

Il TSO nel paziente con DCA
Presentazione di problemi o casi clinici

I DIVERSI LIVELLI DEL PROBLEMA

- Livello clinico
- Livello medico legale
- Livello etico

I DCA SONO PATOLOGIE PSICHIATRICHE CARATTERIZZATE DA:

Anomalie del
comportamento
alimentare e della
regolazione del peso

Disturbi della
percezione o
rappresentazione del
corpo

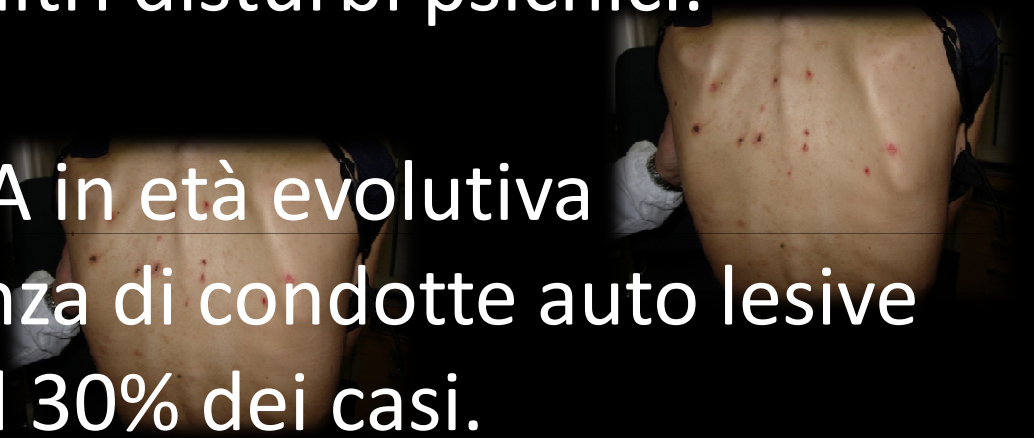
Presenza di pensieri
disfunzionali relativi
al cibo, alle sue
proprietà ed ai suoi
effetti sull'aspetto
corporeo

Nei DA le complicanze sono la diretta conseguenza delle condotte alimentari inadeguate per eccesso o per difetto e dei comportamenti volti al controllo del peso (vomiting, purging, digiuno ecc.)

La necessità di ricovero ospedaliero
può essere determinato tanto da
motivi MEDICI che da motivi
PSICHIATRICI

Tutti i DA comportano un rischio fisico considerevole e si presentano in oltre il 50% dei casi in comorbilità con altri disturbi psichici.

Le persone affette da DA in età evolutiva presentano una frequenza di condotte auto lesive non suicidiarie in oltre il 30% dei casi.



Il rifiuto della ospedalizzazione può essere determinato dalla gravità della condizione psichiatrica (discontrollo comportamentale nel disturbo emotivamente instabile, ideazione suicidiaria ecc.) ma anche dalla inconsapevolezza o negazione delle condizioni organiche. Spesso questa ultima condizione è determinata da un giudizio di realtà erroneo su base delirante.

In ambedue i casi il «motore» del rifiuto va ricercato nella psicopatologia e, conseguentemente, rientra nella casistica per la quale è possibile un trattamento contro la volontà del paziente.

L'AN potrebbe rientrare nei casi in cui “il rifiuto del trattamento di malattia fisica può essere il sintomo di malattia psichica CHE VA DIAGNOSTICATA.

E la nutrizione? Deve essere autorizzata?

la gravità delle condizioni mediche è una conseguenza dei problemi psicopatologici, il cui principale trattamento è proprio un'alimentazione adeguata e il miglioramento delle condizioni fisiche.

La nutrizione è cura della condizione psichiatrica

Il trattamento sanitario obbligatorio come salvavita in presenza di
disturbi dell'alimentazione: una scelta complessa

*Seeking compulsory treatment as life-saving in the presence of eating disorders:
a complex choice*

WALTER MILANO¹, ARMANDO COTUGNO², RICCARDO DALLE GRAVE³,
MARIA GABRIELLA GENTILE⁴, GIOVANNI GRAVINA⁵, CATERINA RENNA⁶, PIERANDREA SALVO⁷,
PATRIZIA TODISCO⁸, LORENZO MARIA DONINI^{9*}

Cosa fare PRIMA del trattamento obbligatorio (o al posto del TSO)

L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

L'amministrazione di sostegno spazio in tutte quelle situazioni in cui **la protezione del beneficiario** è finalizzata alla cura della persona, in ausilio cioè delle sue necessità terapeutiche e assistenziali, specie quando incerta e incostante appare l'adesione al trattamento.

