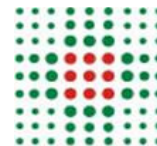


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Assessorato Politiche per la Salute



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN AMBITO PSICHIATRICO E NEI SERT

ALESSANDRA DE PALMA

***Direttore U.O. di Medicina Legale e
Gestione del Rischio***

***Collaboratore Direzione Generale Sanità
e Politiche Sociali***

***Assessorato Politiche per la Salute
Regione Emilia-Romagna***

UN PRESUPPOSTO...



“ ... La *responsabilità* è, e resta, in effetti una categoria pregiuridica e metadeontologica, rappresentando **l'essenza stessa della professionalità e della potestà di curare...** ”.

Barni M., “Responsabilità del medico
tra deontologia e diritto”
Atti Convegno
IL RISCHIO IN MEDICINA OGGI E LA RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE
Roma 1999



Teseo ed Etra - Laurent de La Hyre - 1635, 1640



GLI ARGOMENTI...DELLA RESPONSABILITÀ DELLO PSICHIATRA



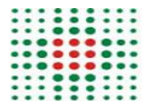
1. **LA PREVENZIONE (PREVEDIBILITÀ) DEGLI AGITI AUTO-ETEROLESIVI**
2. **IL TSO E LA CONTENZIONE: LEGITTIMITÀ, INDICAZIONE “CLINICA”, SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE**
3. **GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA: SCELTE E MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI COLLATERALI**



LA PREVENZIONE (PREVEDIBILITÀ) DEGLI AGITI AUTO-ETEROLESIVI



COME SI VALUTA LA PREVEDIBILITÀ DELL'EVENTO?



Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



- La sentenza di primo grado:

*Il Giudice dell'udienza preliminare presso il Tribunale di Bologna, con sentenza 25 novembre 2005, ha condannato P.E., all'esito del giudizio abbreviato, alla pena ritenuta di giustizia (con le conseguenti statuizioni civili a favore della parti civili) per il delitto di omicidio colposo in danno di C.A. commesso in (.....). **Il processo trae origine da una tragica vicenda verificatasi, il giorno indicato, all'interno della comunità "(.....)", sita in (.....), nella quale era ricoverato un paziente psicotico, M.G., che il giorno indicato aveva aggredito con un coltello C. - educatore che prestava servizio presso la comunità - cagionandone la morte.***

Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795

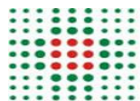


Al dott. P., medico psichiatra che svolgeva la sua attività terapeutica presso la comunità, era stato addebitato di aver omesso di valutare adeguatamente i sintomi di aggressività manifestati da M. (anche specifici nei confronti di C.), di aver ridotto - e poi sospeso - la somministrazione di una terapia farmacologica di tipo neurolettico in modo tale da renderla inidonea a contenere la pericolosità del paziente e di aver omesso di richiedere il trattamento sanitario obbligatorio in presenza di sintomi che rendevano necessaria tale iniziativa.

Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



*In particolare il primo giudice ha ritenuto che la condotta del medico fosse caratterizzata da colpa per avere prima ridotto e poi sospeso la somministrazione del farmaco (Moditen) di tipo Depot" che gli veniva somministrato senza un'adeguata anamnesi e senza una corretta valutazione della situazione di recrudescenza dei sintomi di aggressività che caratterizzavano il paziente; per non aver commisurato la quantità e qualità delle visite alla situazione e non aver accompagnato la riduzione della terapia con misure di supporto; **per aver omesso di richiedere il t.s.o.***



Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



Ha ritenuto inoltre che queste condotte colpose si ponessero in rapporto di causalità con l'evento verificatosi; in particolare la modifica del trattamento farmacologico aveva comportato un aggravamento della patologia e una recrudescenza dell'aggressività del paziente.

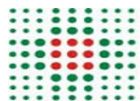
Secondo il ricorrente la sentenza impugnata non avrebbe accertato la prevedibilità in concreto ma l'avrebbe ricollegata alla sola esistenza della malattia psichica senza neppure tener conto della circostanza che questa malattia era in remissione da oltre quindici anni.

Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



LA CORTE:

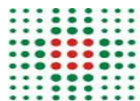
“ [...] La prevedibilità dell'evento, riguardando l'elemento soggettivo e la sua esistenza, va accertata con criteri ex ante (a differenza della causalità) e si fonda sul principio che non possa essere addebitato all'agente di non aver previsto un evento che, in base alle conoscenze che aveva o che avrebbe dovuto avere, non poteva prevedere.



Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



Orbene nel nostro caso è sufficiente ripercorrere la storia clinica del paziente per trovare conferma della correttezza della valutazione sulla circostanza che lo sfondo delirante e persecutorio che caratterizzava la patologia di M. rendeva del tutto prevedibili manifestazioni eteroaggressive tanto più in quanto, prima del fatto che ha dato origine al presente processo, numerose altre e in varie epoche se ne erano verificate.



Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



Anche perché, dal momento in cui il ricorrente ha preso in carico il paziente e fino al momento della riduzione della posologia del neurolettico sono almeno tre gli episodi sintomatici di una situazione di possibile scompenso (tra questi uno in cui M., dopo un diverbio con un altro paziente, tentò di nascondere un coltello temendo di essere aggredito)....



Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795

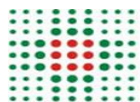


Se dunque è stato accertato nel giudizio di merito che la patologia da cui era affetto M. era idonea, se incongruamente trattata - ed in particolare con una diminuzione e sospensione del trattamento farmacologico in atto senza la gradualità richiesta - ad esasperare le manifestazioni di aggressività nei confronti di terzi ne consegue che la prevedibilità dell'evento sia stata logicamente affermata (seppur implicitamente dai giudici di appello i quali hanno peraltro richiamato la sentenza di primo grado che ne tratta adeguatamente e qualifica come addirittura "imminente" la reazione violenta).....

Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



il ricorrente propone poi una censura che si riferisce all'addebito dei giudici di merito che hanno affermato l'obbligo per il medico psichiatra di documentarsi adeguatamente prima di modificare il trattamento farmacologico facendosi esibire il diario tenuto dagli operatori nonché, dopo la modifica della terapia, di pretendere di essere informato di qualunque evenienza negativa.



Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



*Il ricorrente afferma invece che questa concezione risponde ad una concezione gerarchica del rapporto tra consulente e struttura e **ad una logica custodialistica del trattamento della malattia psichica non più ipotizzabile dopo la riforma del 1978. E proprio la struttura complessa della comunità e la presenza di operatori attrezzati professionalmente non poteva che indurre il medico psichiatra a fare affidamento sulla corretta condotta di coloro che operavano all'interno della struttura.***



Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11/03/2008, n. 10795



Nel nostro caso i giudici di merito hanno invece accertato che il dott. P. aveva omesso completamente di acquisire le conoscenze disponibili sul percorso patologico del paziente e di sollecitare l'acquisizione delle informazioni necessarie (tra l'altro l'anamnesi pregressa compete proprio al dott. P. per cui è incongruo parlare di principio di affidamento). Questa mancata acquisizione delle informazioni è stata peraltro ammessa dal medesimo imputato che ha dichiarato che ignorava addirittura che il paziente fosse stato in passato ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario.

Cassazione penale Sez. IV, sentenza del 11-03-2008, n. 10795

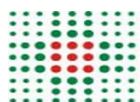


A maggior ragione, dopo la modifica del trattamento, proprio per i rilevanti effetti negativi che tale modifica era idonea a provocare, costituiva un obbligo del medico informarsi in modo continuativo sull'evoluzione della malattia per verificare l'esistenza di questi effetti in conseguenza della modificazione del trattamento. Certo, anche gli operatori della comunità avevano l'obbligo di segnalare le manifestazioni anomale del paziente ma ciò non fa venir meno l'obbligo informativo che grava primariamente sul medico.

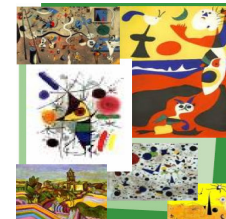
COSA NON HA FUNZIONATO?



