

Il processo decisionale a partire dall'analisi dei rischi e del contesto

Ranieri Paier

Pordenone 24/Settembre/2018

Codice etico della cooperativa

- La promozione dei diritti e della dignità della persona sono il fondamento del codice etico della cooperativa da cui discendono valori, principi e comportamenti che ispirano l'agire professionale

Norme costituzionali

- Art 13 La libertà personale è inviolabile.
 - Non è ammessa alcuna forma di detenzione, ispezione o perquisizione **personale né qualsiasi altra restrizione della libertà personale**

Art. 32 Articolo 32. La Repubblica tutela la salute...(omissis). **Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario** se non per disposizione di legge.

Art.2 La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo ...(il **diritto alla tutela della vita**)

**La Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo delle
Nazioni Unite afferma :**

**“Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà e alla
sicurezza della sua persona” (art.3)**

La sicurezza delle cure è parte del diritto
alla salute (art.1, legge 24/2017)

Il diritto alla tutela della vita è il presupposto indisponibile di tutti gli altri diritti e quindi non è un diritto di rango inferiore quando si pone la necessità di un bilanciamento con il diritto contrapposto alla tutela della libertà (Corte Cost. ord.n.334/2008) art.2 vs art.13 Costituzione

la Corte di Cassazione (Cass Pen sez.IV n.11136/2015) ha ritenuto un dovere di protezione disatteso del personale non sanitario la mancata contenzione ambientale della persona incapace affidata alla custodia degli operatori in una residenza protetta sociale e deceduta a seguito di caduta dopo essersi allontanata pericolosamente dalla struttura per mancata vigilanza.

Va rilevato che **in questo caso è stato considerato prioritario il dovere di protezione e di custodia per tutela della vita (art.2)** della persona incapace, al di fuori quindi del dibattito tra dovere e libertà di cura sanitaria (art.32 e art.13)

Cos'è contenzione

La realizzazione di uno stato di costrizione fisica e/o meccanica e/o farmacologica della libertà di movimento volontario della persona o del normale accesso al proprio corpo per **mezzo di strumenti o dispositivi** applicati al corpo stesso, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo

La prevalenza varia, dal 6 al 70% da un paese all'altro
(*Bleijlevens et al. 2016*).

nelle case di riposo è stata documentata una prevalenza dal 4
all'85% (*Gastmans et al. 2006*)

negli ospedali dall'8 al 68% (*Hamers et al. 2005*).

La prevalenza negli ospedali geriatrici escluse le spondine

Austria e Danimarca dello 0%

Svizzera dello 0-3%

Repubblica Ceca 3%

Belgio dal 7 al 22%.

Germania dello 0-2%;

Olanda dal 2 al 12%,

Francia del 17%

(*De Vries et al. 2004*)

rilevazione in 5 paesi (Canada, Finlandia, Hong Kong, Svizzera e
USA) hanno documentato una prevalenza dal 6 al 31%.

Feng et al. (2009)

Motivazione alla contenzione prevalenza aas5 2017

- **Rischio di caduta** 71%
- Richiesta dall'ospite 10,5%
- Agitazione 6%

- **Cadute** nel periodo di osservazione
- 3,4% con contenzione
- 7,1% senza contenzione

David Sackett

qualità in sanità è in relazione alla
frequenza con cui si fanno interventi
**più utili che dannosi e si evitano quelli
più dannosi che utili**

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24; in G.U. del 17 marzo 2017, n. 64

- Disposizioni in materia di **sicurezza delle cure e della persona assistita**, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 1 Sicurezza delle cure in sanità

- 1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. **2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.** 3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il **personale**, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Gli operatori sanitari sono portatori di posizione di garanzia nei confronti delle persone affidate alle loro cure

Dovere giuridico contro qualsivoglia pericolo atto a minacciare l'integrità (CASS. 447/2000)
si tratta di un obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. 2 e tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo art.32

Categorie di doveri

- la posizione di garanzia di **protezione** che impone di preservare l'assistito da tutti i rischi che possano lederne l'integrità
- la posizione di garanzia di **controllo** che impone di neutralizzare le eventuali fonti di pericolo che possono minacciare l'assistito.



Responsabilità

- **Antecedente**

- Dai primi 900 si comincia a parlare della responsabilità come relazione con l'atto che non è ancora stato compiuto (Max Weber). Hans Jonas estende il concetto anche in relazione al potenziale distruttivo della tecnica e delle conseguenze sulle generazioni future.

- **Consequente**

- Mentre la responsabilità conseguente, richiama l'idea di un'obbligazione, in quanto implica l'obbligo di rispondere di un atto che si è già compiuto. Questa dimensione della responsabilità è già presente al tempo dei romani

- Le azioni che si intraprendono sono utili?
- Perché lo faccio
- Chi ne trae giovamento
 - Sono di utilità per la persona assistita?
 - Sono autotutelanti per chi assiste?
 - Sono automatismi e consuetudini?
 - Qual'è il razionale
 - Ci sono scelte alternative?

