LA CONTENZIONE MANUALE, FISICA, FARMACOLOGICA E AMBIENTALE DOPO LA SENTENZA 40598/2018

aspetti giuridici, deontologici e operativi

BIELLA > 18 Gennaio 2020

RAZIONALE

Il corso si prefigge di rendere edotti i partecipanti delle problematiche relative a tutte le tipologie di contenzione e alla necessità che corrispondano a precisi criteri legati allo stato di necessità. Secondo i recenti orientamenti della Corte di cassazione la contenzione non è un atto sanitario. L'applicazione della contenzione senza i requisiti individuati comporta il rischio di essere incriminati per sequestro di persona. Verranno esplorati i confini e gli ambiti della contenzione manuale, fisica, farmacologica e ambientale.

PROGRAMMA

9,00 **Le origini della contenzione**

9.30 **Le tipologie della contenzione: manuale, fisica, farmacologica e ambientale**

10,00 **La natura della contenzione fisica e la sua ammissibilità/inammissibilità dopo la sentenza 40598/2018 della Corte di cassazione. Lo stato di necessità e i suoi elementi fondamentali**

11,00 **La contenzione nei vari setting di cura: psichiatria, RSA, ospedale, sala operatoria, terapia intensiva, emergenza e pronto soccorso: analisi e differenze.**

11,30 **La contenzione manuale: analisi e criticità**

12,00 **Pausa pranzo**

12,30 **La contenzione farmacologica: analisi e criticità.**

13,00 **Dibattito guidato**

14,00 **L'obbligo di garanzia e di custodia dei pazienti e la responsabilità per la presa in carico.**

14,30 **La contenzione ambientale: analisi e criticità. L'autodimissione volontaria del paziente.**

15.30 **La responsabilità per gli eventi autolesivi e suicidiari**

16,30 **Dibattito guidato**

17,00 **Effettuazione del test di verifica e chiusura del corso**

Relatore Unico e Responsabile Scientifico: Dr. Luca Benci

Sede
Sala Convegni BIVERBANCA – via Carso, 15 - BIELLA

Crediti Formativi ECM
Numero crediti formativi ECM: **10.6**
Professioni accreditate: **Infermieri e infermieri pediatrici**
Obiettivo formativo: **La sicurezza del paziente. Risk management**
Numero massimo partecipanti ecm: **100**

Attestato ECM
Ogni partecipante potrà ottenere i crediti sulla base dei seguenti criteri
- percentuale di presenza al 100%
- superamento della verific di apprendimento (75% livello di sufficienza)
- compilazione e consegna del materiale ECM

Iscrizioni
Quota di iscrizione: **gratuito**

Le iscrizioni si intendono perfezionate esclusivamente alla conferma che verrà comunicata via mail.
Si chiede la cortesia di comunicare tempestivamente l'eventuale cancellazione dell'iscrizione.

Sul sito opibiella.it
- iscrizioni on line
- Codice corso: 352- 2283689

Provider ECM/Segreteria Organizzativa
PROVIDER STANDARD ECM N. 352
Ideas Group s.r.l.
Via Santo Spirito, 11- Firenze
Tel. 055.2302663 - Fax 055.5609427
iscrizioni@ideasgroup.it
www.ideasgroup.it - www.fadideasgroup.it