- L'APPROPRIATEZZA DEL TRATTAMENTO
(COMPETENZA TECNICO-PROFESSIONALE)
- LA RELAZIONE TRA I PROFESSIONISTI E IL
FARE "RETE" ASSISTENZIALE
- IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI E LA
DOCUMENTAZIONE DELLE AZIONI SVOLTE

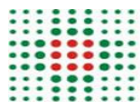


Cassazione Penale Sez. IV, Sentenza n. 48292 del 27/11/2008



■ COMMENTO:

Il medico psichiatra è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, anche se questi non sia sottoposto a ricovero coatto, ed ha, pertanto, l'obbligo - quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidiarie - di apprestare specifiche cautele.



Cassazione Penale Sez. IV, Sentenza n. 48292 del 27/11/2008



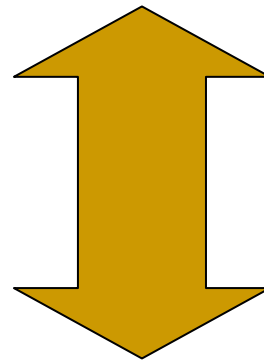
■ COMMENTO:

*(In applicazione del principio, la Corte ha confermato l'affermazione di responsabilità del primario e dei medici del reparto di psichiatria di un ospedale pubblico per omicidio colposo in danno di un **paziente** che, ricoveratosi volontariamente con divieto di uscita senza autorizzazione, si era allontanato dal reparto dichiarando all'infermiera di volersi recare a prendere un caffè al distributore automatico situato al piano superiore, ed ivi giunto si era suicidato gettandosi da una finestra).*

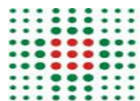
DILIGENZA NELLA SORVEGLIANZA



DOVERE/OBBLIGO DI SORVEGLIANZA



PREVEDIBILITÀ DELL'EVENTO



Corte d'Appello di Napoli

Sent. 11/02/2005



In tema di responsabilità per culpa in vigilando e con riferimento ai danni patiti dalle persone affidate alla sorveglianza, è posta dal legislatore a carico delle persone preposte alla sorveglianza una presunzione di responsabilità, che può essere superata soltanto con la dimostrazione di avere esercitato la sorveglianza sugli internati con una diligenza diretta ad impedire il fatto, cioè quel grado di sorveglianza correlato alla prevedibilità di quanto può accadere;



Corte d'Appello di Napoli

Sent. 11/02/2005



con la conseguenza che, ove manchino anche le più elementari misure organizzative per mantenere la disciplina tra gli stessi, non si può invocare quella imprevedibilità del fatto, che invece esonera da responsabilità soltanto nelle ipotesi in cui non sia possibile evitare l'evento, nonostante la sussistenza di un comportamento di vigilanza adeguato alle circostanze.



LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE



Raccomandazione N°4

PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ DIREZIONE GENERALE DELLA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI
ETICI DI SISTEMA UFFICIO III**

PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella rilevante, come dimostrato anche dai dati internazionali e, pertanto, è necessario che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione.



Nel nostro Paese alcuni ospedali hanno già intrapreso iniziative per contrastare il verificarsi di tale evento che costituiscono un utile riferimento per la presente

Raccomandazione.

Raccomandazione n. 4, Marzo 2008

LE PROCEDURE...



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<i>Prevenzione del suicidio di paziente ricoverato in Diagnosi e Cura</i>	 VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO
Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche		Ospedale Privato Accreditato Villa Igea
Pag. 1 di 24	DSM.DI.003	Rev. 0 del BOZZA

INDICE

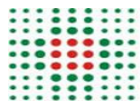
MODIFICHE	3
SCOPO	3
CAMPO DI APPLICAZIONE	3
DEFINIZIONI	3
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	3
CONTENUTO	4
INTERVENTI OPERATIVI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDIARIO ALL'INTERNO DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA.....	4
A) INVIO DA SERVIZIO TERRITORIALE.....	5
B) TRASFERIMENTO DA ALTRA U.O. OSPEDALIERA O DA PRONTO SOCCORSO	5
C) RICOVERO IN SPDC.....	5
FASE DI ACCOGLIENZA	5
1) Prima valutazione del Rischio	6
2) Anamnesi medica e infermieristica	6
FASE DEL RICOVERO	7
1) Comunicazione in équipe	7
2) Osservazione del paziente e valutazione del rischio	7
3) Terapia.....	7
FASE DELLA DIMISSIONE	8
Dimissione e pianificazione della continuità assistenziale	8
PARAMETRI DI CONTROLLO	9
ALLEGATI.....	9