L'AdS appare tanto più utile quanto il provvedimento che la determina contiene esso stesso indicazioni sul programma individuale di trattamento

Può essere una risorsa nell'ottica terapeutica svolgendo funzioni:

Di **supporto** (nelle scelte terapeutiche)

Di **garanzia** (nella legittimazione de trattamenti impegnativi come ricoveri o permanenza in strutture residenziali)

Vicariante (sostitutiva della incapacità del paziente a consentire le cure necessarie)

LO STATO DI NECESSITA'

In caso di gravi rischi per la salute della persona, determinati da condotte rischiose o da uno stato fisico molto compromesso occorre sempre considerare la sussistenza di uno stato di necessità

L'art. 54 C.P. recita: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona..."

Il sanitario, in presenza di situazioni cliniche nelle quali si riconosca un grave e attuale rischio per l'incolumità del paziente o di terzi (a domicilio del soggetto, in ambulatorio, in Pronto Soccorso...), deve intervenire direttamente, anche a costo di limitare la libertà del paziente. In questa situazione, dovrà avvalersi dell'intervento delle forze dell'ordine.

I TRATTAMENTI CONTRO LA VOLONTA'

Le condizioni che motivano l'effettuazione di un TSO in regime di degenza ospedaliera sono contenute nell'art. 34 della L.833/78 che prevede il contestuale verificarsi di diverse condizioni:

1. alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
2. che tali interventi non vengano accettati dal malato
3. che non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

La Legge fa riferimento ad un malato che è sempre in grado di esprimere dissenso o consenso, seppure non valido poiché inficiato dalla patologia, e pone in capo ai sanitari ogni ulteriore iniziativa volta ad assicurarlo in ogni momento del provvedimento.

Il curante è tenuto a ricercare il consenso in ogni modo possibile prima di ricorrere a trattamenti obbligatori

Nel caso di **manca**za di **consenso** ovvero quando la persona non è in grado di esprimere alcun consenso né alcun dissenso:

in stato di necessità si deve presupporre il consenso ed agire senza esecuzione di TSO (*Es. grave stato di male epilettico da iposodiemia in una paz AN che rifiutava il trattamento ambulatoriale*)

In caso di incapacità naturale (demenza, oligofrenia) ed in assenza di stato di necessità le cure devono essere attuate tramite il coinvolgimento del giudice tutelare

Il TSO deve essere eseguito negli SPDC

Questo determina due ordini di problemi molto rilevanti:

Gli SPDC sono luoghi adeguati alla gestione dei DA in scompenso?

Gli SPDC sono luoghi idonei al ricovero di pazienti minorenni ed in età evolutiva?



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 8^a legislatura

ALLEGATO A alla Dgr n. 847 del 31 marzo 2009

pag. 1/27

**Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in
materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento
Sanitario Obbligatorio**

Trattamenti senza consenso con i Minori

Nei minorenni la capacità di esprimere un consenso valido è considerata imperfetta e incompleta ma non assente, 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.

Le recenti evoluzioni del diritto nazionale ed internazionale prevedono che il minore “maturo” possa esprimere il proprio assenso alle cure essendo capace di intendere e volere. Pertanto in caso di rifiuto di un minore maturo **BISOGNA** eseguire il TSO\ASO in quanto il minore è in grado di esprimere il rifiuto esattamente come un adulto.

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, il parere dei genitori non può automaticamente prevalere sul parere del minore, ma è possibile un intervento del Giudice, come garante del suo diritto di autodeterminazione.

In caso di necessità di trattamento ma di rifiuto da parte dei genitori
(anche solo di uno di essi) è necessario ricorrere al tribunale dei minori

ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO)

- E' uno strumento mirato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via presuntiva, si ha il fondato sospetto della presenza della prima condizione di legge prevista per poter intervenire in forma obbligatoria, vale a dire l'esistenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

Per attuarlo non basta la richieste di intervento dei familiari, del mmg o di altre agenzie in quanto occorre che il medico, **attivatosi** per verificare la presenza di un grave disturbo psichico, abbia verificato **personalmente** che il paziente si sottrae a tale valutazione e rifiuta di collaborare ad essa.

L'ASO ha il grande vantaggio di poter essere eseguito in ospedale (non in costanza di ricovero) o in altra sede (anche presso l'ambulatorio del MMG) o a domicilio del paziente e nella ordinanza del sindaco va indicato dove deve essere espletato.

Il ricorso all'ASO permette di far accedere ad una valutazione clinica utenti non noti e per i quali vi siano molteplici segnalazione di grave patologia psichiatrica in atto nella impossibilità di una valutazione clinica adeguata, per il rifiuto dell'utente. Si tratta, quindi, di uno strumento abbastanza duttile anche se meno strutturato del TSO.

- 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 necessità di un TSO, oppure riconoscere che non esistono i presupposti previsti dalla legge per richiedere questo intervento.

LE CRITICITA'

Il luogo di degenza

Il tempo di degenza

I protocolli durante la degenza e nel post ricovero

La relazione terapeutica

I percorsi di cura

QUALI LUOGHI PER I TSO NEI DA

I trattamenti obbligatori in corso di DA andrebbero eseguiti in un contesto in grado di far fronte alle necessità psichiatriche e medico\nutrizionali

Gli SPDC non sono un luogo adatto a questa tipologia di gestione, non hanno la possibilità di erogare terapie medico nutrizionali in modo appropriato né sicuro (refeeding ad es.)

