiatri convenzionati e di collegamento e collaborazione con i medici di base;
- la consulenza specialistica agli ospedali pubblici non dotati di servizio psichiatrico di diagnosi e cura;
- la promozione di programmi risocializzanti e riabilitativi anche integrati (vacanze, soggiorni, escursioni, campeggi) per gruppi omogenei di utenti;
- l'assistenza per il riconoscimento dei diritti previdenziali ed assicurativi degli utenti aventi diritto;

VISTA la Circolare del Ministero della sanità prot. n.900.3/sm – EI/896 del 21 settembre 1992 "Richiesta di chiarimenti sul TSO per soggetti con patologia mentale";

VISTO il DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";

VISTO il Decreto del Ministro della sanità 15 maggio 1992, recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza";

VISTA la Circolare Ministero dell'Interno n.5300 del 24 agosto 1993 "TSO per soggetti con patologia mentale";

VISTO il D.lgs. 30.12.1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*";

VISTA la LR 03 luglio 2006, n.6 "*Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale*";

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n.4 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: "*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*";

VISTA la DGR 11 maggio 1994 n.1004 "Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118";

VISTA l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome in data 11 aprile 1996 che ha approvato recante "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992";

VISTE le Linee di attività di emergenza psichiatrica - Regione Lazio – Assessorato Salvaguardia e cura della salute nota n.1295/60 del 30 maggio 1997 “Attività di emergenza psichiatrica dei Dipartimenti di salute mentale. Comune di Roma” (Allegato 1 – protocollo clinico – intervista telefonica filtro; Allegato 2 procedure da seguire da parte del 118 che dei CCSSMM; Allegato 3 – Scheda di rilevazione delle prestazioni effettuate dal DDSSMM per l’emergenza psichiatrica territoriale);

VISTA la Circolare n.27 dell’Assessorato Sanità Regione Lazio – Salvaguardia e cura della salute settore 60 ufficio I- prot. n.1331 del 14 giugno 1999 “*Direttiva regionale per le procedure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per le malattie mentali*”;

VISTO il DPR 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999) Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”, in particolare “funzioni generali della direzione del DSM per garantire gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell’anno”;

VISTO il DPR 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999) Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”, in particolare “funzioni generali della direzione del DSM garantire gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell’anno, che si muove su due direttrici:

1. *promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, garantendo la continuità della presa in carico nelle varie fasi del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, età giovanile, età adulta, età avanzata);*
2. *priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, attraverso l'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;*
3. *propone, come azioni necessarie per realizzare gli interventi prioritari identificati, “la formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati” e “l'integrazione in tali piani dell'apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali)”;*
4. *prevede che i D.S.M. adottino “linee guida e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti temi: (...) coordinamento con i servizi sociali e utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti; iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale e imprenditoriale” (Interventi prioritari);*
5. *prevede per gli enti locali che “collaborino con proprie specifiche risorse alla realizzazione del presente progetto obiettivo, destinando, allo scopo, quote adeguate dei propri bilanci” e che “partecipano alla programmazione locale e regionale, ed alla verifica dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie nel campo della tutela della salute mentale” (Ruolo degli Enti Locali);*
6. *evidenzia, esaminando gli interventi da compiere nell'area dell'età evolutiva, che per attuare un intervento efficace nel campo della tutela della salute mentale in età evolutiva è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita. In questa ottica, è centrale considerare la necessità di un intervento globale che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute, e che si sviluppi in stretta interazione con gli interventi socio-assistenziali, di competenza degli enti locali (Area Organizzativa dei servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva);*

VISTA la Circolare Ministero dell’Interno n.3 del 20 luglio 2001 “*TSO per soggetti con patologia mentale. Competenza della Polizia municipale*”;

VISTA la Legge regionale 3 agosto 2004 n.9 recante l’istituzione dell’Azienda regionale per l'emergenza sanitaria ARES 118”;