LE PROCEDURE



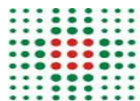
- DEFINISCONO LE RESPONSABILITÀ E DESCRIVONO LE AZIONI: CHI FA CHE COSA, COME
- PER PARLARE UN LINGUAGGIO COMUNE: FACILITARE IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI, SUPPORTO ALLA RILEVAZIONE E MONITORAGGIO DEL RISCHIO
- REQUISITO DI ACCREDITAMENTO



IL TSO



- **LICEITÀ DEL TRATTAMENTO: AVERE SEMPRE BEN PRESENTI “*LE TRE GAMBE DELLO SGABELLO*”...**
- **DOCUMENTARE *ESAUSTIVAMENTE* E *CORRETTAMENTE* LE MOTIVAZIONI NELLE FASI DELL’ATTIVAZIONE**
- **APPROPRIATEZZA E PROPORZIONALITÀ**



LA DGR 1457/90 “*Direttiva regionale in ordine alle procedure per gli accertamenti e i trattamenti sanitari di psichiatria*”



1.2 Pericolosità e malattia

La dizione “alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici” contenuta nell’art. 34 della Legge 833/78, non è da intendersi nel significato di alterazioni in cui si manifesta una concreta pericolosità del malato, in quanto il concetto di “pericolosità” non può essere assunto quale ispiratore di un provvedimento terapeutico ancorché obbligatorio. Prova ne è che il TSO nei malati di mente non presuppone necessariamente l’esistenza di detto stato di pericolosità.

L’intervento sanitario è diretto esclusivamente alla cura della patologia. Può verificarsi tuttavia che l’operatore sanitario si trovi in presenza di comportamenti dissociali e di eventuali rischi di pericolosità.

In detto caso si ritiene che, anche se la gestione di tali aspetti esula dalla competenza psichiatrica, non si possa correre il rischio della deresponsabilizzazione, rispetto a tali comportamenti, attraverso la negazione del problema, ma vada sempre valutata l’opportunità di segnalare la sussistenza di rischi specifici di particolare pericolosità connessi al preciso contesto sociale in cui si trova il sofferente psichico, agli organi preposti istituzionalmente alla prevenzione ed alla repressione di fatti-reati (forze dell’ordine, magistratura).

Si rammenta al proposito che il reato commesso da persona sofferente di disturbi psichici non è diverso, per quanto riguarda l’aspetto preventivo e repressivo, dal reato commesso da qualsiasi altro cittadino.

2.2 - Il ruolo del personale sanitario

Il ruolo del Servizio psichiatrico territoriale non deve essere inteso come consulenza specialistica all'atto coercitivo, ma come adempimento di quei doveri sanitari che non vengono meno anche durante l'esecuzione di una ordinanza e la cui omissione si può configurare quale reato di omissione di soccorso.

La presenza di personale di detto Servizio durante tutta la durata della procedura deve ritenersi obbligatoria e trova il proprio fondamento nell'ambito più generale dell'assistenza ad un malato.

Nelle realtà territoriali dove il Servizio psichiatrico territoriale non è in grado di garantire la presenza di propri operatori per tutto l'arco delle 24 ore, si farà riferimento, per i periodi non coperti, al personale sanitario del Dipartimento di emergenza.

2.3 - Interazione delle competenze

Le competenze e le responsabilità di ordine sanitario non possono essere sospese o surrogate dall'intervento della Polizia municipale; durante l'esecuzione di una ordinanza il personale sanitario continua ad essere titolare di un ruolo tecnico finalizzato alla tutela della salute del paziente sottoposto al provvedimento, all'adozione delle modalità più idonee al rispetto ed alla cura della sua persona, nonché al recupero di un eventuale consenso.

