

# Messaggio

numero

**6601**

data

31 gennaio 2012

Dipartimento

**SANITÀ E SOCIALITÀ**

Concerne

## **Rapporto del Consiglio di Stato sulla mozione 2 giugno 2008 presentata dalla Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio “Studio della contenzione negli ospedali acuti in Ticino”**

Signor Presidente,  
signore e signori deputati,

con questo Rapporto si sottopone al Gran Consiglio la presa di posizione del Consiglio di Stato sulla mozione del 2 giugno 2008 concernente uno studio della contenzione negli ospedali acuti in Ticino.

### **I. I CONTENUTI DELLA MOZIONE**

La mozione della Commissione sanitaria chiede al Consiglio di Stato di realizzare uno studio volto a:

1. Rilevare in modo qualitativo e quantitativo le contenzioni messe in atto in tutti gli istituti di cura acuti del Cantone Ticino in un periodo di riferimento di un anno.
2. Verificare il livello di formazione del personale sanitario coinvolto in questi tipi di presa a carico.
3. Assicurare l'adeguatezza del personale nei vari reparti, in termini di numero e di qualifica professionale.
4. Presentare un bilancio del rilevamento effettuato e le relative eventuali proposte.

La Commissione sanitaria chiede inoltre al Consiglio di Stato di quantificare il costo dello studio.

La mozione si indirizza su una tematica di grande importanza per le persone e per la società: la contenzione nell'ambito delle cure ai pazienti degli ospedali acuti in Ticino. A conferma della delicatezza dell'argomento, l'Ufficio del medico cantonale con l'Info-Istituti di cura 2007/04 del 24 agosto 2007 ha voluto stabilire le indicazioni vincolanti per i collaboratori delle strutture, raccomandando la stesura di un protocollo e di un verbale di contenzione da conservare nella cartella sanitaria del paziente. Nel verbale devono figurare:

- i dati anagrafici del paziente
- il motivo della contenzione
- il tipo o i mezzi di contenzione utilizzati
- gli orari o periodi di contenzione

- le misure di sorveglianza previste
- la data di rivalutazione delle misure di contenzione
- la firma del medico curante
- la firma di un rappresentante dell'équipe infermieristica curante
- la firma per accettazione del paziente (o rappresentante legale o parenti).

In sintesi l'atto parlamentare chiede:

- una descrizione della pratica della contenzione negli ospedali acuti in Ticino tramite
  - il rilevamento della casistica, in termini qualitativi e quantitativi,
  - la verifica del personale pure in termini qualitativi (qualifiche, formazione) e quantitativi (dotazione);
- la formulazione di eventuali proposte, al fine di assicurare una pratica appropriata della contenzione.

Per affrontare con la dovuta chiarezza il tema si precisa da subito cosa si intende per ospedale acuto. Ospedali acuti per principio sono gli istituti psichiatrici e gli istituti somatici acuti secondo l'art. 39 cpv. 1 LAMal. Per praticità agli ospedali somatici acuti si aggiungono anche le cliniche di riabilitazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal, anche se in senso stretto non sarebbero ospedali acuti.

L'ambito di riferimento del tema sollevato dalla mozione risulta pertanto molto vasto. Di conseguenza, al fine di affrontare con la dovuta operatività i quesiti relativi alla contenzione, in modo di favorire la promozione di risultati concreti, risulta necessario procedere a tappe.

In questo senso si ritiene innanzitutto appropriato distinguere il settore psichiatrico dal settore somatico acuto (compresa la riabilitazione).

D'altra parte in una prima fase va affrontata la questione della descrizione della casistica (punto 1). Le altre questioni, verifica del personale (qualifiche e formazione; dotazione: punti 2 e 3) come pure la formulazione di eventuali proposte (punto 4), saranno affrontate in tappe successive.

Per quanto concerne la psichiatria, tenuto conto dell'attenzione riservata alla contenzione da parecchi decenni in questo settore (come evidenziato anche dalla mozione stessa), si potrà avviare da subito uno studio più generalizzato a tutti gli istituti pubblici e privati che praticano la contenzione.

Relativamente agli ospedali somatici acuti, si ritiene opportuno in un primo tempo procedere con progetti pilota presso gli ospedali pubblici. Una generalizzazione potrà essere attuata in un secondo tempo. Essa potrà inoltre essere favorita dalle nuove regole di finanziamento in vigore a partire dal 2012 che permetteranno al Cantone di avere un rapporto contrattuale con tutti gli istituti riconosciuti ai sensi della LAMal.