Comitato nazionale bioetica 2015

Nonostante la scarsità degli studi in merito, indicazioni emergono dalla ricerca disponibile circa le variabili che più incidono sul ricorso alla contenzione: **la cultura, l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento degli operatori rivestono un ruolo decisivo**, più della gravità dei pazienti.

Riconoscimento della persona nella pienezza dei suoi diritti (prima ancora che come malato e malata). Il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona è anche il presupposto per un intervento terapeutico efficace.

L'uso della forza e la contenzione rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. *Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione non toglie forza alla regola della non- contenzione e non modifica i fondamenti del discorso etico.*

Sul piano giuridico, Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare **l'extrema ratio**. Anche nel Trattamento Sanitario Obbligatorio

Raccomandazione per il superamento della contenzione

- Art. 3 delibera 1904 ottobre 2016 valutazione preliminare delle situazioni di rischio e della persona
 - I professionisti e gli operatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali devono essere in grado di valutare le situazioni di rischio **ambientale e della persona assistita** ed intraprendere le relative azioni finalizzate alla diminuzione del rischio di comportamenti lesivi ed altre turbe del comportamento

art. 40 del c.p.

“Non impedire un evento che si ha l’obbligo di impedire equivale a cagionarlo”.

Abbandono di incapace art. 591 CP

- Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiezza, o per altra causa, di provvedere a se stessa, **e della quale abbia la custodia o debba avere cura**

La valutazione dei rischi di contesto

Le caratteristiche delle della struttura

- Dimensione, dislocazione caratteristiche delle aree di degenza
- Vie di fuga, scale, vani, barriere ecc.
- Presenza di giardino
- Portineria si/no
- La dimensione delle stanze e la distribuzione degli arredi
- La presenza o assenza di sistemi remoti di controllo
- La dislocazione e la distribuzione del personale

Le caratteristiche delle persone

- Le persone con alterazioni del comportamento
- Le persone a rischio di caduta
- Le persone con disorientamento
- Le persone con demenza e wondering
- Le persone con patologie psichiatriche
- L'incidenza del numero di persone con le citate problematiche (sostenibilità)

Se guado l'insieme dei problemi



Superare la visione di insieme

Non si vedono soluzioni se si guardano la globalità dei problemi

scomporre ogni singolo problema per trovare la soluzione al singolo problema

Ogni singolo problema risolto è un passo verso il miglioramento

Protezione = contenzione?

- Applicazione dei dispositivi di tutela e protezione.
- La contenzione è l'unico mezzo per garantire la tutela e la protezione?

MANUALE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

giugno 2012

N.	REQUISITO VALUTATO	criterio	STANDARD
11	<p>Promozione dei diritti, della dignità e della sicurezza della persona con compromissione delle facoltà cognitive e/o problemi comportamentali</p>	<p>La struttura ha attivato protocolli, procedure, misure organizzative ed ambientali atte a mantenere l'integrità dei diritti, della dignità e della sicurezza per le persone con compromissione delle facoltà cognitive e/o problemi comportamentali</p>	<p>Sono presenti misure generali (ambientali e organizzative) quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scelta di assegnazione all'unità di degenza • spazi protetti • protezione delle scale • letti abbassabili (tipo letto Alzheimer) • sistemi di seduta confortevoli e il più possibile personalizzati • piani di lavoro che prevedono: <ul style="list-style-type: none"> ○ momenti di sorveglianza ○ deambulazione assistita ○ operatori dedicati <p>Nel PAI sono esplicitate le misure assistenziali individualizzate</p>



PROTOCOLLO PER LA PROMOZIONE DEI DIRITTI E DELLA DIGNITÀ DELLE
PERSONE CON COMPROMISSIONE DELLE FACOLTÀ COGNITIVE E/O PROBLEMI
COMPORTAMENTALI E PER L'APPLICAZIONE DEI SISTEMI
DI TUTELA E PROTEZIONE

Fase di pre-accoglimento della persona (in struttura
residenziale e semiresidenziale)

Accoglimento della persona **Allegato 1: Strategie assistenziali/interventi
per evitare l'uso della contenzione)**

Applicazione dei dispositivi di T.P. per supporto posturale

Applicazione dei dispositivi di T.P. per trattamenti
sanitari (scheda di valutazione e applicazione dei STP)

