

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Seminario
La prevenzione e la gestione del delirium:
un marker di qualità assistenziale in ospedale

**IL DELIRIUM IN OSPEDALE:
RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE**



Dott.ssa Alessandra De Palma
Direttore UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

NOTIZIE DI BUONA SANITÀ

Resto del Carlino

A Bologna la prima 'Delirium room'
Stanza speciale per anziani con demenza

Dedicata ai pazienti perenni acuti che soffrono di delirio, la stanza, primo caso in Italia, è in sperimentazione, con un chiaro scopo: calmare e orientare per gli anziani malati che in ogni caso perdono il contatto con la realtà.

Magazine

Demenza senile, al Sant'Orsola una "room" tutta per loro

RADIO CITTÀ DEL CAPO

Una Delirium room al Sant'Orsola

38 letti - immagini di animali pacifici sul muro, sottofono musicale a base di accordi di quartetti, lampade a tonda colorate. È così funzionale e accogliente la nuova Delirium room, nata all'interno dell'Unità di Cura per gli anziani di Geriatria medica, Servizio di Urgenza Geriatrica di Geriatria ed il Pronto Soccorso della Poma dal 2008 nell'ospedale bolognese con circa 300 posti letto affetti da delirio cronico, il cui trattamento è complesso e con un alto rischio di decesso all'appello farmaco-terapico - spiega il direttore dell'UOC Geriatria Medica E. Scarselli - al poliglottico - la manifestazione sensibile è una stanza che abbia un aspetto accogliente e sia accogliente per alcuni da tenere nel rispetto. La Delirium room è il risultato di un progetto di ricerca e di un lavoro realizzato con il contributo di S2Della su cui la Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna.

Ma come siamo arrivati ad oggi...

Paziente trovato morto sulle scale

Muore sulle scale del S. Orsola

Nella nostra Azienda...



VINDICATE
(Vascular, Infections, Nutrition, Drugs, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine)

Agnoletti V., Ansaloni L., Catena F., Chattat R., De Cataldis A., Di Nino G., Franceschi C., Gagliardi S., Melotti RM, Potalivo A., Taffurelli M. *Postoperative delirium after elective and emergency surgery: analysis and checking of risk factors.* A study protocol. BMC Surgery, 2005.

«Spesso l'insorgenza di delirium durante la degenza è da ascrivere a complicanze insorte durante il ricovero e all'inadeguatezza delle prestazioni fornite dagli staff ospedalieri non adeguatamente preparati al problema»

INOUE SK, SCHLESINGER MJ, LYDON TJ. *Delirium: a symptom of how hospital care is falling older persons and a window to improve quality of hospital care.* Am J Med 1999

...Nel 30-40% circa dei casi il delirium è prevenibile e la prevenzione è la strategia più efficace per ridurre il verificarsi del delirium e dei suoi effetti avversi...

Tamara G. Fong, Samir R. Tulebaeva and Sharon K. Inouye
Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment
Nat Rev Neurol. 2009 aprile; 5(4): 210-220

DELIRIUM...



**Le cadute, gli allontanamenti,
i problemi di continenza
sfinteriale, la riduzione
dell'autosufficienza,
le piaghe da decubito...**

LA POSIZIONE DI GARANZIA

- Consiste nella situazione tipica della titolarità di un obbligo penalmente rilevante **alla stregua dell'art. 40 c.p.** *"non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo"*
- Tale obbligo ricade su ogni persona a cui l'ordinamento abbia posto in capo il dovere di impedire eventi lesivi a carico di beni altrui, **a causa dell'incapacità dei rispettivi titolari di proteggerli autonomamente.**
- In virtù di tale dovere il c.d. garante può essere chiamato a rispondere della lesione di detti beni, ove la stessa sia conseguita al mancato esercizio, da parte sua, di una condotta idonea ad impedirla.

IN TERMINI "CIVILISTICI" L'OGGETTO DEL CONTRATTO SANITARIO E LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

"... l'obbligo di protezione è interno all'oggetto del contratto e ne costituisce un elemento causale implicito... e che pertanto il fallimento della prestazione sanitaria ed il peggioramento delle condizioni di salute del paziente costituiscono di per sé un inadempimento all'obbligo di protezione..."

Giovanni Battista Petti

**Ma il primum movens è
di ordine etico-deontologico:
la sicurezza delle cure
nel miglior interesse
del/la paziente...
e del/la professionista
(ma anche della struttura!)**

Int J Qual Health Care, 2013 Aug 7

What is known about adverse events in older medical hospital inpatients?