In base a questa premessa, il Consiglio di Stato come prima risposta propone quanto segue.

## **II. LA CONTENZIONE NELLE CLINICHE PSICHIATRICHE TICINESI**

### **1. In generale**

L'art. 40 della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) prevede che:

<sup>1</sup>*L'isolamento in luogo chiuso è vietato, riservate imperative esigenze terapeutiche.*

<sup>2</sup>*La costrizione fisica può essere attuata solo in caso di grave necessità e deve cessare immediatamente quando non risulti più indispensabile.*

<sup>3</sup>*Salvo casi di urgenza la decisione è di competenza medica.*

Questo articolo limita chiaramente l'utilizzo delle forme di contenzione fisica ed ambientale dei pazienti psichiatrici.

Per contenzione fisica si intende generalmente l'utilizzo di dispositivi applicabili al corpo o nello spazio circostante la persona, per limitare la libertà dei movimenti volontari. In letteratura si distinguono i mezzi applicati all'ospite a letto o seduto, i mezzi di contenzione per segmenti corporei, i mezzi di contenzione con postura obbligata e altri sistemi utilizzabili.

La contenzione ambientale comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitarne o controllarne gli spostamenti. Vi sono dunque contemplati mezzi come la reclusione ed i reparti chiusi.

Esistono altre forme di contenzione nella pratica sanitaria: dalla contenzione farmacologica fino all'utilizzo dei pigiami per i pazienti. Queste sono pratiche più empiriche rispetto alla contenzione fisica o ambientale, così come definite precedentemente e meno misurabili. Inoltre, per quel che concerne la contenzione farmacologica, il confine tra aspetto contenitivo e aspetto terapeutico è molto più labile.

Le valutazioni contenute nel presente rapporto si limiteranno quindi alle pratiche di contenzione fisica e ambientale. A questo proposito, il Consiglio di Stato ricorda che, in applicazione delle decisioni parlamentari sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012, presso la CPC sono state create due équipes ad hoc con lo scopo di ridurre le contenzioni. L'équipe mobile e l'équipe casi complessi hanno iniziato la loro attività all'inizio del mese di febbraio 2011 e, dopo un periodo preparatorio, da maggio 2011 hanno tutti gli effettivi a disposizione.

### **2. Cliniche psichiatriche e ricerca sulla contenzione**

Alla luce delle discussioni avvenute sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 nonché dei rapporti di maggioranza e di minoranza della Commissione sanitaria, l'OSC aveva già proposto di propria iniziativa uno studio sulla contenzione che avviene presso la CPC e le altre cliniche psichiatriche.

Dall'agosto del 2004, la CPC ha costituito una Commissione contenzione della quale fanno parte, oltre al personale della CPC, anche un rappresentante della Fondazione svizzera Pro Mente Sana.

Scopo di questa Commissione è quello di studiare ed analizzare i dati quantitativi raccolti quotidianamente in CPC per individuare correttivi che permettano di incidere positivamente sull'effettivo ricorso ad una misura contenitiva.

Inoltre, durante diversi anni in CPC tutto il personale ha frequentato un corso di formazione alla "Gestione dell'aggressività", della durata di una settimana, analogamente a quanto avviene in altre cliniche psichiatriche svizzere. Attualmente, preso atto dell'esistenza di nuovi modelli implementati in altre cliniche psichiatriche svizzere, alla CPC si sta valutando l'introduzione di nuovi protocolli per la gestione dell'aggressività.

Dopo tre anni di questa esperienza, il Consiglio psicosociale cantonale (CPSC), la Direzione dell'OSC, la Commissione contenzione e la Fondazione svizzera Pro Mente Sana hanno sentito la necessità di approfondire maggiormente dal punto di vista scientifico il lavoro svolto e quindi di proporre una ricerca sul tema della contenzione fisica ed ambientale in psichiatria. A questo proposito, questo argomento è stato inserito nelle Linee direttive e nel Piano finanziario 2008-2011 nonché nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 accolta dal Parlamento il 21 aprile 2010. I partner citati precedentemente hanno pure preso contatto con i collaboratori del Dipartimento di sanità (DSAN) della SUPSI per verificare la possibilità da parte loro di svolgere una ricerca in questo ambito. La risposta del DSAN è stata affermativa e di conseguenza il Consiglio di Stato, con Risoluzione n. 5704 del 16 novembre 2010, ha autorizzato il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) a stipulare un contratto con il Dipartimento di sanità della SUPSI (DSAN) per studiare la mappa dei percorsi e delle filiere che portano più facilmente e più spesso ad azioni di contenzione nelle cliniche psichiatriche riconosciute nel Canton Ticino.

