



CITTÀ DI TORINO
CORPO DI POLIZIA MUNICIPALE
SERVIZIO ATTIVITÀ INTEGRATE
Ufficio Studi e Formazione

CIRCOLARE N. 61
Operativa

OGGETTO: Polizia Amministrativa.

Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento Sanitario Obbligatorio.
Schema Operativo Ordinanze ASO/TSO.
Aggiornamento modulistica e procedura operativa.
Integrazione alle Circolari del Corpo nn. 6/2011 e 85/2015.

Per ottimizzare le modalità operative del personale del Corpo sugli interventi in oggetto, in coerenza con i contenuti generali di cui al protocollo d'intesa Comune di Torino/ASL Torino per l'attività operativa in materia di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori sottoscritto il 9 maggio scorso ⁽¹⁾, è stato predisposto l'allegato **Schema Operativo Ordinanze ASO/TSO**, corredato di modulistica aggiornata, applicabile, per quanto compatibile, anche agli interventi in ausilio per "ricovero urgente in emergenza comportamentale" e per "visita psichiatrica preventiva per disturbi comportamentali", nei quali siano presenti operatori di Polizia Municipale.

Il modello PA 17/15 di verbalizzazione delle relative operazioni, già adottato e divulgato con la Circolare del Corpo n. 85/2015, è sostituito dal nuovo modello **PA 17/17** ⁽²⁾; inoltre è stato introdotto, ad uso esclusivamente interno, il nuovo modello **PA 18/17** (memorandum informativo sul paziente per la pianificazione delle operazioni). Entrambi i modelli, allegati alla presente circolare, sono reperibili sulla rete Intracom alla voce "Modulistica/Polizia Amministrativa".

Con l'avviamento dei corsi di formazione dell'ASL Città di Torino (DSM - SPDC) previsti per il personale di polizia locale, volti a fornire elementi di comportamento e tecniche relazionali di *de-escalation* nelle situazioni in argomento, sarà adeguato e aggiornato anche il Protocollo Operativo n. 8 (Accompagnamento coatto presso Pronto Soccorso) divulgato con Circolare del Corpo n. 180/2009.

GA/ga

Addì, 20/07/2017

DIRIGENTE DI PM
dott. Giovanni Acerbo
(f.to in originale)

(1) Deliberazione della Giunta Comunale n. mecc. 2017 01486/048 del 3 maggio 2017

(2) Fra gli aggiornamenti apportati, in deroga a quanto a suo tempo disposto con Circolare n. 85/2015, non è più prevista la sottoscrizione dello "stato di necessità" da parte del Medico presente sul posto, la cui dichiarazione verbale fatta alla presenza degli operanti sarà attestata, come tutte le altre circostanze dell'intervento, dal "verbale di intervento" redatto dagli operatori di PM al termine delle operazioni.



CITTA' DI TORINO
CORPO DI POLIZIA MUNICIPALE

SCHEMA OPERATIVO ORDINANZE ASO/TSO ⁽¹⁾

FASE PRELIMINARE (provvedimento)

- a) Il Servizio Sanitario interessato (Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) richiede l'emissione di Ordinanza Sindacale di ASO/TSO all'Ufficio comunale competente (Corpo di Polizia Municipale – Sezione Palazzo Civico – piazza Palazzo di Città, 1 – tel. 011011/22520 - fax 011011/23790), secondo le modalità in uso. Il Sindaco, in calce all'Ordinanza, ne incarica dell'esecuzione il relativo personale sanitario e di polizia municipale, ciascuno nei limiti delle rispettive attribuzioni e competenze.
- b) L'Ufficio comunale competente, predisposta e sottoscritta l'Ordinanza di ASO/TSO, la trasmette immediatamente, via fax o posta elettronica:
- b.1) in via principale, al Servizio Sanitario richiedente il provvedimento e, per l'assegnazione del coordinamento delle operazioni e di tutto il personale di PM da impiegare in ausilio, alla Sezione Territoriale Circoscrizionale del luogo di dimora o rintraccio del paziente;
- b.2) per conoscenza, al Nucleo Progetti e Servizi Mirati, per l'eventuale supporto operativo al personale della Sezione Territoriale Circoscrizionale di cui al punto b.1);
- b.3) qualora trattasi di paziente minorenne, al Nucleo di Prossimità che, in questo caso, assume il coordinamento specialistico delle operazioni e di tutto il personale di PM impiegato ⁽²⁾.
- Inoltre, l'Ufficio comunale competente procede a notificazione dell'Ordinanza al Giudice Tutelare, nei termini e secondo le modalità in uso.