- VISTO** il Decreto legislativo 7 marzo 2005, n.82 *Codice dell'amministrazione digitale*, art.45 “Valore giuridico della trasmissione”;
- VISTO** il DPCM 1 aprile 2008 *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*;
- VISTO** il DCA n. U0015 del 5 settembre 2008 recante “*Definizione dei fabbisogni sanitari dell’assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche. Approvazione della Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche*”;
- VISTO** il DCA n. U0048 del 7 luglio 2009, avente ad Oggetto “*Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006*” (ALL.1); “*Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe*” (ALL2);
- VISTO** il DCA n. U0090 del 2010 recante: *Approvazione di Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie* “(All.1), “*Requisiti ulteriori per l’accreditamento*” (All.2), “*Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d’uso*” (All.3). *Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell’art.1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l’accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 agosto 2010, n.3*;
- VISTO** il DCA n.101 del 09/12/2010 “*Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe” (ALL.2)*” e successive modificazioni;
- VISTO** il DCA 19 dicembre 2012, n. U00424 Piano del fabbisogno assistenziale per i minori con disturbo psichico per la Regione Lazio ai sensi dell’art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003;
- VISTO** il DCA 14 maggio 2015, n.188 “*Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre: “Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe”(ALL.2)”. Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche*”;
- VISTO** l’Accordo approvato dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, concernente il “*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*” (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) che impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e stabilisce tra l’altro che “*i percorsi di cura devono essere realizzati sia da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza) sia nell’integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e no. (...)*”;
- VISTO** il DCA n.287 del 16 settembre 2014 “*Recepimento dell’Accordo 2013 n.4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al “Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*”;
- TENUTO CONTO**, di quanto auspicato dal PANSM in merito al coordinamento degli interventi integrati con le altre aree di lavoro “*...si rende necessario al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato,*

ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi..." e agli obiettivi generali da perseguire:

- *definizione di percorsi assistenziali integrati e raccomandazioni di buone pratiche*
- *condivisione tra le diverse agenzie cointeressate*
- *formulazione di accordi e procedure operative, recepiti, ove necessario, in protocolli d'intesa*
- *formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multi professionali;*"

TENUTO CONTO, altresì, che il PANSM sottolinea l'importanza dell'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM) in tutte le Regioni, verificando preliminarmente in modo specifico la predisposizione delle procedure necessarie;

VISTO l'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "*Le strutture residenziali psichiatriche*";

VISTO il DCA n.310 del 3 ottobre 2014 "Recepimento dell'Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata Le strutture residenziali psichiatriche";

VISTO l'Accordo n. 137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*", sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014;

VISTO il Protocollo regionale "*Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio*, notificato alle AASSLL, ai DDSSMM ai SSPPDDCC all'ARES 118 con nota prot. n.194959 del 22/10/2012;

VISTE le note regionali che definiscono i bacini di utenza ai sensi del protocollo "*Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999)*"; in particolare le note bacini utenza n. 265036 GR/11/14 del 14 maggio 2015 e n. 239081 GR/11/14 del 30 aprile 2015, modificate da ultimo con nota n.10996 GR/11/51 del 10 gennaio 2017);

VISTE le Raccomandazioni della Conferenza delle regioni e delle province autonome "*Raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi per malattia mentale (Art. 33 – 34 – 35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833)*" (2009);

VISTO il DCA 18 luglio 2014 n. U00233 *Approvazione del programma assistenziale regionale per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ai sensi della L.9 del 17 febbraio 2012, art.3 ter e s.m.i., comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG;*

VISTO il Codice di deontologia medica (modificato e approvato il 1 dicembre 2015), disciplina al Titolo IV la disciplina su "*Informazione e comunicazione e dissenso*" (artt.33-39);

VISTO l'Accordo n. 137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*", sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014;

VISTO il DCA n.94 del 17 marzo 2017 "Recepimento dell'Accordo n.137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*";

VISTA la proposta dei Programmi Operativi 2016-2018, inviati in preventiva approvazione al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, con nota prot. n.CZ 2048 del 12 ottobre 2016;

VISTO il DCA 22 febbraio 2017 n.52 Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale"

VISTA la determinazione dirigenziale n. G14659 del 12/12/2016 "Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di Linee Guida regionali in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio."

