

RICHIESTA VOLONTARIA DI RICOVERO
(Legge sull'igiene mentale §§ 9.09, 9.13 e 9.23)

Lei potrebbe ottenere l'accettazione al ricovero in ospedale per il trattamento di una malattia mentale, per sé o per una persona che non abbia compiuto 16 anni, compilando e firmando questo modulo. Il ricovero sarà su base volontaria. Prima di compilare questo modulo, si prega di leggere attentamente le informazioni riportate di seguito.

Le leggi statali e federali vietano le discriminazioni basate su criteri di tratti somatici, origine etnica, origine nazionale, età, genere, orientamento sessuale o disabilità.

I. REQUISITI PER IL RICOVERO VOLONTARIO

A. DOMANDA

Per ottenere il ricovero in un ospedale psichiatrico su base volontaria, una persona che abbia compiuto 18 anni oppure che sia minore di 18 anni e sia in grado di fornire il consenso in conformità con la sezione 33.21 della Legge sull'igiene mentale (Mental Hygiene Law) deve presentare volontariamente una domanda scritta di ricovero. Se la persona non ha compiuto 16 anni, la domanda scritta di ricovero deve essere presentata da una delle seguenti persone:

- genitore, tutore legale o parente stretto;
- un funzionario dei Servizi sociali o un ente autorizzato che si occupa della cura e della custodia della persona secondo la Legge sui servizi sociali (Social Services Law), fatti salvi i termini di qualsiasi decreto di tribunale o qualsiasi atto in esecuzione secondo la sezione 384-a della Legge sui servizi sociali;
- il Commissario dell'Ufficio per i servizi ai minori e alla famiglia (New York State Office of Children and Family Services, OCFS), che agisca secondo la sezione 509 della Legge esecutiva (Executive Law);
- una persona o un rappresentante autorizzato di un ente che ha in custodia la persona secondo la sezione 756 o la sezione 1055 della Legge sul tribunale per la famiglia (Family Court Act).

Se la persona ha compiuto 16 anni ma non 18, il direttore dell'ospedale può, a sua discrezione, ammettere la persona come paziente volontario a seguito di una sua propria domanda o a una domanda di una qualsiasi delle persone fisiche autorizzate a presentare la domanda di ricovero di un/una paziente che non abbia compiuto 16 anni.

B. APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO

Il direttore dell'ospedale deve accertare che la persona sia affetta da una malattia mentale per cui siano appropriate le cure e terapie in un ospedale psichiatrico e che tale persona sia idonea al ricovero volontario, come descritto alla parte C.

C. IDONEITÀ AL RICOVERO

Perché una persona sia idonea al ricovero volontario in un ospedale, occorre che ne riceva la comunicazione e abbia la capacità di comprendere:

- che sta presentando una domanda di ricovero;
- che l'ospedale presso cui sta chiedendo il ricovero è un ospedale per persone affette da malattie mentali;
- la natura del regime volontario e le disposizioni che disciplinano le dimissioni e o la conversione al regime obbligatorio.

D. CONVERSIONE

I suddetti requisiti riguardanti la domanda scritta e l'idoneità al ricovero sono anche applicabili per convertire il paziente su base obbligatoria al regime volontario.

E. FIRMA ELETTRONICA

I moduli OMH 472, 472-SR1 e 472-SR2 possono essere compilati e firmati elettronicamente, ai sensi della Legge sulle firme e i documenti in formato elettronico (Electronic Signatures and Records Act), anche tramite la cartella clinica elettronica dell'operatore. Gli operatori devono provvedere a stampare e/o consegnare i moduli nel formato approvato al paziente, al tutore del paziente, all'ospedale di ricovero e ai Servizi legali di igiene mentale (Mental Hygiene Legal Services).

II. DISPOSIZIONI GENERALI DEL REGIME VOLONTARIO

Ai pazienti in regime volontario deve essere fornita una comunicazione scritta del loro regime e dei loro diritti al momento del ricovero o della conversione al regime volontario e successivamente ogni 120 giorni. Al momento di tale notifica periodica, si dovrà ottenere dal paziente il consenso scritto al prolungamento della degenza come paziente su base volontaria; una copia di tale consenso sarà consegnata al Servizio legale di igiene mentale. Nessun paziente in regime volontario resterà in tale regime per più di dodici mesi, a meno che la sua idoneità e disponibilità a restare un paziente in regime sia stata riesaminata dal Servizio legale di igiene mentale. Durante il regime volontario, in qualsiasi momento il paziente o qualunque persona che agisca per conto del paziente possono chiedere informazioni o assistenza al Servizio legale di igiene mentale. Sulla pagina seguente del presente modulo sono riportate altre informazioni sul Servizio.