A systematic review of the literature.

Long SJ, Brown KF, Ames D, Vincent C

**Centre for Patient Safety and Service Quality,
Imperial College London, London, UK.**

CONCLUSION:

More work is needed to understand the complex nature of adverse events in older inpatients. We must tailor safety measurement and improvement strategies to address challenges presented by the complexity of the geriatric syndromes and the processes of care encountered by older inpatients.

J R Soc Med. 2013 Sep;106(9):355-61.

**How can we keep patients with dementia safe in our acute hospitals?
A review of challenges and solutions.**

George J, Long S, Vincent C.

Department of Medicine for the Elderly, Cumberland Infirmary,
CA2 7HY, Carlisle.

Maintaining patient safety in acute hospitals is a global health challenge.

Traditionally, patient safety measures have been concentrated on critical care and surgical patients. In this review the medical literature was reviewed over the last ten years on aspects of patient safety specifically related to patients with dementia. Patients with dementia do badly in hospital with frequent adverse events resulting in the geriatric syndromes of falls, delirium and loss of function with increased length of stay and increased mortality. Contributory factors include inadequate assessment and treatment, inappropriate intervention, discrimination, low staff levels and lack of staff training.

Unfortunately there is no one simple solution to this problem, but what is needed is a multifactorial, multilevel approach at the seven levels of care - patient, task, staff, team, environment, organisation and institution. Improving safety and quality of care for patients with dementia in acute hospitals will benefit all patients and is an urgent priority for the NHS.

Ann Intern Med. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):375-80.

**In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy:
a systematic review.**

Reston JJ, Schoelles KM.

ECRI Institute, 5200 Butler Pike, Plymouth Meeting, PA 19462-1298, USA.
jreston@ecri.org

Delirium, an acute decline in attention and cognition, **occurs among hospitalized patients at rates estimated to range from 14% to 56% and increases the risk for morbidity and mortality.** The purpose of this systematic review was to evaluate the effectiveness and safety of in-facility multicomponent delirium prevention programs. A search of 6 databases (including MEDLINE, EMBASE, and CINAHL) was conducted through September 2012. Randomized, controlled trials; controlled clinical trials; interrupted time series; and controlled before-after studies with a prospective postintervention portion were eligible for inclusion. The evidence from 19 studies that met the inclusion criteria suggests that most multicomponent interventions are effective in preventing onset of delirium in at-risk patients in a hospital setting. Evidence was insufficient to determine the benefit of such programs in other care settings. **Future comparative effectiveness studies with standardized protocols are needed to identify which components in multicomponent interventions are most effective for delirium prevention.**

Nurs Inq. 2012 Jun;19(2):165-76.

doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00554.x. Epub 2011 Jul 12.

**How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital:
a Critical Discourse Analysis.**

Schofield I, Tolson D, Fleming V.

School of Health, Glasgow Caledonian University, Glasgow, United Kingdom.
i.ineschofield@btinternet.com

Delirium is a common presentation of deteriorating health in older people. It is potentially deleterious in terms of patient experience and clinical outcomes. Much of what is known about delirium is through positivist research, which forms the evidence base for disease-based classification systems and clinical guidelines. **There is little systematic study of nurses' day-to-day practice of nursing patients with delirium.** The aim was to uncover the kinds of knowledge that informs nurses' care and to explicate the basis of that knowledge. Critical Discourse Analysis is underpinned by the premise that powerful interests within society mediate how social practices are constructed. Links were made between the grammatical and lexical features of nurses' language about care in interviews and naturalistic settings, and the healthcare context. Care focused on the continuous surveillance of patients with delirium by nurses themselves or vicariously through other patients, and containment. Nurses influenced by major discourses of risk reduction and safety, constructed patients with delirium as risk objects. The philosophy of person-centred and dignified care advocated in nursing literature and government policy is an emerging discourse, **though little evident in the data. The current dominant discourses on safety must give space to discourses of dignity and compassion.**

**Ciò che angustia...
gli eventi avversi**

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER L'ANALISI DELL'EVENTO AVVERSO

E' necessario disporre di una procedura aziendale per l'analisi
dell'evento avverso, l'individuazione dei fattori causali e/o
contribuenti e la messa a punto di un piano di miglioramento

Noi abbiamo individuato ed istituito
**l'Unità di Crisi dell'Azienda
Ospedaliero-Universitaria di Bologna**