TENUTO CONTO che nel corso degli incontri del gruppo di lavoro è emersa la necessità di modificare il protocollo regionale "*Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio*" considerando in particolare le necessità di:

- rafforzare l'attività di prevenzione delle emergenze, attraverso un più efficace e continuativo intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale sulle urgenze;
- aggiornare le modalità di intervento dell'Ares 118 per le emergenze, distinguendo le proprie responsabilità da quelle dei servizi territoriali di Salute Mentale;
- ridefinire in modo più appropriato i casi di ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio, ai sensi degli artt. 33 e seguenti della Legge n.833/1978.

RITENUTO pertanto di modificare e integrare il testo del predetto protocollo con quello dell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;

CONSIDERATO che il presente atto non è soggetto a concertazione con le parti sociali;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse nelle premesse che si intendono interamente richiamate,

- di modificare e integrare il testo del protocollo regionale "*Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio*".

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il Segretario Generale
Andrea Tardiola

Oggetto: *Procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario in condizioni di emergenza/urgenza di persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali nella Regione Lazio. Determinazione.*

Gli interventi di soccorso primario sanitario e di trasporto di pazienti con patologia psichiatrica e/o disturbi comportamentali nella Regione Lazio sono regolati a tutt'oggi da un protocollo operativo che prevede l'intervento del Dipartimento di Salute Mentale competente, contestuale all'invio del mezzo di emergenza di ARES 118.

Questa organizzazione, unica nel suo genere (non è prevista in nessun altro caso per le chiamate di emergenza), se da una parte ha favorito in molti casi una più esperta capacità di gestione dell'emergenza comportamentale, e un risparmio sensibile di tempo dell'intervento della ambulanza, ha anche fatto emergere, nel tempo, numerose criticità in relazione:

- A come applicare correttamente la normativa sul Trattamento Sanitario Obbligatorio;
- al coinvolgimento e il ruolo delle FF. OO e della polizia locale;
- al costo economico ed organizzativo delle risorse impiegate dai DSM nella gestione delle emergenze, anche in relazione al mandato istituzionale dei DSM;

Appare necessario pertanto aggiornare il protocollo operativo, con la definizione di principi e procedure regionali più appropriate e conformi ai tempi, alla *mission* dell'ARES e a quella dei DSM e che tenga in debito conto le esigenze organizzative di tutti gli attori coinvolti.

Questa determinazione abolisce le disposizioni regionali del 1999 e successive.

Obiettivo generale del nuovo protocollo

Il principio ispiratore del presente rinnovato protocollo operativo è la corretta distinzione tra emergenze ed urgenze, nell'analisi delle reciproche responsabilità di intervento di ARES 118 e Dipartimenti. La storia recente, e i dati presentati da Ares sulle chiamate al 118 riferibili a disturbi del comportamento lo dimostrano, è caratterizzata da uno squilibrio tra queste due dimensioni: il comportamento dei pazienti e delle famiglie, pur già in carico e conosciuti dai servizi, si è orientato spesso sulla chiamata d'emergenza anziché su quella al Centro di riferimento, in questo favoriti anche dallo stesso intervento del DSM nel luogo di chiamata.

Con una rinnovata attribuzione delle responsabilità specifiche, l'intento della Regione è quella di diminuire le chiamate di emergenza, soprattutto quelle ripetute più volte nell'anno dai medesimi pazienti già conosciuti, aumentando l'efficacia della prevenzione in fase di urgenza.