III. DISPOSIZIONI PER LE DIMISSIONI DI PAZIENTI IN REGIME VOLONTARIO E CONVERSIONE AL REGIME OBBLIGATORIO

I pazienti in regime volontario potrebbero essere: 1) mantenuti in tale regime; 2) dimessi con riserva; 3) dimessi o 4) convertiti al regime obbligatorio.

Un paziente in regime volontario che desidera lasciare l'ospedale deve fornirne la comunicazione scritta al direttore dell'ospedale. Appena ricevuta tale comunicazione, il direttore dovrà dimettere subito il paziente oppure, se vi sono fondati motivi per credere che il paziente rientri nei criteri per il ricovero obbligatorio, dovrà trattenere il paziente per un massimo di 72 ore. Prima che scadano le 72 ore, il direttore dovrà dimettere il paziente, oppure presentare al tribunale un'istanza per trattenere il paziente in ospedale in regime obbligatorio. Il paziente sarà informato del suo diritto di essere ascoltato.

Se il tribunale stabilirà che il paziente è affetto da malattia mentale e ha bisogno di un ricovero obbligatorio, emanerà un decreto di autorizzazione al trattenimento del paziente per non più di sessanta giorni dalla data del decreto. È possibile presentare la domanda per trattenere ancora il paziente per un periodo di sei mesi e un anno e, in seguito, per successivi periodi di due anni, se le condizioni cliniche del paziente giustificano l'ulteriore degenza ospedaliera obbligatoria.

Nel caso di un paziente minorenne che abbia compiuto sedici anni, la comunicazione con la richiesta di dimissioni del paziente può essere inviata dal paziente, dalla persona che ha presentato la domanda di ricovero, da una persona con un grado di parentela pari o più stretto o dal Servizio legale di igiene mentale. Se tale comunicazione viene fornita da un'altra persona, il direttore ha la facoltà, a sua discrezione, di negare le dimissioni del paziente e, nel caso di tale rifiuto, l'altra persona o il Servizio legale di igiene mentale possono presentare al tribunale l'istanza perché il paziente venga dimesso.

Nel caso di un minorenne che non abbia compiuto sedici anni che invia la comunicazione con la richiesta di dimissioni, il direttore ha facoltà, a sua discrezione, di negare le dimissioni del paziente e, nel caso di tale rifiuto, la persona che ha presentato la domanda per il ricovero del paziente minorenne, una persona con un grado di parentela pari o più stretto o il Servizio legale di igiene mentale possono presentare al tribunale l'istanza perché il paziente venga dimesso.

IV. NOTIFICA AI SERVIZI LEGALI DI IGIENE MENTALE RIGUARDANTE IL RICOVERO, LA CONVERSIONE DA UN REGIME LEGALE A UN ALTRO E IL TRASFERIMENTO O LE DIMISSIONI DI PAZIENTI CHE NON HANNO COMPIUTO 18 ANNI.

Quando una persona che non ha compiuto 18 anni viene ricoverata in qualsiasi ospedale o viene convertita da un regime di ricovero a un altro, il ricovero o la conversione saranno notificati entro tre giorni al Servizio legale di igiene mentale (Mental Hygiene Legal Service). Nella comunicazione saranno indicati l'età della persona e il suo regime di ricovero.

Nessun paziente su base volontaria che non abbia compiuto 18 anni e ricoverato a seguito di una sua domanda sarà trasferito senza il suo consenso, a meno che sia stata inviata una previa comunicazione scritta con tre giorni di anticipo al Servizio legale di igiene mentale e che tale Servizio abbia avuto l'opportunità di vedere il paziente ed esaminare il trasferimento proposto.

Nessun paziente su base volontaria che non abbia compiuto 18 anni e ricoverato in base alla domanda di un'altra persona sarà trasferito senza il preventivo consenso da parte sua o di un suo genitore o tutore legale, se del caso, a meno che sia stata inviata una previa comunicazione scritta con tre giorni di anticipo al Servizio legale di igiene mentale e che tale Servizio abbia avuto l'opportunità di vedere il paziente ed esaminare il trasferimento proposto.

Al Servizio legale di igiene mentale sarà inviata un'immediata comunicazione scritta riguardo alle dimissioni o al trasferimento di qualsiasi paziente che non abbia compiuto 18 anni.