La delicatezza del tema e la difficoltà nel reperire dati sull'argomento hanno richiesto tempo per l'elaborazione di un progetto di protocollo di ricerca che è stato presentato al Dipartimento della sanità e della socialità il 15 maggio 2011 dopo aver ottenuto l'adesione allo studio, oltre che dalla CPC, anche da parte delle due cliniche psichiatriche private in cui viene messa in atto la contenzione: la Clinica di Viarnetto e la Clinica Santa Croce.

La metodologia della ricerca è la seguente.

#### **A. Descrizione delle pratiche di contenzione**

Il primo passo è la raccolta dei dati in modo omogeneo (o rendere omogenei i dati già presenti, visto anche l'importanza del dato come indicatore di qualità raccomandato dall'ANQ<sup>1</sup>) sulle contenzioni fisiche o ambientali effettuate nei vari ambiti psichiatrici in Ticino.

In un periodo campione (3-6 mesi a dipendenza del numero degli utenti ammessi negli istituti presi in considerazione per la ricerca) sono quantificati e descritti gli atti contenitivi effettuati indicando per ogni pratica di contenzione:

- che tipo di contenzione
- in che momento rispetto all'ammissione
- il motivo della contenzione
- la durata dell'atto contenitivo
- la presenza di altre contenzioni durante lo stesso ricovero
- la presenza di altre contenzioni in altri ricoveri.

#### **B. Fattori di rischio relativi alla contenzione**

Per poter ricostruire quali aspetti "portano più facilmente e più spesso ad azioni di contenzione" (com'è indicato nella risoluzione del Consiglio di Stato del 16 novembre 2010) è necessario valutare quali sono le caratteristiche personali e i percorsi che portano il paziente a presentare un rischio maggiore di sperimentare la contenzione. Per far questo occorre incrociare i dati relativi agli episodi di contenzione con i dati relativi a tutte le ammissioni avvenute durante il periodo campione preso in considerazione dall'inchiesta. Tutte le entrate che hanno portato ad una contenzione potranno così essere paragonate alle entrate che invece non sono scaturite in azioni di contenzione. Attraverso delle analisi

---

<sup>1</sup> Associazione Nazionale della Qualità.

multivariate e il calcolo dell' "Odds Ratio" (confronto dei soggetti esposti e non esposti ad una presunta causa, o «fattore di rischio» per valutare le probabilità di subire la contenzione) si vuole valutare quali sono i fattori che, indipendentemente gli uni dagli altri, sono collegati al fatto di essere stati contenuti. Può essere fatta una distinzione all'interno delle contenzioni: sarà possibile valutare ad esempio gli specifici fattori di rischio per quelle contenzioni che sono presenti già all'ammissione oppure avvenute nelle prime 24 ore dal ricovero oppure nelle ore seguenti.

Questo vuol dire raccogliere le informazioni riguardanti le ammissioni avvenute durante il periodo campione, considerando:

- il momento dell'ammissione (giorno e ora)
- il tipo di ammissione
- la provenienza del paziente
- da chi è stata fatta la segnalazione del paziente
- come il paziente è arrivato all'istituto
- i precedenti psichiatrici
- i precedenti nello stesso istituto (precedenti contenzioni)
- la presa a carico specialistica nelle settimane precedenti il ricovero (ev. farmacoterapia)
- le caratteristiche socio demografiche
- la diagnosi.

L'aspetto problematico principale è quanto e come queste informazioni siano già raccolte nei vari istituti che potrebbero partecipare alla ricerca. La costruzione di uno strumento di raccolta dei dati e soprattutto il suo utilizzo per tutte le ammissioni comporta sicuramente un carico di lavoro molto importante. Sarebbe più utile confrontare i dati già raccolti di routine e valutare come uniformarli o come integrare le altre informazioni utili (accesso ai dati).