QUANDO SI ATTIVA

A seguito di segnalazione di un qualsiasi
evento inatteso correlato al processo assistenziale
e che comporta un grave danno al/la paziente,
non intenzionale e indesiderabile



EVENTI SENTINELLA

ATTIVAZIONE dell'UNITÀ di CRISI



Segnalazione di un **"evento avverso"** che abbia prodotto conseguenze rilevanti sul/sulla paziente e/o sugli operatori



Divulgazione da parte degli **organi di informazione** di un caso di presunta *malpractice* sanitaria e/o di una disfunzione organizzativo-strutturale che riguardi la Azienda → piacerebbe poter fornire anche la nostra versione dei fatti per un'informazione più «equilibrata»



Reclamo (segnalazione dell'interessato/a) anche se non ha ancora dato luogo a un contenzioso o se non esplicita chiaramente una richiesta di risarcimento danni

PERCHÉ SI ATTIVA?

per poter valutare e gestire, attraverso una corretta segnalazione, tutti gli eventi che rendono necessaria



la precisa ricostruzione dei fatti



la formulazione tempestiva di un giudizio medico-legale

Per esempio nei casi di sequestro della documentazione sanitaria disposto dall'Autorità Giudiziaria durante il percorso assistenziale

RISK MANAGEMENT

È una procedura finalizzata al miglioramento della qualità delle cure ed allo studio degli eventi indesiderati...
Ma vorremmo innanzitutto prevenirli!



SEMPRE...

...ma, in particolare nei casi di delirium...
Per esempio le cadute nella persona anziana...



un problema sottovalutato...



Prevenire le cadute



IDENTIFICARE e TRATTARE i FATTORI di RISCHIO NOTI e POTENZIALMENTE MODIFICABILI RAPPRESENTA l'OBBIETTIVO delle STRATEGIE degli INTERVENTI PREVENTIVI

La contenzione...?

L'articolo 32 della Costituzione recita:

«[omissis] Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

**...ma i mezzi di contenzione...
riducono i rischi di cadute
e le loro conseguenze?**

I mezzi di contenzione fisica, in realtà, non riducono il numero di cadute e, in alcuni casi, possono aumentare il rischio di trauma.

È preferibile abbassare il letto o mettere il materasso direttamente sul pavimento. Si deve fornire al paziente una regolare toilette, trattare prontamente le infezioni delle vie urinarie e cercare di evitare i cateteri vescicali (i malati tendono a strapparseli e a provocarsi sgradevoli traumi; in più favoriscono le infezioni delle vie urinarie).

Ci sono evidenze che i soggetti trattati da un team multidisciplinare che comprenda anche il fisioterapista e il terapeuta occupazionale ottengono buoni outcomes

Ma...

- FREQUENTE **ABUSO** della PRATICA della CONTENZIONE con GRAVI CONSEGUENZE di DANNO e/o MORTE dei/delle PAZIENTI
- UTILIZZO della CONTENZIONE COME RISPOSTA a CARENZE TECNICO-PROFESSIONALI e/o ORGANIZZATIVE
- SCARSA CONSAPEVOLEZZA negli OPERATORI e nei "DECISORI" che la PRATICA ANCHE di una *SOLA* CONTENZIONE È INDICE di un "FALLIMENTO" ASSISTENZIALE

- POLIMORFISMO delle RISPOSTE dei CONTESTI ASSISTENZIALI RISPETTO alla GESTIONE del "PROBLEMA CONTENZIONE": FORMAZIONE, PROCEDURE/PROTOCOLLI, STUDI, VALUTAZIONE e ANALISI del FENOMENO a *MACCHIA di LEOPARDO*
- AUMENTA il LIVELLO di ATTENZIONE e si "RIACCENDE" il DIBATTITO: È LECITA, NON È LECITA, QUANDO È LECITA O È "MENO" ILLECITA?

Chi non ha dubbi sul fatto che la **CONTENZIONE** si possa applicare senza remore forse non considera adeguatamente in termini esistenziali e giuridici il valore imprescindibile dell'art. 13 della Costituzione vale a dire che **LA LIBERTÀ PERSONALE È INVIOLABILE**

L'utilizzo della contenzione deve sottostare alla:

- Valutazione clinica multidimensionale
- Esistenza di uno stato di necessità
- Individuazione di situazioni alternative
- Salvaguardia della dignità personale
- Acquisizione del consenso informato (se possibile... ma: informare almeno i familiari/caregivers)
- Individuazione di soluzioni tecniche
- Sussistenza del principio di proporzionalità