V. INFORMAZIONI GENERALI

A. SERVIZI LEGALI DI IGIENE MENTALE

Il Servizio legale di igiene mentale (Mental Hygiene Legal Service) è un ente dell'Ufficio dell'amministrazione giudiziaria dello Stato di New York (New York State Office of Court Administration) che fornisce servizi legali di tutela, pareri e assistenza (compresa la rappresentanza) a tutti i pazienti ricoverati in strutture psichiatriche. I pazienti hanno il diritto di essere informati sui propri diritti riguardanti il ricovero e le terapie; inoltre hanno il diritto a un'udienza giudiziaria, di essere rappresentati da un legale e di consultare un parere medico indipendente.

Un ufficio del Servizio legale di igiene mentale è presente in molti ospedali psichiatrici. Se nell'ospedale l'ufficio non è presente, un rappresentante del Servizio lo visita frequentemente e con regolarità. Qualsiasi paziente o qualunque persona che agisca per conto del paziente possono incontrarsi o comunicare con un rappresentante del Servizio telefonando o scrivendo direttamente all'ufficio del Servizio o chiedendo a qualcuno del personale del reparto del paziente di prendere accordi per poterlo fare. Il rappresentante del Servizio legale di igiene mentale per questo ospedale può essere contattato a

B. RIMBORSO

Il paziente è legalmente tenuto a pagare i costi delle cure. Tale responsabilità spetta inoltre al coniuge del paziente e, in alcuni casi, ai genitori di pazienti che non abbiano compiuto 21 anni. Sono anche legalmente responsabili il comitato, il tutore o l'amministratore di un fondo fiduciario costituito a supporto del paziente o qualsiasi mandatario o intestatario di fondi per il paziente. In caso di incapacità di pagare, sono possibili esenzioni o riduzioni degli addebiti. Qualsiasi persona che presenti la domanda di esenzione o riduzione degli addebiti deve cooperare nelle indagini finanziarie per stabilire la capacità di pagare.

<p>RICHIESTA VOLONTARIA DI RICOVERO (§§ 9.13 e 9.23 della Legge sull'igiene mentale)</p> <p><i>Prima della compilazione, leggere le istruzioni nelle pagine precedenti</i></p>	<p>Nome (Cognome, Nome, iniziale secondo nome) _____</p> <p>_____</p> <p>Genere _____ Data di nascita _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Luogo/Struttura _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Modulo OMH 472

PARTE A – DOMANDA IN REGIME VOLONTARIO

Questa parte deve essere firmata dalla persona che presenta la domanda sul regime volontario o sulla conversione al regime volontario

Mi sono state comunicate la natura del regime volontario e le disposizioni che disciplinano le dimissioni e la conversione al regime obbligatorio.

 Ricovero

Io, _____, con il presente atto presento la domanda di ricovero presso _____, ospedale per persone affette da malattie mentali.

 Conversione al regime volontario

Io, _____, con il presente atto presento la domanda di conversione al regime volontario presso _____, ospedale per persone affette da malattie mentali.

Le mie motivazioni per presentare la domanda di ricovero o conversione al regime volontario sono:

Firma della persona che presenta la domanda di regime volontario o di conversione al regime volontario	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	--------------------------

PARTE B - CONFERMA DEL MEDICO O DELL'INFERMIERE/INFERMIERA PROFESSIONALE RIGUARDO ALLA NECESSITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO E IDONEITÀ AL REGIME VOLONTARIO

Ho esaminato il suddetto paziente prima del ricovero o della conversione e confermo:

- che il paziente è affetto da una malattia mentale per cui risultano appropriate le cure e le terapie in un ospedale psichiatrico;
- che il paziente è idoneo al regime volontario;
- che si può ragionevolmente prevedere che il ricovero ospedaliero migliori le condizioni cliniche del paziente o quantomeno prevenga il peggioramento del paziente.

Firma del medico o dell'infermiere/infermiera professionale	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
-------------------------------------------------------------	------	--------------------------

<p>RICHIESTA VOLONTARIA DI RICOVERO (§§ 9.13 e 9.23 della Legge sull'igiene mentale)</p> <p><i>Prima della compilazione, leggere le istruzioni nelle pagine precedenti</i></p> <p>Modulo OMH 472</p>	<p>Nome (Cognome, Nome, iniziale secondo nome)</p> <p>_____</p> <p>Genere _____ Data di nascita _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Luogo/Struttura _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PARTE C – DOMANDA DI RICOVERO VOLONTARIO DI MINORENNE

Questa parte deve essere firmata dalla persona che presenta la domanda di ricovero volontario o di conversione al regime volontario riguardante un/una minorenne.

