

**Commissione parlamentare per la tutela e la promozione dei diritti umani -  
audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela  
dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale, sulla contenzione  
meccanica**

A seguito di un intervento del “*The European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment*” (CPT) sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura in Italia, il 29 luglio del 2010, la Conferenza delle Regioni ha approvato un documento che delinea possibili strategie di prevenzione della contenzione fisica.

Il documento chiarisce che parlare della contenzione fisica in psichiatria significa porre l'accento soprattutto sul suo uso come rimedio alle situazioni in cui sia alto il rischio di azioni auto ed etero lesive: in tali casi l'intervento si caratterizza, per lo più, per la mancanza del consenso da parte del paziente e va preso in considerazione nella materia disciplinata dagli articoli 33 – 34 – 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833 che, per i trattamenti senza consenso, indicano luoghi, modi e tempi, nonché responsabilità professionali e garanzie amministrative e giurisdizionali da rispettare (stiamo parlando del trattamento sanitario obbligatorio in degenza ospedaliera, in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura).

Al di fuori di queste condizioni per compiere un intervento, che altrimenti si configurerebbe come un reato, può essere invocata un'urgenza indifferibile, qualora si ravvisino condizioni eccezionali di necessità e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile.

L'obiettivo delle raccomandazioni è costruire una strategia di prevenzione della contenzione fisica che si ponga all'interno della prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura. Le idee forti su cui fondarla si possono esprimere come:

- consapevolezza che la prevenzione dei comportamenti violenti è una condizione per rendere efficace la cura;
- consapevolezza che la contenzione è un atto anti terapeutico, rende cioè più difficile la cura piuttosto che facilitarla;

- consapevolezza che rispondere alla violenza con la violenza non paga.

Obiettivo finale delle Raccomandazioni è che tutte le Regioni si attivino per introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di Salute Mentale.

### **Raccomandazione 1:**

Monitorare a livello regionale il fenomeno delle contenzioni attraverso la raccolta sistematica di informazioni di qualità tale da consentire di predisporre azioni migliorative.

### **Raccomandazione 2:**

Monitorare a livello regionale i comportamenti violenti nei luoghi di cura per acuti (concordando gli strumenti di valutazione da adottare e le modalità di elaborazione dei dati a livello dei servizi di salute mentale coinvolti).

### **Raccomandazione 3:**

Promuovere la formazione di tutti i soggetti coinvolti, sanitari e non, per favorire pratiche appropriate di gestione delle situazioni a rischio che siano in grado di arrestare i fenomeni di *escalation*.

### **Raccomandazione 4:**

Definire e garantire standard di struttura e di processo per la salute mentale che siano in grado di contrastare la comparsa di comportamenti violenti o permettano di affrontarli e superarli nel modo più efficace possibile.

### **Raccomandazione 5:**

Valutare l'impatto delle iniziative di informazione, di formazione e di appropriatezza organizzativa sul miglioramento della qualità dell'assistenza e della cura psichiatrica; in particolare in termini di riduzione dei comportamenti violenti e degli episodi di contenzione fisica.

### **Raccomandazione 6:**

Promuovere nei Servizi pratiche sistematiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi e, in particolare, al ricorso alla contenzione fisica che, in una assistenza psichiatrica orientata alle buone pratiche, assume il significato di evento sentinella.

## **Raccomandazione 7:**

Favorire la trasparenza delle strutture di cura, in cui si trattano i casi acuti, con il coinvolgimento di associazioni di utenti, di familiari, e degli uffici deputati alla difesa dei diritti dei cittadini, al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità e l'accoglienza, dare informazioni sulle procedure in atto e sulle garanzie per gli utenti, facilitare la comunicazione con l'esterno.

Il 14 settembre u.s. è stata inviata formale richiesta ai componenti la sub-area salute mentale del Coordinamento assistenza territoriale in merito all'oggetto.