Qualora ogni possibile intervento del personale sanitario si dimostri vano e si renda necessario l'uso della coazione fisica per vincere la particolare resistenza opposta dal paziente, subentra la specifica competenza della Polizia municipale istituzionalmente chiamata a provvedere alla esecuzione del provvedimento.

L'intervento della polizia municipale non può ritenersi eventuale e subordinata a quello del personale sanitario bensì contestuale e tale contestualità deve esplicitarsi attraverso la distinzione chiara dei rispettivi ambiti di intervento.

Sono da ritenersi del tutto inammissibili procedure dove l'intervento della polizia municipale avviene esclusivamente in via subordinata ad una certificazione medica che attesta la presunzione di pericolosità del paziente da sottoporre a TSO.



Sentenza TAR Sicilia – n. 0799/05



1) *Nel caso di malato di mente per il quale si riveli indispensabile, a giudizio dei sanitari, un T.S.O. con ospedalizzazione, che per le specifiche condizioni psicofisiche può essere prelevato al domicilio e trasportato all'ospedale di destinazione dal solo personale sanitario, non appare necessario anche l'intervento della polizia municipale; **in tal caso non può che farsi applicazione della regola generale secondo cui gli interventi sanitari competono (di norma) alle strutture sanitarie.***

2) *Nelle ipotesi nelle quali invece si sia in presenza non già della semplice impossibilità/incapacità di esprimere consenso o dissenso, bensì di un atteggiamento di rifiuto del trattamento sanitario, che renda necessaria la coazione anche fisica, il malato stesso andrà prelevato dalla polizia municipale e da questa accompagnato al presidio ospedaliero di destinazione, insieme con il personale medico e paramedico necessario alla somministrazione di terapie durante il viaggio, e comunque alla continua supervisione degli aspetti medico-assistenziali*





3 - Interventi sanitari che non necessitano di TSO

Esistono condizioni, che pur presentandosi urgenti e complesse, non richiedono necessariamente l'attivazione delle procedure per interventi sanitari obbligatori.

Dette condizioni si ravvisano nei seguenti casi:

3.1 - Esistenza dello stato di necessità

Il sanitario, in presenza di situazioni nelle quali si riconosca un grave e attuale pericolo per l'incolumità del paziente o altrui, non solo può, ma deve intervenire (direttamente), pur limitando la libertà del paziente e, ove ne sussistano i presupposti, può fare ricorso all'intervento delle forze dell'ordine.

L'art. 54 del Codice penale prevede infatti che non è punibile chiunque compie azioni che altrimenti si configurerebbero come reati, nella necessità di salvare sé od altri da pericolo attuale di danno grave alla persona non evitabile. Al riguardo pare opportuno sottolineare che l'avvio delle procedure di TSO non presuppone necessariamente l'esistenza di stato di necessità.

3.2 - Stato di coscienza gravemente alterato

La presenza di stati confusionali o di stato di coscienza gravemente alterato - la cui origine può essere più o meno nota o verificabile clinicamente o con esami di laboratorio - può determinare, da parte del paziente, l'incapacità di esprimersi nei confronti di qualsiasi proposta di intervento sanitario.

In questo caso si assiste, piuttosto che alla mancanza di un consenso, alla impossibilità di esprimere un valido dissenso.

Il sanitario è pertanto tenuto a mettere in atto tutti gli interventi ritenuti necessari, senza dover ricorrere alla formalizzazione di un TSO.

Occorre tuttavia precisare che, per quanto gli psichiatri siano di frequente chiamati per il trattamento di simili pazienti, a causa delle grandi difficoltà e complessità di gestione che essi comportano, questo tipo di intervento è di più specifica competenza dei medici di base e del Servizio di assistenza ospedaliera.

3.3 - Richiesta al medico psichiatra di trattamenti sanitari obbligatori per patologie non psichiatriche

Il medico psichiatra interpellato da altro medico allo scopo di legittimare l'imposizione dei trattamenti sanitari per patologie non psichiatriche, sulla base dell'art. 33 della Legge 833/78 non è tenuto ad intervenire.