FASE RICOGNITIVA (organizzazione)

- c) Il Servizio Sanitario richiedente ed il Reparto di PM incaricato, in persona dei rispettivi responsabili operativi designati [per la PM un Commissario/Vice Commissario coordinatore del Reparto di cui al punto b)], concordano tempi, modi e luogo dell'intervento congiunto, curando l'acquisizione e lo scambio di tutte le informazioni utili, soggettive e oggettive, sul paziente.
- d) Il personale del Reparto di PM incaricato redige e conserva agli atti d'ufficio il modulo di ricognizione delle informazioni acquisite sul paziente (Allegato 1).

FASE OPERATIVA 1 (avvicinamento)

- e) Gli Operatori Sanitari e gli Operatori di PM, questi ultimi previa comunicazione alla C.O. del Corpo, si ritrovano sul luogo delle operazioni e procedono congiuntamente all'avvicinamento del paziente.

⁽¹⁾ la presente procedura si applica, in quanto compatibile, anche agli interventi in ausilio per "ricovero urgente in emergenza comportamentale" e per "visita psichiatrica preventiva per disturbi comportamentali", nei quali sia presente personale del Corpo.

⁽²⁾ vds. Disposizione di coordinamento n. 4/2016.

- f) Gli Operatori Sanitari procedono, secondo i propri protocolli d'intervento, ai necessari tentativi di ottenimento del consenso del paziente a sottoporsi all'accertamento/intervento terapeutico, anche con la collaborazione degli Operatori di PM, nonché alla sua eventuale sedazione sul posto.
- g) Gli Operatori di PM affiancano costantemente gli Operatori Sanitari in modo da garantire il tempestivo intervento a tutela del personale sanitario e dello stesso paziente.

FASE OPERATIVA 2 (contatto)

- h) Se il paziente è consenziente e collaborativo, gli Operatori Sanitari procedono, secondo i propri protocolli d'intervento, alla sua gestione medico-sanitaria, sempre affiancati dagli Operatori di PM salvo diversa controindicazione espressa del personale sanitario.
- i) Se il paziente compie atti auto/eterolesivi, resistenza attiva o comunque costituenti reato, gli Operatori di PM intervengono coattivamente con i poteri/doveri di pubblica sicurezza e polizia giudiziaria, anche facendo uso, nei limiti del necessario, di mezzi/strumenti di coazione fisica (forza muscolare, manette di sicurezza, altro) ⁽³⁾.
- j) Nel caso di cui al punto precedente, nell'ambito della gestione medico-sanitaria del paziente, gli Operatori Sanitari impartiscono agli Operatori di PM le cautele e le prescrizioni che ritengono sia necessario adottare, in specie nell'uso dei mezzi/strumenti di coazione fisica.

FASE OPERATIVA 3 (trasporto) ⁽⁴⁾

- k) Gli Operatori Sanitari e gli Operatori di PM procedono congiuntamente alle operazioni di trasporto del paziente, di regola mediante autoambulanza: gli Operatori Sanitari provvedono alla gestione medico-sanitaria del paziente, mentre gli Operatori di PM garantiscono la scorta dell'autoambulanza e, se richiesto dal personale sanitario ovvero d'iniziativa se necessitato dall'intervento di PS/PG, anche con presenza a bordo dell'autoambulanza.
- l) Solo quando il paziente è preso in consegna dal Medico del SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) del nosocomio di ricovero, gli Operatori di PM, previa acquisizione del certificato di ricovero, comunicano alla C.O. del Corpo il termine operazioni.

FASE INTEGRATIVA (documentazione) ⁽⁵⁾

- m) Gli Operatori di PM redigono gli atti conseguenti all'intervento, ossia:
 - m.1) il verbale delle operazioni compiute (Allegato 2);
 - m.2) gli eventuali atti di polizia giudiziaria;
 - m.3) le eventuali segnalazioni ad altre Amministrazioni/Enti/Uffici competenti.

⁽³⁾ fatta salva l'eventuale attivazione, preventiva o nel corso delle operazioni tramite C.O. del Corpo, delle Forze di Polizia dello Stato per riscontrate o verosimili esigenze di pubblica sicurezza/ordine pubblico (es. acquisizione di informazioni circa la detenzione di armi da parte del paziente e/o delle persone con lui conviventi).

⁽⁴⁾ quando richiesto dalla tipologia di provvedimento sanitario, ossia in caso di TSO in regime di degenza ospedaliera, di ASO presso un servizio sanitario territoriale, di ricovero urgente in emergenza comportamentale e, eventualmente, a seguito di visita psichiatrica preventiva extradomiliare per disturbi comportamentali.