### **C. Percorsi che hanno portato alla contenzione**

È importante valutare quali percorsi siano stati effettuati per arrivare ad un ricovero che ha presentato una contenzione. Questo significa arrivare ad una mappatura della traiettoria specifica che ha portato il paziente a sperimentare questa esperienza. Da un lato questo fa emergere i nodi vissuti come problematici che possono manifestarsi nel percorso, dall'altro può dare un'indicazione sulle alternative che avrebbero potuto portare ad un esito diverso.

Per far questo occorre focalizzare l'attenzione sui pazienti che hanno subito una contenzione nel periodo campione ed interessarsi a quello che viene definita come "index intervention", ossia il primo intervento coercitivo dopo l'ammissione. L'intervento deve essere stato compiuto nei primi 10 giorni del ricovero.

I pazienti che vengono contenuti per la prima volta dal loro ricovero devono essere segnalati e ad essi deve essere somministrato un questionario (valutare il momento della somministrazione e i criteri di inclusione) che possa indicare quale traiettoria li ha portati al ricovero e alla contenzione (in CPC sarebbero una trentina di casi in tre mesi).

Gli aspetti che vanno definiti sono:

- i primi segni del malessere che hanno portato al ricovero (quando, come, fuori dall'istituto o all'interno)
- le azioni compiute (da chi, persone/servizi contattati, quando)
- le risposte ricevute
- i bisogni rispetto alle risposte ricevute
- le altre esperienze simili (percorsi, risposte, contenzione).

### **3. I costi**

I costi per la ricerca sulla contenzione nelle strutture psichiatriche in Canton Ticino, che è stata attribuita tramite mandato del Consiglio di Stato al DSAN della SUPSI, sono quantificati in fr. 120'000.--. Il termine per la consegna dei risultati dello studio al DSS è fissato al 30 settembre 2012.

## **III. OSPEDALI SOMATICI ACUTI E CONTENZIONE**

### **1. Premessa**

La contenzione, per quanto sia oggetto di dibattito e controversie, continua ad essere praticata in tutto il mondo non solo negli ospedali psichiatrici, ma anche negli ospedali somatici acuti.

Spesso, infatti, viene rilevato il ricorso alla contenzione anche in reparti acuti, vale a dire in unità operative ospedaliere come ad esempio i reparti di medicina, chirurgia, servizi di Pronto Soccorso, medicina intensiva. In tali settori può manifestarsi una minore considerazione, da parte del personale curante, delle sequele cliniche e degli aspetti legali e giuridici correlati all'uso (anche improprio) dei mezzi di contenzione fisica. La contenzione in un reparto acuto deve essere un intervento terapeutico-preventivo mirato e ragionato, a cui si può ricorrere solo ed unicamente dopo aver escluso altre opportunità di intervento in base a un preciso processo decisionale.

### **2. L'Accademia svizzera delle scienze mediche**

Secondo le Direttive medico-etiche dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche e relative alle misure coercitive in medicina, "per misura coercitiva si intende ogni tipo d'intervento che va contro la volontà dichiarata del paziente o che provoca la sua opposizione o che è contraria alla sua presunta volontà (nel caso in cui il paziente non sia in grado di comunicare). Sono parimenti considerate misure coercitive misure meno costrittive, quali il fatto di costringere un paziente ad alzarsi, a mangiare o a partecipare ad una seduta terapeutica. In generale queste misure sono soggette alle stesse regole. Tuttavia queste Direttive si applicano esplicitamente alle misure coercitive pesanti". Nella pratica – sempre secondo l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche - si distinguono due situazioni: da un canto la limitazione della libertà e dall'altro il trattamento coercitivo. La limitazione della libertà si configura allorché la restrizione riguarda soltanto la libertà di movimento come nel caso di un internamento in un'istituzione chiusa. In questo contesto la limitazione della libertà può però essere la contenzione del paziente, ad esempio applicandogli delle cinture o delle sbarre al letto o mettendolo in isolamento. Ma se oltre alla limitazione della libertà si interviene contro l'integrità fisica del paziente - sempre secondo l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche - allora si parla di misura coercitiva medica con violazione dell'integrità fisica. In questo caso si usa il termine di trattamento coercitivo. Le misure coercitive rappresentano quindi una violazione dei diritti fondamentali del paziente, in particolare una grave infrazione al diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale dell'individuo.