Reparti medici o pediatrici non sono in grado di fornire adeguate garanzie verso le condotte anticonservative né di offrire adeguata sorveglianza alla utenza.

Andrebbero individuati, in ciascuna regione, specifici luoghi per la esecuzione di questi trattamenti e create équipe specialistiche che si integrino ogni qual volta vi sia un ricovero con queste caratteristiche.
Sarebbe ottimale che tali ambiti di ricovero fossero individuati sulla base della presenza di équipe già formate nei DA ed operanti.

I TEMPI DEL RICOVERO

Il TSO ha validità di una settimana, rinnovabile a richiesta dei curanti.

Ovviamente le necessità di intervento nei DA superano ampiamente le consuete tempistiche di durata sia per compensare le condizioni organiche che per garantire un livello di nutrizione accettabile.

Andrebbe pensata la possibilità di una prosecuzione del trattamento contro il consenso, non appena possibile, con requisiti già riabilitativi seppur in contesto ancora protetto e contenitivo.

II TSO E LA PRESA IN CARICO

Il TSO deve restare un evento puntiforme ed incidentale nella storia di cura della persona affetta da un DA
E' assolutamente necessario che il ricovero ospedaliero lasci spazio, non appena possibile e senza soluzione di continuità, a trattamenti riabilitativi intensivi extra ospedalieri.

Per limitare al massimo la ospedalizzazione (anche volontaria) le strutture riabilitative devono essere in grado di offrire un sostegno, anche nutrizionale, molto intensivo (SNG ad es)

Il TSO, ma anche la ospedalizzazione volontaria, sono inutili senza una prosecuzione del trattamento ad altri livelli e senza una presa in carico adeguata
Devono essere garantiti, soprattutto ai malati più gravi, tutti i livelli di cura e riabilitazione previsti dalle linee guida, dai documenti di consenso e dalle indicazioni nazionali e regionali in materia di DA.

ORIGINAL ARTICLE

Follow-Up Mortality Study of Compulsorily Treated Patients with Anorexia Nervosa

Anne Ward, MD, MRCPI,
MRCPsych^{1*}
Rosalind Ramsay, MA,
FRCPsych²
Gerald Russell, MD, FRCP,
FRCPEd, FRCPsych³
Janet Treasure, PhD, FRCP,
FRCPsych³

ABSTRACT

Objective: In a previous study we found that compulsory inpatient treatment was associated with an increase in the number of deaths over the following 5 years when compared to non-compulsory admission. This study aimed to examine the longer term mortality of patients admitted compulsorily.

Method: The mortality outcome of patients with a compulsory admission ($n = 81$) and a comparison group ($n = 81$) of patients admitted to the specialized eating disorder unit at the Maudsley Hospital in the period 1983-95 was traced over two decades through the National Register held by the National Health Service (NHS) Central Register.

Results: Approximately 20 years following admission there were 27 deaths in

the series. The standardized mortality rate in the compulsory treatment group no longer differed significantly from that of the non-compulsory group. The suicides were not particularly linked with compulsory admission.

Discussion: Although the mortality in the 5 years following a compulsory admission is higher than that seen in the non-compulsory patients, this difference is attenuated over time. The overall standardized mortality rate remains elevated. ©2014 Wiley Periodicals, Inc.

Keywords: anorexia nervosa; mortality; compulsory detention

(Int J Eat Disord 2014; 00:000–000)

REVIEW

Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: A Review

Isis F.F.M. Elzackers, MD, MSc^{1*}
 Unna N. Danner, PhD¹
 Hans W. Hoek, MD, PhD^{1,2,3,4}
 Ulrike Schmidt, MD, PhD,
 FRCPsych⁵
 Annemarie A. van Elburg, MD,
 PhD^{1,6}

ABSTRACT

Objective: Compulsory in-patient refeeding of patients with severe anorexia nervosa (AN) has caused considerable controversy. The effects of such treatment on longer-term outcome are not well known. The objective of this article is to review the evidence on the outcome of compulsory treatment for AN.

Method: Three large databases were searched for studies regarding compulsory treatment in AN.

Results: Detained patients have more severe symptoms and comorbidity and a longer duration of inpatient stay. In the short term compulsory refeeding in AN appears to be beneficial, but the longer

term effects remain uncertain. Clinicians report no worsening of the therapeutic relationship after compulsory treatment.

Discussion: In severe cases of AN where the patient refuses life-saving treatment compulsory treatment needs to be considered. Future research should focus on the longer term effects of compulsory treatment and also on questions related to mental capacity in AN. © 2014 Wiley Periodicals, Inc.

Keywords: anorexia nervosa; compulsory treatment; mental capacity

(Int J Eat Disord 2014; 47:845–852)