Mi sono state comunicate la natura del regime volontario e le disposizioni che disciplinano le dimissioni e la conversione al regime obbligatorio.

Ricovero

Io, con il presente atto, presento la domanda di ricovero di _____, di anni _____, presso _____, ospedale per persone affette da malattie mentali.

Conversione al regime volontario

Io, con il presente atto, presento la domanda di conversione di _____, di anni _____, al regime volontario presso _____, ospedale per persone affette da malattie mentali.

Le mie motivazioni per presentare la domanda di ricovero o conversione al regime volontario sono:

Firma della persona che presenta la domanda di regime volontario o di conversione al regime volontario	Rapporto intercorrente con il/la paziente	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	------	--------------------------

PARTE D - CONFERMA DEL MEDICO O DELL'INFERMIERE/INFERMIERA PROFESSIONALE RIGUARDO ALLA NECESSITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO E IDONEITÀ AL REGIME VOLONTARIO

Ho esaminato il suddetto paziente prima del ricovero o della conversione e confermo:

- che il paziente è affetto da una malattia mentale per cui risultano appropriate le cure e le terapie in un ospedale psichiatrico;
- che il paziente è idoneo al regime volontario;
- che si può ragionevolmente prevedere che il ricovero ospedaliero migliori le condizioni cliniche del paziente o quantomeno prevenga il peggioramento del paziente.

Firma del medico o dell'infermiere/infermiera professionale	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
-------------------------------------------------------------	------	--------------------------

COMUNICAZIONE DEL REGIME E DEI DIRITTI - RICOVERO VOLONTARIO (§ 9.13 della Legge sull'igiene mentale) <i>Da consegnare al paziente al momento del ricovero in ospedale)</i>	Nome (Cognome, Nome, iniziale secondo nome) _____
	Genere _____ Data di nascita _____
	MRN _____
	Luogo/Struttura _____

Modulo OMH 472 SR1

A: _____ Data di ricovero _____

 Avendo ricevuto la sua domanda ed essendo stato stabilito che Lei è idonea/o al ricovero volontario, Lei è stata/o ricoverata/o come paziente in regime volontario presso questo ospedale che fornisce cure e terapie alle persone affette da malattie mentali.

-OPPURE-

 (Soltanto per il ricovero volontario di minorenni) Avendo ricevuto una domanda presentata per suo conto secondo la Legge sull'igiene mentale ed essendo stato stabilito che Lei è idonea/o al ricovero volontario, Lei è stata/o ricoverata/o come paziente in regime volontario presso questo ospedale che fornisce cure e terapie alle persone affette da malattie mentali.

Da questo momento, Lei può restare come paziente in regime volontario o essere dimessa/o se non è più necessaria la sua degenza in ospedale. Lei potrebbe anche essere convertita/o al regime obbligatorio, ma solo se venisse certificato che Lei rientra nei requisiti del ricovero obbligatorio e non è disponibile o non è più idonea/o a restare in ospedale volontariamente.

Durante il regime volontario, Lei può comunicare per iscritto in qualsiasi momento al personale dell'ospedale il suo desiderio di essere dimessa/o dall'ospedale. Appena perverrà tale notifica, Lei sarà subito dimessa/o, a meno che il direttore ritenga che Lei corrisponda ai requisiti del ricovero obbligatorio e che Lei debba pertanto restare; in tal caso, il direttore ha 72 ore per chiedere a un tribunale un decreto per trattenerla in ospedale.

Lei e qualunque persona che agisca per Lei non dovete esitare a chiedere al personale ospedaliero informazioni sulle sue condizioni cliniche, sul suo regime e sui suoi diritti secondo la Legge sull'igiene mentale, oltre che sulle norme e i regolamenti di questo ospedale.

MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICE (SERVIZIO LEGALE DI IGIENE MENTALE)

Il Servizio legale di igiene mentale (Mental Hygiene Legal Service), ente giudiziario indipendente di questo ospedale, può fornire a Lei e ai suoi familiari servizi legali di tutela, pareri e assistenza (compresa la rappresentanza), in relazione al suo ricovero ospedaliero. Lei ha diritto a essere informata/o sui suoi diritti riguardanti il ricovero e le terapie e ha diritto a un'udienza giudiziaria, di essere rappresentata/o da un legale e di consultare un parere medico indipendente.

Lei o una persona che agisca per Lei potete incontrarvi o comunicare con un rappresentante del Servizio telefonando o scrivendo direttamente all'ufficio del Servizio o chiedendo al personale ospedaliero di prendere accordi per poterlo fare.