In particolare è stato chiesto alle Regioni e PA se, in ottemperanza al documento approvato in Conferenza delle Regioni il 29 luglio 2010 dal titolo "*Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*", la Regione o PA avesse emanato direttive volte a monitorare il fenomeno, promuovere pratiche sistematiche di miglioramento della qualità sulla gestione delle situazioni di crisi, definire standard di struttura e di processo per prevenire e contrastare la comparsa di comportamenti violenti nei servizi di salute mentale.

Hanno risposto tutte le Regioni e PA ad esclusione della Regione Calabria.

La variabilità tra le Regioni e PA è ancora piuttosto elevata; tuttavia, rispetto al monitoraggio presentato nel citato documento del 2010, molti passi avanti sono stati compiuti.

Un primo gruppo di Regioni e PA ha emanato direttive in linea con le raccomandazioni del 2010, ed effettua un monitoraggio del fenomeno e delle azioni intraprese a livello locale (PA Trento, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia).

Un secondo gruppo ha recepito formalmente le indicazioni o sancito il principio nelle proprie pianificazioni, ma non effettua un monitoraggio sistematico (Toscana, Umbria).

In un terzo gruppo di Regioni, pur in assenza di direttive formalizzate regionali, le Aziende sanitarie hanno adottato più o meno diffusamente procedure ispirate ai contenuti delle raccomandazioni del 2010 (Val d'Aosta, PA Bolzano, Piemonte, Veneto, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Campania).

Un ultimo gruppo di Regioni non ha emanato direttive e non ha notizie di procedure adottate dalle Aziende sanitarie (Abruzzo, Basilicata, Sicilia, Sardegna).

Di seguito quanto riportato dalle singole Regioni e PA.

**Regioni che hanno emanato una direttiva e che effettuano un monitoraggio dell'applicazione della stessa:**

**Provincia Autonoma di Trento:** con deliberazione 2874/2010 sono state recepite le raccomandazioni della Conferenza delle Regioni 2010. Il monitoraggio viene effettuato regolarmente; è stato trasmesso quello relativo al 2016, che elenca puntualmente tutte le azioni intraprese per ognuna delle raccomandazioni indicate dal documento 2010 della Conferenza delle Regioni.

**Friuli-Venezia Giulia:** La Giunta regionale ha emanato la deliberazione 1904/2016 “Raccomandazione per il superamento della contenzione”, con l’obiettivo di prevenire le situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi e auto o etero lesivi, per il superamento della contenzione e per assicurare comportamenti omogenei e rispettosi delle libertà individuali e della dignità umana nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali della Regione. Nell’ambito della salute mentale, azioni precedenti hanno già portato al totale superamento del ricorso alla contenzione meccanica.

Il monitoraggio della deliberazione 1904/2016 è in corso.

**Lombardia:** Il Piano attuativo salute mentale (2004) prescrive la necessità che ogni SPDC disponga di:

- un protocollo scritto sulle procedure per attuare la contenzione in cui vengano esplicitate informazioni relative a chi dispone la contenzione, a quali motivazioni la determinano e a chi la effettua;
- un registro per la rilevazione nominativa dei pazienti contenuti e della durata della contenzione stessa.

Nel 2011 un gruppo tecnico regionale ha predisposto un documento che è stato trasmesso alle aziende sanitarie. Il monitoraggio viene effettuato regolarmente; è stato trasmesso quello relativo al 2015. I dati documentano un calo nel numero e negli episodi di contenzione.