⁽⁵⁾ circa l'eventuale documentazione video con telecamera a bordo uomo (*body cam*), ribaditi i divieti di cui alla Disposizione di coordinamento n. 9/2016, si rinvia ad apposito disciplinare tecnico e relative disposizioni applicative.



Reparto _____

Prot. n. _____

**VERBALE DI INTERVENTO PER ESECUZIONE DI ORDINANZA ASO-TSO,
RICOVERO COATTIVO URGENTE IN EMERGENZA COMPORTAMENTALE,
VISITA PSICHIATRICA PREVENTIVA PER DISTURBI COMPORTAMENTALI**

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____, alle ore _____,
in Torino _____,

i_ sottoscritt_ (¹) _____

riferisce ___ di essere intervenuti con il personale medico e sanitario sotto individuato per le operazioni di:

esecuzione di Ordinanza del Sindaco per A.S.O./T.S.O. n. _____ del _____, qui allegata in copia;

ausilio per ricovero coattivo urgente in emergenza comportamentale, disposto il _____ alle ore _____, da ___ Dott. _____ del servizio sanitario _____, identificato/i a mezzo _____;

ausilio per visita psichiatrica preventiva per disturbi comportamentali, disposta il _____ alle ore _____, da ___ Dott. _____ del servizio sanitario _____, identificato/i a mezzo _____; nei confronti di:

cognome _____ nome _____ nato il _____ a _____, residente a _____ via _____, stato civile _____. eventuale tutore/curatore: _____.
--

Parenti/conviventi: avvisati NO / SI' alle ore _____, presenti NO / SI', sopraggiunti NO / SI' alle ore _____, in persona di _____.

Le predette operazioni hanno avuto inizio alle ore _____ del _____ in Torino, _____,

alla presenza ed in supporto del seguente personale medico/sanitario:

Medico/i dott. _____;

Operatori sanitari _____ (sigla radio _____);

Il/la Sig. _____, destinatario/a dell'Ordinanza/ricovero coattivo/visita psichiatrica, HA / NON HA accettato volontariamente i presidi terapeutici prescrittigli.

<p><input type="checkbox"/> DICHIARAZIONE STATO DI NECESSITA' E RICHIESTA SUPPORTO PER RICOVERO COATTIVO URGENTE Nel corso delle predette operazioni il Medico Dott. _____, constatata l'inutilità dei tentativi realizzati per convincere il paziente a sottoporsi spontaneamente a ricovero urgente, ravvisando le scriminanti di cui agli articoli 51 c.p. "Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere" e 54 c.p. "Stato di necessità" e, nel caso di specie, ritenuta "la necessità di salvare altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile", alle ore _____ del _____ richiedeva espressamente al personale di PM in loco di supportare il personale sanitario nelle operazioni necessarie ad assicurare il ricovero coattivo urgente in emergenza comportamentale del paziente, risultando detta misura non procrastinabile né altrimenti eseguibile.</p>

Durante le operazioni erano presenti, oltre ai verbalizzanti e al predetto personale medico/sanitario, i_ (2)

Sig. _____ nato a _____ il _____ in qualità di _____

Sig. _____ nato a _____ il _____ in qualità di _____

Altri Organi di Polizia e/o Operatori Tecnici (3) presenti sul posto: NO / SI'

PRESENTI / SOPRAGGIUNTI alle ore _____, allontanatisi alle ore _____.

Nel corso delle operazioni, il paziente:

NON HA COMMESSO comportamenti auto/eterolesivi, di resistenza attiva o altrimenti costituenti reato.

HA COMMESSO i seguenti comportamenti auto/eterolesivi, resistenza attiva o altrimenti costituenti reato:

_____ che hanno reso necessarie le misure di PS/PG di cui sarà notiziata la competente Autorità con separati atti.

I verbalizzanti NON HANNO FATTO / HANNO FATTO uso dei seguenti mezzi di contenimento/coazione fisica con le seguenti modalità (4): _____

senza dissenso del personale medico/sanitario presente; adottando, su prescrizione del personale medico/sanitario, le seguenti modalità: _____

Al paziente NON SONO STATI / SONO STATI somministrati farmaci (5): _____

Il paziente è stato collocato su autoambulanza / veicolo _____, targa _____
Ente/sigla radio _____ alle ore _____, scortata da veicolo di servizio/pattuglia di PM sigla radio _____.

Nel corso delle predette operazioni, il Medico Dott. _____ richiedeva espressamente al personale di PM di supportare il personale sanitario anche prendendo posto sull'autoambulanza durante il trasporto del paziente presso il nosocomio di ricovero. Sull'autoambulanza prendeva posto l'operatore di PM _____

Durante il trasporto del paziente, sul predetto veicolo NON E' PRESENTE / E' PRESENTE personale medico (in persona del Dott. _____).