Il rappresentante del Servizio legale di igiene mentale per questo ospedale può essere contattato a:

HO LETTO O MI È STATO LETTO E HO COMPRESO IL CONTENUTO DI QUESTA COMUNICAZIONE.

Firma del paziente	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
(Ove applicabile) Firma della persona che ha firmato la domanda di ricovero volontario	Data	Ora (mattina/pomeriggio)

IL PAZIENTE SOPRA INDICATO HA RICEVUTO UNA COPIA DI QUESTA COMUNICAZIONE. Una copia della presente comunicazione sul regime e sui diritti viene inviata anche al Servizio legale di igiene mentale.

Firma del/della professionista della salute mentale del personale	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
-------------------------------------------------------------------	------	--------------------------

<p>COMUNICAZIONE SUL REGIME E SUI DIRITTI - CONVERSIONE AL REGIME VOLONTARIO (§ 9.13 della Legge sull'igiene mentale)</p> <p><i>Da consegnare al paziente al momento del ricovero in ospedale)</i></p> <p>Modulo OMH 472 SR2</p>	Nome (Cognome, Nome, iniziale secondo nome)

	Genere _____ Data di nascita _____
	MRN _____
	Luogo/Struttura _____

A: _____ Data di ricovero _____

Data della conversione _____

Avendo ricevuto la sua domanda e essendo stato stabilito che Lei è idonea/o al ricovero volontario, Lei è stata/o convertita/o al regime volontario presso questo ospedale che fornisce cure e terapie alle persone affette da malattie mentali.

-OPPURE-

(Soltanto per il ricovero volontario di minorenni) Avendo ricevuto una domanda presentata per suo conto secondo la Legge sull'igiene mentale ed essendo stato stabilito che Lei è idonea/o al ricovero volontario, Lei è stata/o convertita/o al regime volontario presso questo ospedale che fornisce cure e terapie alle persone affette da malattie mentali.

Da questo momento, Lei può restare come paziente in regime volontario o essere dimessa/o se non è più necessaria la sua degenza in ospedale. Lei potrebbe anche essere convertita/o al regime obbligatorio, ma solo se venisse certificato che Lei rientra nei requisiti del ricovero obbligatorio e non è disponibile o non è più idonea/o a restare in ospedale volontariamente.

Durante il regime volontario, Lei può comunicare per iscritto in qualsiasi momento al personale dell'ospedale il suo desiderio di essere dimessa/o dall'ospedale. Appena perverrà tale notifica, Lei sarà subito dimessa/o, a meno che il direttore ritenga che Lei corrisponda ai requisiti del ricovero obbligatorio e che Lei debba pertanto restare; in tal caso, il direttore ha 72 ore per chiedere a un tribunale un decreto per trattenerla in ospedale.

Lei e qualunque persona che agisca per Lei non dovete esitare a chiedere al personale ospedaliero informazioni sulle sue condizioni cliniche, sul suo regime e sui suoi diritti secondo la Legge sull'igiene mentale, oltre che sulle norme e i regolamenti di questo ospedale.

MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICE (SERVIZIO LEGALE DI IGIENE MENTALE)

Il Servizio legale di igiene mentale (Mental Hygiene Legal Service), ente giudiziario indipendente di questo ospedale, può fornire a Lei e ai suoi familiari servizi legali di tutela, pareri e assistenza (compresa la rappresentanza), in relazione al suo ricovero ospedaliero. Lei ha diritto a essere informata/o sui suoi diritti riguardanti il ricovero e le terapie e ha diritto a un'udienza giudiziaria, di essere rappresentata/o da un legale e di consultare un parere medico indipendente.

Lei o una persona che agisca per Lei potete incontrarvi o comunicare con un rappresentante del Servizio telefonando o scrivendo direttamente all'ufficio del Servizio o chiedendo al personale ospedaliero di prendere accordi per poterlo fare.

Il rappresentante del Servizio legale di igiene mentale per questo ospedale può essere contattato a:

HO LETTO O MI È STATO LETTO E HO COMPRESO IL CONTENUTO DI QUESTA COMUNICAZIONE.

Firma del paziente	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
_____	_____	_____
(Ove applicabile) Firma della persona che ha firmato la domanda di ricovero volontario	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
_____	_____	_____

IL PAZIENTE SOPRA INDICATO HA RICEVUTO UNA COPIA DI QUESTA COMUNICAZIONE. Una copia della presente comunicazione sul regime e sui diritti viene inviata anche al Servizio legale di igiene mentale.

Firma del/della professionista della salute mentale del personale	Data	Ora (mattina/pomeriggio)
_____	_____	_____