Ruolo dell'ARES

L'ARES interviene nell'arco delle 24h per tutte le richieste di intervento di **emergenza sanitaria, anche di natura psichiatrica**¹, così valutate dalla Centrale operativa ARES, seguendo le linee di

¹ Emergenza sanitaria nei disturbi del comportamento: condizione di grave e acuta sofferenza somato-psichica che comporta la necessità di un'immediata valutazione clinica non differibile con lo scopo di adottare un intervento terapeutico tempestivo. Concerne situazioni di alterazione comportamentale acuta di pertinenza medica e di eziologia differente (disturbi psichici, intossicazioni da sostanze stupefacenti, stati confusionali di natura neurologica, internistica, infettiva, ecc.). Le condizioni riscontrate necessitano di un intervento immediato in quanto sussiste un pericolo grave e attuale per la salute delle persone. L'obiettivo di tale intervento è di risolvere nei tempi più veloci possibili la situazione di pericolo e fornirne un'adeguata valutazione e trattamento. È sempre di competenza del personale sanitario dell'ARES e dei DEA/PS, e si realizza anche attraverso gli articoli 51, 54 e 593 del CP. Qualora siano presenti manifestazioni cliniche o comportamenti che evidenziano un pericolo attuale o immediato per l'incolumità del soggetto o di terzi si può ricorrere all'uso dello stato di necessità ed è possibile anche l'intervento ispettivo/coattivo delle Forze dell'ordine, in base agli stessi articoli del CP e dell'articolo 1 del Testo Unico delle leggi di Pubblica Sicurezza, capo 1. La procedura del TSO non è applicabile all'emergenza.

attività della gestione della fase di allarme sanitario, della risposta extra ospedaliera e dei trasporti in continuità di soccorso legati al primo intervento.

L'ARES interviene anche nelle situazioni di alterazione comportamentale acuta di pertinenza medica e di eziologia differente (disturbi psichici, intossicazioni da sostanze stupefacenti, stati confusionali di natura neurologica, internistica, infettiva, etc.) che necessitano di un intervento immediato, in quanto sussiste un pericolo grave e attuale per la salute delle persone, che non consente la collaborazione/consulenza del DSM. Tali interventi possono richiedere l'ausilio di altri enti ed in particolare delle FF. OO (Polizia di Stato, Polizia municipale, Carabinieri, Vigili del fuoco, etc.), con i quali si rinnoveranno specifici accordi di collaborazione.

Nell'intervento di emergenza ARES garantisce interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente psichiatrico e del paziente con disturbi comportamentali, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al DEA del presidio ospedaliero dotato di SPDC più vicino al luogo dell'intervento, dove sia garantita una consulenza psichiatrica, anche al fine di garantire una corretta diagnosi differenziale.

Nel caso in cui sia necessario il ricovero per i pazienti psichiatrici, questo è effettuato presso il SPDC dove è stata svolta la consulenza. Questo SPDC, se le condizioni cliniche lo consentono, effettua obbligatoriamente entro 48h il trasferimento presso il SPDC di competenza territoriale, che è tenuto sempre a ricoverare i propri pazienti, anche in sovrannumero.

È previsto che vengano attivati percorsi di collaborazione, definiti mediante specifico protocollo condiviso dall'ARES e dal DSM territorialmente competente, quando si renda necessario un trattamento territoriale più appropriato che riduca le ospedalizzazioni dei pazienti psichiatrici, con particolare riguardo ai soccorsi ripetuti sullo stesso paziente.

Ruolo dei DSM

I DSM intervengono nelle **urgenze² psichiatriche relative ai pazienti in carico**. Sono tenuti alla programmazione delle attività di prevenzione e gestione individualizzata con l'obiettivo di una sostanziale riduzione delle urgenze/emergenze e delle ospedalizzazioni dei pazienti in carico, con una migliore tutela della salute mentale e con una riduzione dei costi, secondo i principi della medicina di iniziativa.

I DSM attuano un'azione informativa capillare e proattiva nei confronti dei pazienti in carico e dei loro familiari finalizzata alla collaborazione nelle attività di prevenzione delle crisi, con l'indicazione tassativa di rivolgersi in tali contesti al DSM, e non all'ARES.