La “SCRIMINANTE” dello STATO di NECESSITÀ

*“...Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo **attuale** di un **danno grave alla persona**, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia **proporzionato** al pericolo...”*

NELLA PRATICA CLINICA

*Vi sono situazioni in cui è consentito (forse perfino doveroso) utilizzare la coercizione ma solo se essa è momentanea, puntiforme e finalizzata:
OVVERO
inserita in un trattamento terapeutico e non è un'iniziativa fine a se stessa*

NELLA PRATICA CLINICA

- **NECESSITÀ** significa che in quel momento ogni ALTRA **strategia terapeutica** praticabile per quel/la paziente è stata messa in atto ed è **fallita**
- **PERICOLO ATTUALE DI UN DANNO GRAVE** significa che, in esito al **fallimento reale e non potenziale di strategie alternative**, la sicurezza propria, del/la paziente e/o di terzi è **CONCRETAMENTE E GRAVEMENTE** minacciata

I REATI CONSEGUENTI...

- VIOLENZA PRIVATA (ART. 610 C.P)
- SEQUESTRO DI PERSONA (ART. 605 C.P)
- LESIONI PERSONALI (ART. 590 C.P)
- OMICIDIO COLPOSO (ART. 589 C.P)
- MORTE O LESIONI COME CONSEGUENZA DI ALTRO DELITTO (ART. 586)

La contenzione fisica è un atto medico?

Definizione europea di ATTO MEDICO adottata dall'Union Européenne des Médecins Spécialist – UEMS - riunita a Budapest il 3/4 novembre 2006

L'Atto medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche e medico-tecniche compiute al fine di promuovere la salute e il buon funzionamento della persona, di prevenire le malattie, di fornire assistenza diagnostica e/o terapeutica e riabilitativa a pazienti, gruppi o comunità nel quadro del rispetto dei valori etici e deontologici.

Tutto ciò rientra nei doveri del medico iscritto (cioè abilitato e iscritto all'OMCeO) o deve avvenire sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione.

La contenzione fisica è un atto terapeutico?

2009 The Cochrane Collaboration
Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses

No controlled studies exist that evaluate the value of seclusion or restraint in those with serious mental illness. There are reports of serious adverse effects for these techniques in qualitative reviews. Alternative ways of dealing with unwanted or harmful behaviours need to be developed. Continuing use of seclusion or restraint must therefore be questioned from within well-designed and reported randomised trials that are generalisable to routine practice



**I familiari
come
«risorsa»!**

I sistemi alternativi all'uso della contenzione vengono attuati per ridurre il rischio di cadute e per rendere meno drammatici gli esiti delle cadute stesse.

- Letti ad altezza variabile che, abbassati, riducono la gravità di eventuali cadute.
- Sedie inclinate con le gambe posteriori più corte.
- Calzature chiuse con suola idonea al tipo di deambulazione.
- Caschi di protezione imbottiti per attutire gli eventuali traumi cranici.
- Imbottitura trocanterica.
- Ausili per la deambulazione: bastone, tripode, deambulatore.
- Sistemi di sicurezza ambientali, quali corrimano, rimozione di ostacoli lungo il percorso e sistemazione di punti sosta (sedie) lungo il tragitto; rialzo del wc; illuminazione, specie notturna, lungo il percorso per il bagno; mimetizzazione delle vie d'uscita....

La «diversità» deve essere tenuta sullo sfondo sia degli aspetti clinici sia di quelli inerenti all'organizzazione dei servizi ipotizzando un servizio sanitario in grado di accompagnare il/la paziente fragile nelle varie fasi della malattia.

Gli allontanamenti...



Ahimè...
Ne sappiamo qualcosa!



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE Azienda Ospedaliera "G. Poma" di Piacenza Dipartimento di Geriatria e Neurologia		SERVIZIO SANITARIO REGIONALE Azienda Ospedaliera "G. Poma" di Piacenza Dipartimento di Geriatria e Neurologia
Allontanamento del paziente senza autorizzazione del personale sanitario		Procedura Interaziendale P-INT 19 Revisione n° 0

Oggetto e obiettivi

La presente procedura descrive le attività da intraprendere in caso di allontanamento di un paziente dalla struttura e fornisce indicazioni agli operatori delle Aziende sanitarie sui provvedimenti da adottare in caso di allontanamento spontaneo, senza autorizzazione, di paziente ricoverato, da PS dopo il triage o dall'Ambulatorio dopo l'accettazione, al fine di rendere omogenea la gestione dell'evento per tutti gli aspetti organizzativi, operativi, di registrazione documentale e per assicurare tracciabilità e trasparenza degli interventi messi in atto.