### **3. La contenzione come ultima "ratio"**

Può però presentarsi la situazione nella quale tali misure non possono essere purtroppo evitate, come nel caso in cui il paziente è considerato in serio pericolo per se stesso o è considerato pericoloso per chi gli sta attorno. In quest'ottica le misure coercitive,

rispettivamente la contenzione, devono essere considerate come l'ultima "ratio" o l'ultima istanza di un processo decisionale.

Poiché l'attuazione di misure di contenzione deve avvenire su esplicita prescrizione medica - trattandosi in effetti di un vero e proprio atto medico - esse presuppongono il consenso informato del paziente.

Di fronte a situazioni d'urgenza - ovvero quando il paziente mette in pericolo la propria sicurezza o quella altrui - la necessità di mettere in atto misure di contenzione non è contestata.

La situazione si fa invece molto più critica e delicata allorché tali misure sono messe in atto in situazioni o casi che non sono urgenti. Ed è proprio in questa situazione che occorre rispettare attentamente il principio di proporzionalità ed adeguatezza della misura intrapresa.

Occorre quindi che le misure di contenzione siano indispensabili, reversibili, di vantaggio per il paziente rispetto ad un possibile danno e pertanto proporzionali al livello di pericolo, messe in atto solo in situazioni o casi eccezionali e non possano essere sostituite da misure meno incisive.

#### **4. Le richieste dell'Ufficio del medico cantonale**

Si ricorda qui, come già evidenziato, che nel mese di agosto del 2007 l'Ufficio del Medico cantonale chiedeva ad ogni struttura sanitaria del nostro Cantone di elaborare al suo interno un protocollo di attuazione delle misure di contenzione, contenente le indicazioni vincolanti per i collaboratori della struttura come pure i contenuti da considerare nel cosiddetto "verbale di contenzione".

A seguito di questa richiesta l'Area infermieristica dell'Ente Ospedaliero Cantonale - in collaborazione con i responsabili dei settori infermieristici degli Ospedali Regionali - redigevano tale protocollo accompagnandolo da un modello di documento di consenso informato per la contenzione fisica e da una tabella per il relativo monitoraggio. Questi dati sono conservati nella cartella clinica del paziente.

#### **5. Rilevamento qualitativo e quantitativo della contenzione fisica**

Allo scopo di poter formulare le risposte alle domande 1 e 4 contenute nella mozione della Commissione sanitaria, l'EOC è disponibile, oltre a mettere a disposizione le proprie competenze e conoscenze, a programmare ed implementare - sotto la conduzione e coordinazione dei servizi competenti, in particolare dell'Ufficio del Medico cantonale - una raccolta dei dati qualitativi e quantitativi relativi agli atti di contenzione fisica prescritti nei reparti ospedalieri sull'arco di un anno, utilizzando un'apposita strumentazione e modalità operativa che dovranno essere definite in uno specifico protocollo di ricerca.

Questa ricerca va pure coordinata con quella concernente la contenzione nelle strutture psichiatriche, precedentemente illustrata.

Inoltre, una particolare attenzione sarà rivolta alla problematica della contenzione nei reparti di medicina intensiva.

In medicina intensiva lo scopo per cui viene applicata la contenzione fisica è sostanzialmente quello di evitare che il paziente si estubi o che rimuova in maniera non pianificata dispositivi (*devices*) invasivi.

Diversi studi hanno posto il problema dell'efficacia della contenzione nei reparti di medicina intensiva. Spesso la causa sottostante all'agitazione del paziente è di origine medica ed è trattabile con mezzi diversi dalla contenzione stessa. Episodi di agitazione sono estremamente comuni nei reparti di medicina intensiva. Alla luce di ciò e

considerando che l'applicazione di mezzi di restrizione fisica può portare ad un peggioramento dell'agitazione stessa, l'uso scorretto di questa pratica può arrecare ulteriore danno al paziente. Parte della comunità scientifica si è mossa a considerare la contenzione fisica del paziente come una pratica inaccettabile poiché ad essa si associano oltre che a problemi di ordine fisico anche problemi di ordine psicologico, etico e legale. La risposta psicologica a breve termine nei pazienti che hanno subito contenzione fisica è descritta in letteratura con un aumento dell'agitazione, devastazione emotiva caratterizzata da ritiro, paura e perdita del senso di dignità personale. D'altro canto parte della letteratura internazionale mostra come il vissuto del paziente non sia sempre negativo nei confronti della contenzione e come molti la vivano come necessaria alla propria sicurezza e al proprio processo di guarigione. Inoltre molti clinici ritengono la contenzione un male necessario al fine di ridurre la sedazione per migliorare la prognosi dei propri pazienti.