Luca Benci Giurista, direttore dal 1998 al 2004 della Rivista di diritto delle professioni sanitarie (Lauri edizioni). Autore di pubblicazioni sul diritto sanitario e sulle professioni sanitarie tra cui La riforma Brunetta – implicazioni giuridiche e operative, Mc Graw Hill, 2010; Elementi di legislazione sanitaria e di biodiritto, Mc Graw Hill, 2009; La prescrizione e la somministrazione di farmaci: responsabilità giuridica e deontologica, Mc Graw Hill, 2007; Aspetti giuridici della professione infermieristica, V edizione, Mc Graw Hill, 2008; Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, Mc Graw Hill, 2001; 118 Un sistema integrato per l'emergenze sanitarie (coautore insieme a Cunial e Cipolotti), Mc Graw Hill 1999; Il medico e l'infermiere a giudizio, (a cura di) Atti del convegno nazionale sulle responsabilità condivise, Siena, 1997, Lauri edizioni, Le professioni sanitarie non mediche: aspetti giuridici, deontologici e medico legali, Mc Graw Hill, 2002; E' componente della redazione della Rivista Italiana di Emergenza-Urgenza Pediatrica, e del Board Editoriale di Emergency Care Journal. E' coordinatore del Comitato scientifico del convegno annuale "Il medico e l'infermiere a giudizio". Svolge attività di consulenza e docenza presso Aziende USL e ospedaliere, società di formazione, Università degli studi, Associazioni, Collegi e Ordini professionali in materia di diritto sanitario, responsabilità professionale e biodiritto. E' professore a contratto presso l'Università degli studi di Firenze per i corsi laurea specialistica delle classi di laurea delle professioni sanitarie. E' presidente della Commissione conciliativa mista dell'azienda ospedaliera Meyer di Firenze.

DANIELE RODRIGUEZ

PROGRAMMA

9,00 Le origini della contenzione

9.30 Le tipologie della contenzione: manuale, fisica, farmacologica e ambientale

10,00 La natura della contenzione fisica e la sua ammissibilità/inammissibilità dopo la sentenza 40598/2018 della Corte di cassazione. Lo stato di necessità e i suoi elementi fondamentali

11,00 La contenzione nei vari setting di cura: psichiatria, RSA, ospedale, sala operatoria, terapia intensiva, emergenza e pronto soccorso: analisi e differenze.

11,30 La contenzione manuale: analisi e criticità

12,00 La contenzione farmacologica: analisi e criticità.

12,30 Dibattito guidato

13,00 Pausa pranzo

14,00 L'obbligo di garanzia e di custodia dei pazienti e la responsabilità per la presa in carico.

14,30 La contenzione ambientale: analisi e criticità. L'autodimissione volontaria del paziente.

15.30 La responsabilità per gli eventi autolesivi e suicidiari

16,30 Dibattito guidato

17,00 Effettuazione del test di verifica e chiusura del corso

IL PROFESSIONISTA SANITARIO IN AMBITO PSICHIATRICO:

LA POSIZIONE DI GARANZIA

CURA E/O CUSTODIA ?

RESPONSABILITÀ PER EVENTI AUTOLESIVI ED ETEROLESIVI

Daniele Rodriguez

P.O. i.q. di Medicina legale
Università degli Studi di Padova

una novità “formale” meritevole di riflessione

il comma 566 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)"

Legge di stabilità 2015
art. 1 comma 566

Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e ≠ terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, …

Legge di stabilità 2015
art. 1 comma 566
… sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

quale concetto di cura ?

quale concetto di cura ? *diverso* da terapia

quale concetto di cura

?

comunque *diverso* da custodia

Legge 14 febbraio 1904, n. 36.
"Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati."

Art. 1. Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.

Legge 13 maggio 1978, n. 180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”

Art. 11 Norme finali.

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati” e successive modificazioni, … gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, … nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Codice Penale

Art. 714. Omessa o non autorizzata custodia, in manicomi o in riformatori, di alienati di mente o di minori.

Art. 715. Omessa o non autorizzata custodia privata di alienati di mente.

Art. 717. Omessa denuncia di malattie di mente o di gravi infermità psichiche pericolose.

la posizione di garanzia:

in genere

La posizione di garanzia è l'obbligo di attivarsi, che incombe su chiunque svolga un'attività che comprenda la gestione di condizioni di "danno" o di "pericolo" per affrontare i danni ed evitare il verificarsi dei pericoli, al fine di garantire i terzi

Il professionista sanitario viene ad assumere una posizione di garanzia tipica nei confronti del paziente nei confronti del quale esercita la propria attività,
posizione che consiste nell'obbligo di farsi carico delle alterazioni e dei rischi connessi
sia alle condizioni patologiche,
sia al trattamento praticato,
in base alle evidenze scientifiche ed alle risorse tecniche

Non di qualsiasi ipotetico, teorico, possibile rischio il professionista che ha in cura il paziente deve farsi carico, ma solo dei rischi e che sono prevedibili e prevenibili (= evitabili), ponendo in essere i trattamenti preventivi indicati dalle evidenze scientifiche

CODICE PENALE

Art. 40. Rapporto di causalità.