Applicazione dei dispositivi di T.P. per stato di necessità

Presenza di dispositivi di tutela e protezione richiesti
dalla persona assistita

Protocollo per la promozione dei diritti e della dignità delle persone

- Fase di pre-accoglimento:
 - Accertamento della compatibilità della persona da accogliere in relazione alle caratteristiche ed all'ambiente
 - Raccolta delle informazioni se in uso di dispositivi di tutela e protezione nel setting di provenienza
 - Formulazione del P.I.
 - osservazione e rilevazione in prima giornata di tutte le alterazioni comportamentali
 - Adozione di strategie alternative alla contenzione

Raccomandazione 13 ministero della salute 1/12/2011

- **5.3.5 Limitazione della contenzione In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute.(71% delle contenzioni aas5)**
- I mezzi di contenzione meccanica possono provocare, invece, effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti ed indiretti.
- **La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa.**

Quando serve la contenzione

Federazione Ipasvi

- *Non ci sono studi che abbiano dimostrato una riduzione del rischio di cadute nei soggetti sottoposti a contenzione (per esempio con le spondine del letto) né un aumento del rischio di cadute nei soggetti non sottoposti a contenzione.*
- *Sembra quindi che gli anziani cadano dal letto indipendentemente dall'uso di contenzione, per cause associate ai processi di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Inoltre l'uso della contenzione può aumentare la gravità degli effetti associati alla caduta in quanto la contenzione tende ad aggravare l'osteoporosi e riduce la massa e il tono muscolare*

Art. 5

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

- Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, **si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3** In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle **buone pratiche clinico-assistenziali.**

Codice deontologia medica 2014

Art.16

Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, **dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.**

Art.32

Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili

Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, **farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.**

Dpr 230/2000 afferma che in casi eccezionali i mezzi devono essere autorizzati dal direttore o da un medico come già previsto dal Regio decreto n°615/1909

|

RACCOMANDAZIONE 13 - 2011
PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE
NELLE STRUTTURE SANITARIE

- **Le persone che cadono la prima volta presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e possono riportare, come conseguenza del trauma, danni anche gravi, fino a giungere, in alcuni casi, alla morte.**
- A) fattori intrinseci, relativi alle condizioni di salute del paziente, che comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le commorbidità e le terapie farmacologiche;
- B) fattori estrinseci, relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati.

Applicazione dei dispositivi di tutela e protezione per stato di necessità

- Qualora si manifestino comportamenti agitati e/o violenti e sussistano situazioni di pericolo per la persona o per gli altri e non vi siano misure alternative valide ad evitare i rischi per l'incolumità fisica.. ecc. vanno applicate le misure di tutela e protezione **in relazione alla situazione ed al contesto nel principio di proporzionalità**

Art 54 codice penale

Stato di Necessità

- Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o gli altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona (omissis).....Sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo

Art 6 delibera 1904/2016

- Alla persona assistita che abbia accusato circostanze per le quali gli operatori presenti in servizio abbiano ritenuto irrinunciabile il ricorso alla contenzione fisica **deve essere assicurata la riproducibilità tempestiva di quanto eccezionalmente praticato**, nel rispetto di quanto previsto dalla presente raccomandazione, anche al fine di implementare le attività di verifica e cambiamento finalizzate all'eliminazione della contenzione.

Art. 50 codice penale

Consenso dell'avente diritto

- Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto col consenso della persona che può validamente disporne

evidenze scientifiche

Una revisione della letteratura scientifica su 472 studi pubblicati dal 1980 al 2007 ha concluso che **le spondine a letto non aumentano il rischio di caduta e di danno da caduta rispetto al loro non uso**, che la maggior parte dei pazienti capace di autodeterminarsi consente al loro uso e che quindi le organizzazioni sanitarie dovrebbero preoccuparsi di ridurre l'uso "inappropriato" delle spondine piuttosto che promuovere acriticamente l'abolizione totale del loro uso (Age Ageing 2008, 37/4: 368-378)

I programmi di contenzione zero mirano principalmente a garantire la qualità di vita e la tutela dei diritti e pertanto non hanno bisogno di dimostrare falsi risultati.

È sempre lecito l'uso dei dispositivi di TP

- Quando prescritti ed utilizzati ai fini riabilitativi
- Quando prescritti ed utilizzati come ausili/supporto posturale
- Quando prescritti ed utilizzati temporaneamente per trasporto escuzione indagini ecc.
- Quando utilizzati a fronte di uno stato di necessità
- Quando richiesti dall'avente diritto

il ricorso alla contenzione fisica è lecito in quanto previsto per disposizione di legge e in **casi eccezionali** in cui il Codice Penale prevede **cause giustificative di non punibilità** :

- l'intervento per impedire un danno (art.40),
- aver agito col consenso dell'avente diritto (art.50)
- per adempimento di un dovere (art.51)
- nello stato di necessità (art.54)

per legittima difesa in caso di assistito violento non altrimenti contenibile (art.52).

“Follia è fare sempre la stessa cosa
ed aspettarsi risultati diversi”

Albert Einstein