I DSM attivano percorsi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia finalizzati precisamente alla riduzione delle crisi e alla loro gestione. In tale ottica, si prevedono indicatori di processo e di esito volti a ridurre le situazioni di crisi emergenziali per gli utenti in carico.

I DSM possono attivare l'ARES, qualora identifichino una condizione di emergenza non risolvibile autonomamente. Di norma questa evenienza non deve sussistere per pazienti già in carico allo stesso dsm.

Al tempo stesso, qualora necessario, nelle condizioni di urgenza gli operatori sanitari possono ricorrere al TSO che si esplica attraverso le norme degli articoli 33, 34 e 35 della legge 833/78 secondo procedure e tempi previsti dalla legge. Il TSO è realizzabile, pertanto, solo con ordinanza del Sindaco. Tali modalità e tempi non sono infatti applicabili all'emergenza, che per sua natura è

² Urgenza psichiatrica: Concerne situazioni di disagio/disturbo psichico che necessitano di un intervento realizzabile nell'arco di alcuni giorni. Può definirsi una situazione di disequilibrio, sia per condizioni cliniche dell'individuo che contestuali, quali quelle psicosociali, che presuppone una risposta volta a prevenire ed evitare la crisi. L'intervento in urgenza è di competenza di norma del personale sanitario del DSM e si esplica attraverso le modalità operative programmate dai Centri di Salute Mentale. Non tutte le urgenze esitano in ricoveri ed esse dovrebbero prevedere in minima parte in TSO. Un'efficace attività territoriale con buona programmazione delle attività di prevenzione e gestione individualizzata produce una sostanziale riduzione delle urgenze e delle ospedalizzazioni, con riduzione dei costi e maggiore soddisfazione dell'utenza.

indifferibile e necessita di una tempistica veloce, e per la quale si può eventualmente ricorrere allo stato di necessità, secondo la vigente normativa. In questi casi, i DSM si avvalgono della collaborazione di ARES per i TSO programmati e eseguiti con ordinanza del sindaco presso il SPDC di competenza territoriale, in collaborazione con la polizia locale.

Il miglioramento organizzativo

Il presente protocollo entrerà in vigore il 1 settembre 2018. Entro 60 giorni dalla pubblicazione dell'atto di approvazione, la Direzione regionale, in collaborazione con i DSM e l'ARES, individuerà specifici indicatori di processo e di esito finalizzati alla riduzione degli interventi di emergenza per i pazienti ad alto carico assistenziale in cura presso i DSM. Inoltre, ogni 6 mesi, verrà effettuata una valutazione comparata degli interventi di ARES nei confronti dei pazienti in carico ai DSM per identificare le aree di miglioramento.

Entro i tempi di entrata in vigore della nuova procedura, i DSM provvederanno, d'intesa con ARES e con le ASL, a idonea formazione degli operatori ARES impegnati sia nel triage che nel trasporto, nonché dei medici della CA, finalizzato all'apprendimento delle nuove modalità di gestione dei pazienti con patologia psichiatrica, il cui espletamento è condizione indispensabile e propedeutica all'avvio del suddetto percorso.

La Direzione regionale promuoverà l'adozione di protocolli di intesa e accordi di collaborazione con la polizia locale di roma capitale, e con le prefetture del Lazio che prevedano modalità concertate di intervento a supporto delle chiamate di emergenza, dei TSO programmati e non, e di monitoraggio comune dell'attività svolta.

Per sostenere il maggior sforzo organizzativo dell'Ares e il presumibile aumento dei tempi di intervento per alcune delle chiamate di emergenza, la Regione autorizza l'acquisto /impiego di una automedica aggiuntiva per le ore diurne.

Per sostenere il maggiore impegno dei dipartimenti di salute mentale nella gestione delle urgenze e la prevenzione di chiamate di emergenza evitabili e ripetute, i dipartimenti destinano a tale attività risorse umane idonee per numero e competenza professionale.