Durante il trasporto l'autoambulanza NON HA FATTO / HA FATTO USO dei dispositivi supplementari acustici e/o visivi, dalle ore _____ alle ore _____, nel tratto _____.

Il paziente è stato trasportato presso il Nosocomio _____,

Reparto _____, ove è giunto alle ore _____ del giorno _____

e preso in carico dal Dott. _____,

come da allegato certificato di avvenuto ricovero.

IL COMMISSARIO COORDINATORE

I_ VERBALIZZANT_

_____/_____

(1) grado, cognome e nome, qualifica di PG

(2) coniuge, familiare, convivente, persona di fiducia, legale, tutore, curatore, altri da precisare

(3) es. VV.F., Iren, Aes, Smat, precisando Amministrazione/Ente di appartenenza e sigla radio

(4) es. mero uso della forza fisica, apposizione di manette dietro la schiena con paziente in posizione seduta da inizio a termine trasporto, ecc.

(5) precisare se e quali farmaci riferiti dal personale medico/paramedico



Reparto _____

Prot. n. _____

**MEMORANDUM INFORMATIVO SU PAZIENTE
PER LA PIANIFICAZIONE DELLE OPERAZIONI DI:**

esecuzione di Ordinanza del Sindaco per A.S.O./T.S.O. n. _____ del _____;

ausilio per visita psichiatrica preventiva, disposta il _____ alle ore _____, dal Dott.

_____ della Struttura Sanitaria _____,

nei confronti del paziente:

cognome _____ **nome** _____ **nato il** _____ **a** _____,

residente a _____ **via** _____, **piano** _____; **NUI** _____,

stato civile _____, **eventuale tutore/curatore:** _____;

Mai sottoposto a ASO/TSO/ Già sottoposto a ASO/TSO in data _____.

Sesso: M / F _____.

Corporatura: _____.

Indole: _____.

Precedenti aggressivi/violenti/autolesivi-anticonservativi: NO / SI' _____.

Professione/abitudini: _____.

Patologie: _____.

Uso di sostanze stupefacenti/alcooliche: NO / SI' _____.

Opportunità uso di uniforme del personale di PM: SI' / NO _____.

Altre informazioni medico-sanitarie: _____.

Possibile detenzione di armi proprie/improprie: NO / SI' _____,

con attivazione del Commissariato PS/Stazione CC di _____.

Precedenti penali: NO / SI' _____.

Riscontri SDI: NO / SI' _____.

Le predette operazioni avranno presumibilmente inizio alle ore _____ del _____ in Torino,

alla presenza ed in supporto del seguente personale medico-sanitario:

Medico/i Dott. _____;

Operatori sanitari _____.

Durante le operazioni sarà presente, oltre al predetto personale medico-sanitario, i_ : ⁽¹⁾

Sig. _____ nato a _____ il _____ in qualità di _____

Sig. _____ nato a _____ il _____ in qualità di _____

Altri Organi di Polizia e/o Servizi Tecnici ⁽²⁾ da attivare sul posto: NO / SI'

Il paziente sarà trasportato presso _____,

dove sarà preso in carico dal Dott. _____.

Personale del Reparto _____ ha compiuto sopralluogo presso il luogo delle operazioni, ricevendo le seguenti informazioni e/o riscontrando i seguenti elementi utili/critici: _____

Altro luogo, diverso dalla sua residenza, ove il paziente potrà essere eventualmente rintracciato/approcciato: _____

Parenti/conviventi informati: NO / SI', in persona di _____,

disponibili a collaborare durante le operazioni con il personale sanitario e/o di polizia: SI' / NO.

Presenza di persone minori, disabili e/o animali: NO / SI' _____

Disponibilità della planimetria dell'alloggio/abitazione: NO / SI', allegata alla presente, dalla quale si rilevano i seguenti elementi utili/criticità: _____

Disponibilità delle chiavi dell'alloggio/abitazione: NO / SI', presso _____.

Disponibilità di copia del cartellino anagrafico/foto del paziente: NO / SI', allegato alla presente.

Le informazioni medico-sanitarie sul paziente sono state acquisite da: _____

Commissario incaricato del coordinatore delle operazioni: _____.

Torino, _____ / _____ ⁽³⁾

⁽¹⁾ coniuge, familiare, convivente, persona di fiducia, legale, tutore, curatore, altri da precisare

⁽²⁾ es. VV.F., Iren, Aes, Smat, precisando Amministrazione/Ente di appartenenza e sigla radio

⁽³⁾ grado, cognome e nome, qualifica di PG