Obiettivo della procedura è garantire la chiara definizione delle strategie, dei ruoli, delle responsabilità e delle attività finalizzate ad un tempestivo reperimento del paziente, nel rispetto della normativa vigente (posizione di garanzia) e del codice deontologico delle singole professioni.



ALLEANZA TERAPEUTICA



La famiglia della persona a rischio di delirium può costituire un'importante risorsa per il/la paziente, ma deve essere debitamente supportata ed accompagnata nel percorso di ricovero ed educata al riconoscimento delle situazioni che possono scatenare il delirium. Nell'avviare un percorso di alleanza terapeutica con i familiari è possibile insegnare a riconoscere le situazioni di rischio e a prevenirle.

EFFICACI RELAZIONI DI CURA INTESE IN SENSO «DUALE» (persona malata-medico, persona malata-infermiere, etc.)

Malattia, trattamento, interventi di cura, educazione terapeutica avvengono all'interno di una relazione e devono includere oltre ai ruoli...

...LE PERSONE, LE EMOZIONI, LA RECIPROCIÀ, IL RISPETTO



IMPORTANZA della COMUNICAZIONE

«La comunicazione è per l'uomo condizione essenziale alla vita per mantenere il contesto sociale ordinato e corretto...

L'uomo, fin dalla sua origine, è alla ricerca di più raffinati "strumenti" che rendano la comunicazione maggiormente efficace»

G. Bozzi, 2003



La comunicazione «di qualità» comporta mutamenti radicali nell'organizzazione...

La comunicazione e la relazione terapeutica sono strumenti e competenze che non possono essere semplicemente lasciate alle attitudini ed abilità del singolo professionista della salute ma vanno sviluppate ed insegnate con un'adeguata pianificazione e verifica.

Può essere importante sapere...

CAPACITÀ DI AGIRE

Secondo gli artt. 1 e 2 del Codice Civile la **capacità giuridica** si acquisisce con la nascita, mentre la **capacità di agire**, ovvero di esercitare autonomamente tale titolarità, compiendo atti di rilevanza giuridica, (es. amministrazione dei propri beni, matrimonio, adozione, testamento, donazione, etc.) si acquisisce appieno con la maggiore età, fissata per legge al 18 anno di età. A questa regola generale sono *previste deroghe*, con l'identificazione di differenti termini di età per l'esercizio anticipato di attività e scelte, come quelle riguardanti l'attività lavorativa, il matrimonio del minore e la sua conseguente emancipazione, la filiazione, l'adozione, altro. La **capacità giuridica** si perde con la morte, pur conservando valore sia la volontà espressa dalla persona attraverso atti compiuti in vita, quali ad es. testamenti e/o donazioni, sia la **capacità di agire**, che permane come prevista, salvo dimostrazione contraria, per tutti gli atti compiuti dal conseguimento della maggiore età fino al decesso. In alcuni casi, però, la capacità di agire può essere qualificata in sede giudiziaria come *affievolita* o *esclusa*.

INCAPACITÀ NATURALE

Art. 428 c.c. prevede l'annullabilità degli atti "...compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si trovi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace di intendere e volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti ... se ne risulta un grave pregiudizio all'autore. L'annullamento degli atti può essere pronunciato solo se risulta la malafede dell'altro contraente

Tale norma consentiva di riparare celermente, **prima dell'istituzione dell'Amministrazione di sostegno**, atti commessi da persone che per qualsiasi causa d'incapacità, anche transitoria, avessero compiuto atti tali da comportare effetti dannosi, prevalentemente di carattere patrimoniale.

Da U. Fornari (2008): "...la fattispecie di incapacità qui prevista NON richiede per essere affermata una specifica condizione di infermità, né una malattia definibile come tale, ma si identifica solo in una anche transitoria assenza, per l'appunto dovuta a una qualsiasi causa, della **competenza decisionale**, ovvero di valutazione dell'atto che si stava per compiere, analizzandone le caratteristiche e conseguenze e quindi **determinandosi** secondo i propri interessi e obiettivi rispetto alla sua attuazione."

Convenzione Europea di Bioetica (Oviedo, 4/4/1997) recepita con la Legge 145/2001

Capitolo II - Consenso - Articolo 5 - Regola generale

Nessun intervento in campo sanitario può essere effettuato se non dopo che la persona a cui esso è diretto vi abbia dato il consenso libero e informato.