...

[2] Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

la posizione di garanzia:

in psichiatria

la posizione di garanzia: in psichiatria

due precisazioni, comunque “ovvie”

La posizione di garanzia è l'obbligo di attivarsi, che incombe su chiunque svolga un'attività che comprenda la gestione di condizioni di "danno" o di "pericolo" per affrontare i danni ed evitare il verificarsi dei pericoli, al fine di garantire i terzi

professionalmente attinente e scientificamente identificabile

Il professionista sanitario viene ad assumere una posizione di garanzia tipica nei confronti del paziente nei confronti del quale esercita la propria attività,
posizione che consiste nell'obbligo di farsi carico delle alterazioni e dei rischi connessi
sia alle condizioni patologiche,
sia al trattamento praticato,
in base alle evidenze scientifiche ed alle risorse tecniche

Non di qualsiasi ipotetico, teorico, possibile rischio il professionista che ha in cura il paziente deve farsi carico, ma solo dei rischi e che sono prevedibili e prevenibili (= evitabili), ponendo in essere i trattamenti preventivi indicati dalle evidenze scientifiche

professionalmente

un corollario rilevante, anche in ambito psichiatrico: evidenze scientifiche e derivati

Legge 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 8 marzo 2017, n. **24**.

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

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Sicurezza delle cure in sanità

DANIELE RODRIGUEZ

tario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«d-*bis*) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

Art. 3.

Art. 5 . Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. 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 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

DANIELE RODRIGUEZ

Art. 5
Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

2. Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, il decreto del Ministro della salute stabilisce:

a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;

b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione nel sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;

c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

DANIELE RODRIGUEZ

Art. 5
Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

...

3. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.[*] L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

4. Le attività di cui al comma 3 sono svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

[*] Periodo modificato dall'art. 11 della legge 11 gennaio 2018, n. 3.

DANIELE RODRIGUEZ

REGOLA CAUTELARE

NECESSARIAMENTE ISPIRATA A EVIDENZE SCIENTIFICHE / BUONE PRATICHE CLINICO-ASSISTENZIALI / RACCOMANDAZIONI PREVISTE DALLE LINEE GUIDA

DANIELE RODRIGUEZ

CASISTICA DELLA GIURISPRUDENZA DI CASSAZIONE

suicidio del paziente
morte da sciopero della fame
omicidio di altro ricoverato
omicidio di infermiere

Cassazione penale, Sez. IV

Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016 Ud. (dep. 01 agosto 2016) Rv. 267446

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

Introduzione

La vicenda che qui si analizza riguarda una fattispecie di omicidio colposo, che vede imputato P.D. medico psichiatra, ai danni di una sua paziente "ricoverata con diagnosi di disturbo bipolare in fase depressiva caratterizzata da depressione del tono dell'umore con ideazione negativa a sfondo suicidario".

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

Introduzione

Il Drago, in violazione delle regole cautelari di colpa generica, cagiona l'omicidio per aver omesso una stretta e continua sorveglianza della donna consentendole di allontanarsi dalla stanza in cui era ricoverata, permettendole di raggiungere un'impalcatura all'esterno della struttura ospedaliera e lasciarsi cadere nel vuoto.

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

Introduzione

Prende così avvio un procedimento penale che approda in Cassazione in seguito al ricorso proposto dall'imputato avverso la sentenza d'appello che già riconosceva la sua colpevolezza.

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

Introduzione

Sebbene – si anticipa già in questa sede che la Corte ha ritenuto immune da censure la pronuncia che aveva affermato la responsabilità del medico del reparto di psichiatria – i motivi di ricorso illustrati dall'imputato risultino infondati, sono spunti di riflessione e di analisi circa la vasta e complessa materia della colpa medica.