Sperimentazione e monitoraggio

Gli esiti del presente protocollo sono oggetto di monitoraggio congiunto quadrimestrale per i primi 12 mesi, considerati di sperimentazione del modello, al termine dei quali si deciderà se adottarlo definitivamente e/o quali correttivi eventualmente apportare alla procedura.

Il monitoraggio avrà per oggetto la qualità generale del nuovo modello di intervento, attraverso la lettura ragionata di diversi indicatori, quali:

- numero di interventi e tempi medi di arrivo sul target per patologia psichiatrica
- codici di priorità di invio del mezzo
- codici di priorità effettuati sul posto
- definizione del luogo di intervento
- esito dell'intervento, con indicazione per i pazienti ospedalizzati dell'ospedale di destinazione
- durata dell'intervento
- numero dei TSO effettuati ed ospedale di destinazione
- numero di attivazioni di ARES 118 direttamente da parte dei CSM
- numero di interventi ripetuti sullo stesso paziente
- numero attivazione CSM dell'ARES 118 per la gestione delle urgenze psichiatriche preventivamente definite in apposito protocollo

Tutti i dati verranno raccolti da Ares con cadenza mensile, e condivisi in occasione dei monitoraggi quadrimestrali

Qualora emerga dal monitoraggio che un singolo o più dipartimenti non sia intervenuto efficacemente nella prevenzione delle chiamate di emergenza evitabili, verranno individuate procedure specifiche locali o generali per rimuovere la criticità incontrata, o per sanzionare eventuali comportamenti opportunistici od omissivi.

Allegato 1. Modalità operative.

Richiesta di Soccorso

La richiesta di soccorso deve essere inoltrata al numero unico ARES 118 o 112

All'atto della richiesta l'operatore raccoglierà oltre ai dati standard del soccorso:

Gli aspetti salienti del quadro clinico del paziente, atti a definire il codice di triage dello stesso e la presenza di un disturbo psichiatrico per cui si renda necessario un intervento di emergenza;

I motivi della richiesta e la necessità di intervento di altri Enti per la valutazione di situazioni di pericolo attuale (Polizia di Stato, polizia municipale, carabinieri, vigili del fuoco etc.).

Valutazione dell'intervento

L'operatore della Centrale ARES che riceve la richiesta raccoglie i dati sulla Scheda di Soccorso di Centrale, assumendo anche i dati di cui sopra;

Si raccorda ove occorre con il Medico di Sala;

Invia sul posto i mezzi di soccorso di pronto intervento per l'attuazione delle necessarie cure e dei provvedimenti per procedere, ove necessario, al ricovero.

Sul posto dell'intervento

Il personale ARES effettua le valutazioni riguardo la necessità del ricovero;

In caso di necessità la C.O. ARES, sentito il personale sul posto, attiva le ff.oo. o la polizia locale;

Il trasporto avviene tassativamente presso il Pronto Soccorso dell'ospedale dotato di SPDC più vicino, al fine di potere effettuare diagnosi differenziale e, se necessario, consulenza psichiatrica;

Il mezzo ARES una volta trasportato il paziente al Pronto Soccorso esaurisce il suo compito.

Prosecuzione degli Interventi

La persona giunta al Pronto Soccorso effettua gli accertamenti per la diagnosi differenziale (esami tossicologici, strumentali etc.);

Qualora necessario, è attivata la consulenza del medico psichiatra dell'SPDC.

Se necessario il ricovero psichiatrico, lo stesso si effettua presso l'SPDC con le modalità previste dalla legge 833/78;

Entro 48h, se l'Utente è appartenente ad altra area territoriale, è trasferito presso l'SPDC di competenza.

Interventi di urgenza del DSM

Il DSM gestisce le condizioni di urgenza attraverso attività di valutazione e filtro;

Valuta la necessità di un intervento domiciliare;

Dove è realmente necessario, può attivare l'ARES per le emergenze.

Il DSM, laddove preveda di attivare le procedure di TSO, le programma ed espleta completamente (proposta, convalida ed ordinanza) ed attiva l'ARES solamente per il trasporto all'SPDC di competenza.