Questa persona riceve preventivamente un'informazione adeguata riguardo sia allo scopo e alla natura dell'intervento, che alle sue conseguenze e ai suoi rischi. La persona a cui è diretto l'intervento può in ogni momento ritirare liberamente il proprio consenso.

ARTICOLO 6

Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso

1. Sotto riserva degli articoli 17 e 20, un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa.
2. Quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare consenso a un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità.

3. Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. La persona interessata deve nei limiti del possibile essere associata alla procedura di autorizzazione.
4. Il rappresentante, l'autorità, la persona o l'organo menzionati ai paragrafi 2 e 3 ricevono, alle stesse condizioni, l'informazione menzionata all'articolo 5.
5. L'autorizzazione menzionata ai paragrafi 2 e 3 può, in qualsiasi momento, essere ritirata nell'interesse della persona interessata.

ARTICOLO 7

Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale

La persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso.

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Legge n. 6 /2004

Il requisito normativo di questa misura s'identifica nell'impossibilità anche transitoria, a provvedere ai propri interessi. Viene disposta dal Giudice tutelare, può essere chiesta dal diretto interessato, dal coniuge, dai congiunti, dal PM e da diversi soggetti; ha la caratteristica di essere transitoria, consentendo tra l'altro la graduazione di specifiche aree di debolezza

Legge 9 gennaio 2004, n. 6**Art. 1****FINALITÀ DELLA LEGGE**

La presente legge ha finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.

Ma senza dover sempre ricorrere all'AG come se fosse la "panacea" di tutti i mali e senza recuperare alcun "PATERNALISMO MEDICO" - ormai superato - il buon professionista è in grado

SE il/la PZ NON É COSCIENTE/CAPACE

di VALUTARE QUAL É

il TRATTAMENTO MIGLIORE per LUI/LEI

FACENDOSI GUIDARE
dal CRITERIO della

PROPORZIONALITÀ delle CURE

INTERDIZIONE

Art. 414 c.c. Interdizione: *soggetti che si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi. Si rende necessaria per assicurare loro un'adeguata protezione.*

Art. 417 c.c. Può essere richiesta dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti fino al quarto grado e dal Pubblico Ministero che riceve la *segnalazione* dai Servizi Sociali e/o da persone che siano a conoscenza di una situazione che rende indispensabile la tutela. Il Giudice, nominerà un TUTORE, prima provvisorio, poi dopo circa 1 anno, definitivo. **Il Tutore è colui che ha la cura della persona interessata, la rappresentanza nel compimento degli atti della vita civile, ad eccezione di quelli che costituiscono esercizio di diritti personalissimi (fare testamento/contrarre matrimonio), e ne amministra i beni.**

INABILITAZIONE**ART. 415 C.C.**

Art. 415 c.c. Inabilitazione: qualora il soggetto infermo di mente non si trovi in uno stato totalmente grave da dar luogo all'interdizione, ma sia affetto da un'infermità mentale di media/moderata gravità, può essere inabilitato. **L'inabilitazione richiede l'incapacità del soggetto di provvedere ai propri interessi economici.** L'inabilitato può compiere tutti gli atti di ordinaria amministrazione, mentre avrà bisogno del **curatore** per quelli di straordinaria amministrazione.

CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE

CAPACITÀ DI INTENDERE: idoneità del soggetto di rendersi conto del valore delle proprie azioni

CAPACITÀ DI VOLERE: attitudine della persona a determinarsi in modo autonomo



Altro strumento:
la **CARTELLA CLINICA**...
...perché è così importante?



La **CARTELLA CLINICA** è un
INDICATORE "STRATEGICO"
della **QUALITÀ** del
PROCESSO CLINICO-ASSISTENZIALE
DOVENDONE RAPPRESENTARE
a **"VALLE"**
la **FEDELE DOCUMENTAZIONE**

È UNO STRUMENTO DI **COMUNICAZIONE**
PER E TRA I PROFESSIONISTI
FINALIZZATO ALLA PRESTAZIONE DI

cure sicure



Un caso

Sig. XY, di anni 84, durante il ricovero presso una U.O. di Geriatria, scavalcava le sponde poste ai bordi del letto in due occasioni, nella seconda delle quali si liberava anche delle fasce di contenzione e cadeva a terra procurandosi la frattura dell'omero sinistro



RICHIESTA DI RISARCIMENTO!



Discussione...di gruppo!



Azione
e...
Reazione!

*«La malattia è il lato notturno
della vita,
una cittadinanza più onerosa»*

Susan Sontag

Grazie