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

La questione che prima facie rileva riguarda la posizione del medico psichiatra e se questi sia titolare ex art. 40 co. 2 c.p. dell'obbligo giuridico di impedire atti autolesivi del paziente anche quando quest'ultimo non sia sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.).

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

La problematica sorge in seguito all'abbandono del modello "custodialistico" con la l. 13 maggio 1978 n.180 (c.d. legge Basaglia) che ha introdotto un orientamento volto a coinvolgere il paziente stesso nella sua cura. Non più restrizione ma partecipazione.

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

Si supera il pensiero di chi riteneva che "Il pazzo doveva infatti essere curato (funzione terapeutica) ma anche ristretto (funzione custodiale), per arginare la ritenuta pericolosità".
Questo cambio di rotta, che potrebbe far desumere una de-responsabilizzazione del medico dinanzi al verificarsi di eventi auto o etero-lesivi, non ha trovato conferma nella Suprema Corte, se non sul piano terminologico.

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

La Corte di Cassazione ha infatti sostenuto l'obbligo dello psichiatra di (esclusivamente) curare il paziente ma include in ciò anche l'obbligo di impedire quegli atti lesivi, perché ritiene che altro non sono che una manifestazione, un'estrinsecazione della malattia psichiatrica

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

Conforme all'orientamento della S.C., autorevole dottrina ha ritenuto necessario esigere dal medico psichiatra – anche al di fuori del regime di T.S.O. – il massimo impegno per evitare quelle condotte pericolose per l'incolumità propria o altrui, ancor di più nelle fasi più acute della malattia e qualora si siano verificati altresì eventi pregressi <u>che facciano temere come concretamente probabile e possibile il ripetersi delle medesime condotte lesive</u>.

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

Il caso qui in commento rientra nella succitata ipotesi di evento lesivo verificatosi in seguito a "precedenti esperienze di tentativo di suicidio, unite alla diagnosi di accettazione" che avrebbero dovuto ingenerare nel medico un atteggiamento di maggior cautela.

Cassazione penale, Sez. IV, Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

Non può infatti ritenersi responsabile di omicidio colposo ai danni di un paziente affetto da turbe mentali il medico psichiatra che – oltre ad essersi attenuto al dovere oggettivo di diligenza ricavato dalla regola cautelare – non poteva ravvisarsi un concreto ed imminente rischio suicidario alla luce dei dati clinici e dei parametri individuabili nella lettura scientifica.

Cassazione penale, Sez. IV,
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

Ancora differente è il caso in cui il gesto autolesivo del paziente, seppur affetto da disturbi psichici, non sia ricollegabile ad una manifestazione della malattia mentale; ipotesi in cui viene esclusa la responsabilità dello psichiatra perché trattasi di un gesto sintomo di autodeterminazione libera e non condizionata.

Cassazione penale, Sez. IV, Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

Tuttavia, ad avviso di chi scrive, il terreno della medicina psichiatrica – rectius della mente umana – resta non completamente esplorato dalla scienza e di conseguenza non risulta facilmente convincente la possibilità di ricondurre, in maniera così certa da escludere la responsabilità del sanitario, la condotta di un soggetto ad un'estrinsecazione del disturbo psichico o ad un gesto di autodeterminazione.

Cassazione penale, Sez. IV
Sentenza n. 33609 del 14 giugno 2016

La posizione di garanzia dello psichiatra.

Questa incertezza che avvolge tutto il settore della psichiatria, l'assenza stessa di evidenze scientifiche in materia, non preclude ma rende ancor più complesso e articolato anche l'iter di accertamento del nesso causale.

LA GIURISPRUDENZA DI CASSAZIONE: QUALE INSEGNAMENTO PER IL PROFESSIONISTA SANITARIO?

diversi orientamenti giurisprudenziali

criteri valutativi disomogenei

scarse evidenze scientifiche, applicabili ai casi concreti

giudizi ipotetici in punto di ricostruzione causale

posizione di garanzia: contenuto non definito

condotta esigibile dal medico e da altri professionisti sanitari variamente individuata

LA GIURISPRUDENZA DI CASSAZIONE: QUALE "TENTAZIONE" PER IL PROFESSIONISTA SANITARIO PAVIDO ?