LA CONTENZIONE



 **Regione Emilia-Romagna**

SERVIZIO SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE,
SALUTE NELLE CARCERI

IL RESPONSABILE

ANGELO FIORITTI

DIREZIONE GENERALE SANITA E
POLITICHE SOCIALI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2009. 0236972

del 22/10/2009

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	/	/	/
DEL	/	/	/



CIRCOLARE N. **16**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

U.O. DI MEDICINA LEGALE E
GESTIONE DEL RISCHIO

27 GENNAIO 2010

LA CONTENZIONE



- Allegato 3- DGR 1706/2009
 - **Comunicazione al paziente** e comunicazione istituzionale pubblica:

DOCUMENTARE E COMUNICARE LA CONTENZIONE

Premessa

La cogente problematica della sicurezza dei pazienti e degli operatori in ambito sanitario correlata al rischio di agiti auto/eteroaggressivi da parte degli assistiti rende di estrema attualità e urgenza la condivisione e la pianificazione multidisciplinare di attività integrate finalizzate alla gestione del paziente agitato/aggressivo e del paziente che, per cause diverse ed in differenti *setting* assistenziali, può essere definito a rischio di caduta.

Scopo prioritario di questo documento non è la proposizione di linee guida o di modalità operative sull'applicazione ovvero sull'applicabilità della *contenzione fisica*¹ quanto la significazione dell'importanza della documentazione circostanziata e veritiera dell'atto di contenzione, allorquando esso si sia reso necessario come inevitabile conseguenza del fallimento e/o dell'inapplicabilità di altre modalità di "risk assessment", che ne devono rappresentare sempre l'irrinunciabile premessa.

Cassazione Penale - Sez. V; Sent., n. 34961 del 27/09/2010



COMMENTO (Avv. Grassini- Diritto Sanitario)

“ ...nei confronti di alcuni medici di un reparto ospedaliero di psichiatria veniva applicata la misura interdittiva di sospensione della professione medica per due mesi che, impugnata dai sanitari, veniva annullata.

A seguito di ricorso alla Corte di Cassazione proposto dalla procura avverso l’annullamento dell’ordinanza contenente la misura interdittiva della sospensione dalla professione medica, la questione è stata nuovamente rimessa alla valutazione del tribunale.



Cassazione Penale - Sez. V; Sent., n. 34961 del 27/09/2010

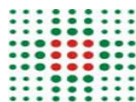


La vicenda giudiziaria vedeva imputati taluni sanitari: - per aver formato una cartella clinica falsa, riguardante il ricovero di due pazienti per trattamento sanitario obbligatorio e volontario, nella quale non davano atto che costoro erano stati legati con fasce di contenzione; - per aver privato i pazienti della libertà personale, disponendo che venissero legati al letto di degenza con fasce di contenzione ai piedi e alle mani senza alcuna interruzione e senza che venissero mai slegati, in un caso, per più di tre giorni, senza effettuare visite di controllo sulle ferite riportate a causa della contenzione, senza dargli acqua né cibo, ma solo idratandolo con flebo; in altro caso per alcune ore; - nonché per il reato di “morte come conseguenza di altro delitto”.

Cassazione Penale - Sez. V; Sent., n. 34961 del 27/09/2010



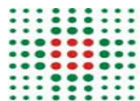
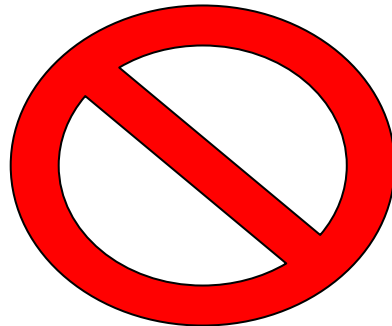
*Tra gli altri aspetti, la corte di cassazione ha evidenziato come nella valutazione del tribunale sia riscontrabile un contrasto insanabile sul piano logico - e comunque non sanato sul piano fattuale - con la premessa descrizione della misura di contenzione, **indicata dal tribunale come atto sanitario assistenziale che, in quanto costituente illecito penale (limita la libertà di movimento della persona senza il suo consenso) non è punibile, qualora l'autore vi sia costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo non da lui volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.***



Cassazione Penale - Sez. V; Sent., n. 34961 del 27/09/2010



... Il tribunale ha comunque precisato che lo stato di necessità - proprio in virtù dell'immanenza, della non evitabilità del pericolo e della proporzionalità della limitazione della libertà - non potrà mai essere invocato "per sopperire a carenze organizzative".