**Emilia-Romagna:** la Direzione generale regionale sanità e politiche sociali ha emanato due documenti (Circolare 16/2009 e Circolare 1/2015). La contenzione viene considerata un evento potenzialmente avverso per quanto attiene il rischio clinico. Ogni SPDC è dotato di un registro che raccoglie numerosi dati sull’episodio; si prevedono momenti di audit clinico e organizzativo. Gli SPDC sono tenuti a inviare una relazione annuale sulle azioni intraprese per migliorare i fattori organizzativi che possono prevenire il ricorso alla contenzione fisica. Il monitoraggio è annuale; disponibile quello relativo al 2016. I dati documentano una riduzione del 62% del numero delle contenzioni dal 2011 al 2016. Visto che diversi SPDC hanno raggiunto l’obiettivo “contenzioni zero”, la Regione propone ora questo obiettivo in tutti gli SPDC regionali. Sono inoltre presenti programmi mirati ad eliminare il ricorso alla contenzione fisica in altri contesti, come le case residenza per anziani (AUSL Bologna).

**Puglia:** la Giunta regionale ha adottato la deliberazione 2548/2011 “Documento di Raccomandazioni per la prevenzione ed il superamento della contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della Regione Puglia.” Il documento recepisce le raccomandazioni Regioni (2010), aggiungendo adempimenti per la registrazione degli episodi contenzione, misure organizzative per prevenire contenzione e rischio di aggressività verso operatori, misure per assistere la persona durante la contenzione. Sono disponibili i dati al 2010.

**Regioni che hanno recepito le raccomandazioni o sancito il principio, ma non hanno emanato direttive ad hoc e non effettuano monitoraggi.**

**Toscana:** Nel PSSIR 2012-2015, al punto 2.3.6.6 La Salute Mentale, si conferma il tassativo divieto di ogni forma di contenzione fisica ed una attenzione continua all’appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica.

**Umbria:** Con deliberazione della Giunta Regionale N. 239 del 21/03/2011 è stato recepito il documento di Raccomandazioni in merito alla contenzione fisica in psichiatria. Dei tre SPDC presenti in Regione, uno non effettua contenzioni.

**Regioni che non hanno emanato alcun atto, ma nelle quali le Aziende sanitarie hanno autonomamente adottato procedure sul tema**

**Valle D’Aosta:** la Azienda USL ha adottato una procedura formale.

**PA Bolzano:** l’Azienda sanitaria ha predisposto delle linee guida interne sulla contenzione fisica in ambito ospedaliero e residenziale. L’Azienda effettua un monitoraggio puntuale, i cui ultimi dati sono riferiti al 2016.

**Piemonte:** c’è una presenza generalizzata di procedure aziendali (anche nelle case di cura psichiatriche a gestione privata), costruite in base alle evidenze di letteratura. E’ in corso censimento delle procedure cui seguirà un tentativo di uniformazione tramite iniziative di formazione dei professionisti.

**Veneto:** tutti i Dipartimenti di salute mentale hanno adottato proprie linee di indirizzo rispetto alle procedure. Tali linee di indirizzo sono approvate dalle rispettive Direzione Aziendali.

**Liguria:** quattro Aziende sanitarie su cinque hanno prodotto protocolli/procedure sulla contenzione, non necessariamente confinate all’ambito psichiatrico: in alcuni Aziende sanitarie esistono procedure da applicare in Pronto soccorso o nelle Residenze per anziani.

**Marche:** attualmente ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) Marche non ha linee guida omogenee su tutto il territorio regionale per quanto riguarda la contenzione meccanica. Sono presenti protocolli a livello di singoli SPDC e un protocollo della clinica psichiatrica della facoltà di Medicina di Ancona.

**Lazio:** Ogni Dipartimento di salute mentale ha le proprie procedure e tiene il registro delle contenzioni.

**Molise:** Presso i 3 Spdc di zona sono presenti procedure interne sulla base di linee-guida internazionali.

**Campania:** La ASL Salerno e la ASL Napoli 3 Sud hanno un loro autonomo percorso, con una commissione interna ai Dipartimenti salute mentale e un registro degli episodi di contenzione intercorsi nei servizi ospedalieri

**Regioni che non hanno emanato alcun atto e per le quali non si ha notizia di procedure aziendali autonomamente adottate.**

Abruzzo

Basilicata

Sicilia

Sardegna