LA PSICHIATRIA DIFENSIVA

CONSISTENTE IN ADOZIONE IMPROPRIA, PERCHÉ LESIVA DELLA LIBERTÀ E DELLA DIGNITÀ NONCHÉ DELLA SALUTE DELLA PERSONA, DI:

TRATTAMENTI FISICI COATTIVI E/O RESTRITTIVI

SOMMINISTRAZIONE ECCESSIVA DI FARMACI

LA GIURISPRUDENZA DI CASSAZIONE: QUALE "TENTAZIONE" PER IL PROFESSIONISTA SANITARIO PAVIDO ?

LA PSICHIATRIA DIFENSIVA

ACQUIESCENTE ALLE RICHIESTE DEI FAMILIARI, ANCHE QUANDO ORIENTATE SOLO IN SENSO LIMITATIVO DELL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

LA GIURISPRUDENZA DI CASSAZIONE: QUALE "TENTAZIONE" PER IL PROFESSIONISTA SANITARIO PAVIDO ?

LA PSICHIATRIA DIFENSIVA

CHE "TORNA" A SALDARSI CON L'IMPOSTAZIONE CUSTODIALISTICA DELLA DIFESA SOCIALE CHE SOSTENEVA LA VECCHIA PSICHIATRIA

“TENTAZIONE” FORTE VERSO LA PSICHIATRIA DIFENSIVA

LE DUE DIFESE
– QUELLA SOCIALE (+ FAMILIARE QUANDO LIMITATIVA) E QUELLA MEDICA –
SI INCONTRANO E SI CONFORTANO

NON VI È LA DISAPPROVAZIONE SOCIALE, ORMAI DIFFUSA, VERSO LA MEDICINA DIFENSIVA

PSICHIATRIA DIFENSIVA E ACQUIESCENTE

LA VICENDA DI FRANCESCO MASTROGIOVANNI:

ABERRAZIONE O CASO PARADIGMATICO ?

DANIELE RODRIGUEZ

FRANCESCO MASTROGIOVANNI:

pur se tranquillo, era sottoposto a sedazione farmacologica, dopo a contenzione meccanica, attraverso apposizione di fascette a polsi e a caviglie, senza che venisse mai slegato; ciò per più di tre giorni, dalle ore 13.30 del 31 luglio 2009 alle ore 7.20 del 4 agosto 2009

FRANCESCO MASTROGIOVANNI:

muore alle ore 1.46 del 4 agosto 2009
i medici si accorgono del decesso alle 7.20

FRANCESCO MASTROGIOVANNI:

il mattino del 31 luglio 2009, intorno alle ore 9 circa, è inseguito dalla polizia municipale del Comune di Pollica e dai Carabinieri della locale stazione

raggiunge la spiaggia di un campeggio di San Mauro Cilento e si getta in mare

verso le 11, esce dall'acqua e ritorna sulla spiaggia dove un medico del Centro di Igiene Mentale di Vallo della Lucania convalida la proposta di TSO del primo medico del 118

accetta tre iniezioni di sedativi

è tradotto nel SPDC di Vallo della Lucania, ove arriva alle 12.15

in reparto accetta una quarta iniezione di sedativi

cade in un sonno profondo

alle 13.30-14, mentre dorme, è legato, polsi e caviglie, al letto

dopo qualche minuto gli viene applicato anche un catetere

DANIELE RODRIGUEZ

FRANCESCO MASTROGIOVANNI: anche il catetere perché??

Dunque il 31.7.2009 alle ore 14,24 il dr. R[redacted] B[redacted] unitamente agli infermieri C[redacted] J[redacted] J[redacted] e D[redacted] A[redacted] mentre il Mastrogiovanni dorme, applicano la contenzione meccanica mediante apposizione di fascette a polsi e caviglie per poter eseguire i prelievi richiesti dai Carabinieri di Pollica finalizzati all'applicazione della sanzione amministrativa costituita dalla sospensione della patente di guida.