“DISCIPLINA” DELLE CONTENZIONI



- **DOCUMENTAZIONE (REGISTRI, CARTELLA CLINICA)**
- **SEGNALAZIONI ALLA DS E ALLA U.O. GESTIONE DEL RISCHIO**
- **PIANIFICARE ATTIVITÀ DI AUDIT**
- **AZIONI DI MIGLIORAMENTO**



GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA: SCELTE E MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI COLLATERALI



- **Adverse effects of antipsychotic medications**

Am Fam Physician. 2010 Mar 1;81(5):617-22. Review

- **Antipsychotic medications and cardiac conduction risks**

Issues Ment Health Nurs. 2010 Jan;31(1):68-70.

- **QT alterations in psychopharmacology: proven candidates and suspects**

Curr Drug Saf. 2010 Jan;5(1):97-104. Review.

- **Antipsychotics and the Risk of Sudden Cardiac Death**

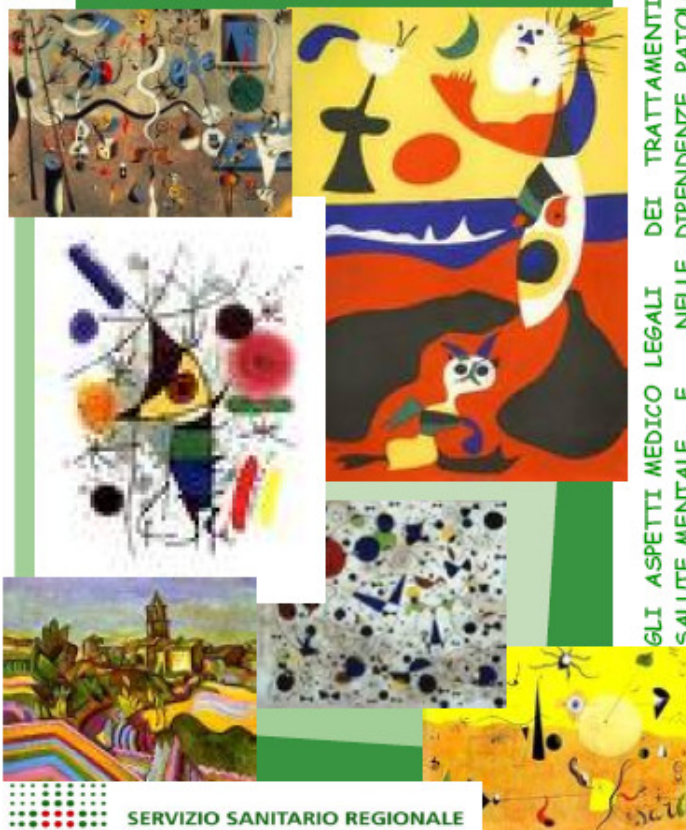
Arch Intern Med. 2004;164:1293-1297.

GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA: SCELTE E MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI COLLATERALI



- DOCUMENTARE CON CHIAREZZA LA TERAPIA PRESCRITTA E SOMMINISTRATA
- FOGLIO UNICO DI TERAPIA
- ATTIVARE E DARE ATTO IN CARTELLA CLINICA DEL MONITORAGGIO DEL/LA PAZIENTE: RILEVAZIONE SEGNI E SINTOMI DI “ALLERTA”, RICHIEDERE LE CONSULENZE SPECIALISTICHE NECESSARIE





GLI ASPETTI MEDICO LEGALI DEI TRATTAMENTI NELLA
SALUTE MENTALE E NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Grazie