FRANCESCO MASTROGIOVANNI:

il video della psichiatria difensiva e acquiescente

VERSO UNA CONCLUSIONE

LA DISORIENTANTE GIURISPRUDENZA DI CASSAZIONE PUÒ STIMOLARE UNA RIFLESSIONE POSITIVA

LA STESSA PAROLA RESPONSABILITÀ HA UN SIGNIFICATO ETIMOLOGICO CON ACCEZIONE POSITIVA

responsabilità

rispondere

spondeo

assumere un impegno solenne a carattere religioso

LA DISORIENTANTE GIURISPRUDENZA DI CASSAZIONE PUÒ STIMOLARE UNA RIFLESSIONE POSITIVA:

su posizione di garanzia

su condotta esigibile dal medico e dall'infermiere

due domande
“schematiche”,
così formulate per
evidenziare i termini del
problema,
non per condizionare
rigidamente le rispettive
risposte

1.

l'obiettivo dell'intervento professionale:

la salute o l'incolumità ?

Codice di deontologia medica 2014

Art. 3 Doveri generali e competenze del medico

Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. …

Codice di deontologia medica 2014

Art. 5 Promozione della salute, ambiente e salute globale

Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

Codice deontologico dell'infermiere 2019

Art. 3 – Rispetto e non discriminazione L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale

Atto costitutivo dell'O.M.S. del 22 luglio 1946, approvato con D.Lgs.C.P.S. 4 marzo 1947, n. 1088

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità.

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA ART. 32
LA REPUBBLICA TUTELA LA SALUTE COME FONDAMENTALE DIRITTO DELL'INDIVIDUO E INTERESSE DELLA COLLETTIVITÀ...

la prima risposta “di principio”

prevale la salute

la seconda risposta “di principio”

prevale l’incolumità

entrambe le risposte “di principio”

sono necessariamente condizionate dal bilanciamento fra gli obiettivi a confronto

2.
quale la posizione di garanzia,
se è necessaria la scelta

fra “curare” la malattia concreta

e proteggere da potenziali rischi per l’incolumità

?

la prima risposta “di principio”

accettare di compromettere cura per evitare il rischio

la seconda risposta “di principio”

non compromettere la cura ed accettare il rischio

entrambe le risposte “di principio”

sono necessariamente condizionate dal bilanciamento fra gli obiettivi a confronto

PREMESSA DICHIARATA

due domande
“schematiche”,
così formulate per evidenziare i termini del problema,
non per condizionare rigidamente le rispettive risposte

UNA "RISPOSTA" SOSTANZIALE NON CONDIZIONATA DA DOMANDE SCHEMATICHE

IN TRE PROSPETTIVE, ALLA FINE COINCIDENTI

SOTTO IL PROFILO CLINICO

la risposta bioetica

la responsabilizzazione

la risposta deontologica

la fiducia

Codice deontologico dell'infermiere 2019

Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Legge 22 dicembre 2017, n. 219
Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Art. 1. Consenso informato

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. …

Codice di deontologia medica 2014

Art. 20. Relazione di cura

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilita`.

Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.

la risposta giuridica

il contratto

appendice

documenti meritevoli di attenzione e di riflessione

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

La versione attuale del presente documento è stata condivisa dal Ministero della Salute e dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti.

governo clinico sicurezza dei pazienti

DANIELE RODRIGUEZ

INDICE

1. Premessa 3
2. Obiettivo 3
3. Ambiti di applicazione 3
4. Azioni 4
4.1 Presa in carico del paziente 4
4.1.1. Anamnesi 4
4.1.2. Percorso clinico assistenziale 6
4.2. Caratteristiche strutturali dell'ospedale e processi organizzativi 7
4.2.1. L'ospedale 7
4.2.2. I processi organizzativi 7
4.2.3 La Formazione 8
5. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale 8
6. Aggiornamento della Raccomandazione 8
7. Segnalazione dell'evento sentinella e attivazione del protocollo di monitoraggio 8
Riferimenti bibliografici 10
ALLEGATO 1: Guida per il colloquio con il paziente 11

ALLEGATO 1: Guida per il colloquio con il paziente

La presente guida vuole costituire una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, quindi, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa.

Essa può essere utilizzata quando vi è un sospetto da approfondire (dopo aver quindi raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi).

E' opportuno che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia; è pertanto necessario scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E' importante, inoltre, cercare di non perdere il contatto oculare con il paziente.

Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero.

Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d'animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.

- Come si sente?
- Che progetti ha quando esce dall'ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa era successo?
- C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?

In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita più difficile?

Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita?

Sente di dovere espiare qualche colpa?

Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. E'successo anche a Lei?

Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?

Con che frequenza Le sovvengono tali pensieri?

Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi).

Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente vicino?

Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)

Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo? (Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte).

Ha mai pensato a come farla finita? (Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale).

Ha progettato quando farlo?

Ha il necessario per farlo?

Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?

Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?

Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?

PREVENZIONE del SUICIDIO

nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso ed SPDC

Protocollo minimo di riferimento sul suicidio a cura del gruppo di lavoro coordinato da ***Massimo Casacchia****,*

con

Massimo Di Giannantonio, Francesco Scapati, Salvatore Varia e Matteo Balestrieri

e con la collaborazione di ***Maurizio Malavolta e Ida De Lauretis***

INDICE

Paragrafo	*Argomento*	*Pag*
1.	**Premessa**	
2.	**Obiettivi e Campo di applicazione**	
3.	**Procedure per l'operatore che incontra un paziente a rischio di suicidio**	
3.1	Ruolo del Centro di Salute Mentale	
3.2	Ruolo del Pronto Soccorso	
3.3	Ruolo della Psichiatria di Consultazione-Collegamento	
3.4	Quando il ricovero in SPDC è indicato	
3.5	Quando il ricovero in SPDC potrebbe non essere necessario	
4.	**Il ricovero in SPDC**	
4.1	Fase di accoglienza	
4.1.1	*Provvedimenti strutturali*	
4.1.2	*Provvedimenti organizzativo-assistenziali*	
4.1.3	*Raccolta della storia*	
4.1.4	*Come strutturare un buon colloquio clinico*	
4.2	Durante il ricovero	
4.3	Fase della dimissione	
5.	**Azioni da intraprendere dopo un suicidio in Ospedale**	
6.	**Problematiche medico-legali**	
7.	**Conclusioni**	
8.	**Nomenclatura minima**	
9.	**Allegati**	
10.	**Bibliografia**	

7. CONCLUSIONI

Questo protocollo minimo, elaborato dal gruppo di lavoro SIP, verrà sottoposto al giudizio dei Dipartimenti di Salute Mentale a cui verrà inviato.

La prima fase dovrebbe essere quindi quella della **diffusione**, una volta concordato il testo.

La seconda sfida è quella di **trovare gli strumenti per verificare** se l'attivazione di tali procedure riduce realmente nella pratica clinica la prevalenza dei suicidi e dei tentati suicidi.

Si è comunque consapevoli che i protocolli, come le linee guida, sono un importante punto di riferimento ma non possono garantire la completa eliminazione di un fenomeno che spesso è non preventivabile, non solo per l'operatore ma anche per lo stesso autore.

Comunque l'adesione alle procedure è una prova tangibile dell'attenzione e della professionalità della Dirigenza di un Servizio che si impegna concretamente con tutte le sue energie a ridurre il rischio di suicidio nei suoi pazienti.

Il protocollo presenta degli allegati che possono essere divisi in:

A) **scale di valutazione** sul rischio di suicidio, che sono in letteratura molteplici. In queste procedure sono state suggerite la BHS e la SSI

B) **Scheda "Potenziali fattori di rischio** durante l'anamnesi"

C) Scheda "Segni e **comportamenti suggestivi di rischio"** rilevabili durante la degenza

D) Scheda dei **comportamenti operativi**

E) Scheda di **sintesi e riassunto delle procedure** durante ricovero e dimessi

Conto corrente con la Posta — EDIZIONE STRAORDINARIA — Anno 88° — Numero 298

GAZZETTA UFFICIALE

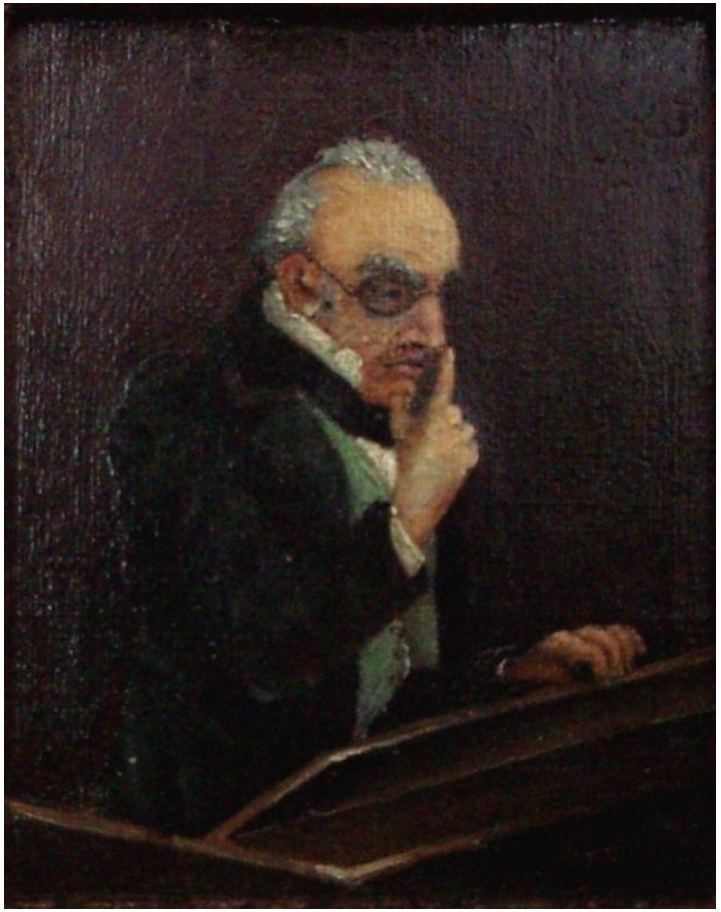
PARTE PRIMA — Roma - Sabato, 27 dicembre 1947 — SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

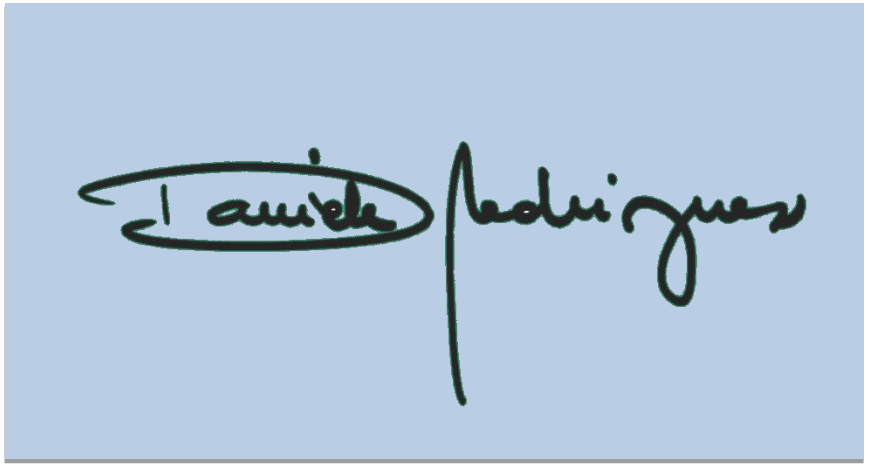
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONI DELLE LEGGI - TELEF. [illegible]
AMMINISTRAZIONE PRESSO LA LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI 10, ROMA - TELEF. [illegible]

COSTITUZIONE

DELLA

REPUBBLICA ITALIANA



Ho concluso

Grazie per l'attenzione