Questa ambivalenza nei confronti della contenzione fisica ha portato nelle più recenti linee guida, pubblicate dalla American College of Critical Care Medicine, a considerare l'utilizzo di mezzi fisici di contenzione solo come ultima "ratio" e solo dopo che siano state ricercate le cause scatenanti dell'agitazione, ma nel contempo a non escluderne l'utilità clinica in attesa di studi scientifici adeguati che indaghino il problema.

L'EOC ha quindi dato avvio nel corso del 2009 ad una prima fase, della durata di circa 3-4 mesi, di uno studio prospettico osservazionale nei reparti di medicina intensiva allo scopo di valutare la terapia sedativa e contenitiva applicata e di raccogliere i dati relativi agli outcome clinici e psicologici della popolazione considerata. Per quanto concerne gli outcome clinici essi si sono focalizzati sul tempo di degenza in cure intense, sui giorni di trattamento intensivo, sul tempo di degenza in ospedale, sui giorni di degenza in medicina intensiva in cui lo stato comportamentale del paziente ha raggiunto l'obiettivo prefissato dai curanti, sulla mortalità, sull'incidenza di rimozione accidentale di dispositivi invasivi e sul carico di lavoro infermieristico. Per quanto riguarda invece gli outcome psicologici, rilevati a 8 settimane dalla dimissione, sono stati valutati la percezione da parte del paziente dei fattori di stress in medicina intensiva, l'incidenza di una sintomatologia ansio-depressiva e /o la sintomatologia da disturbo post traumatico da stress.

Anche i risultati di questo studio potranno confluire nella prospettata e più ampia raccolta di dati (rilevamenti) della contenzione fisica nei reparti ospedalieri dell'EOC.

## **6. Politica di formazione del personale sanitario**

La Commissione di etica clinica dell'EOC (COMEC), sensibile a questo problema, ha organizzato, nell'ambito dei Percorsi di etica clinica, un ciclo di conferenze dedicato al tema dei diritti umani nella quotidianità della cura in generale ed in particolare, nel mese di novembre 2008, ha realizzato un pomeriggio di studio dedicato alla contenzione al quale hanno partecipato circa 200 professionisti del settore provenienti non solo dalle sue strutture, ma anche da altre istituzioni sanitarie del Cantone.

## **7. I costi**

I costi per la ricerca sulla contenzione negli ospedali dell'EOC - che è stata attribuita da parte della Direzione generale nell'ambito dei finanziamenti richiesti per la ricerca clinica sottoposti all'Advisory Board della Ricerca Clinica dell'EOC (ABREC) - sono quantificati in **fr. 40'892.--**.



#### **IV. CONCLUSIONI**

I risultati che scaturiranno dalla raccolta e dall'analisi dei dati qualitativi e quantitativi relativi agli atti di contenzione prescritti nei reparti ospedalieri rappresenteranno una prima base di riferimento per rispondere ai quesiti 2 e 3. Questo compito, come già evidenziato, sarà affrontato in una seconda fase. Esso dovrà essere evidentemente coordinato dai servizi competenti preposti alla vigilanza delle strutture sanitarie e degli operatori sanitari del Cantone.

Il Consiglio di Stato con l'impostazione in più fasi successive e con le metodologie e le azioni proposte in questo Rapporto (si rimanda sopra al capitolo I, pag. 2), ritiene di aver dato seguito in modo operativo e concreto alla mozione del 2 giugno 2008. Di conseguenza vi chiediamo di voler dare la vostra adesione.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

La Presidente, L. Sadis

Il Cancelliere, G. Gianella

Annessa: Mozione 2 giugno 2008

## MOZIONE

### Studio della contenzione negli ospedali acuti in Ticino

del 2 giugno 2008

La contenzione rappresenta un indicatore sensibile del rispetto dei principi fondamentali dello Stato di diritto nel contesto della garanzia dei diritti umani in quanto costituisce la prevaricazione dell'autonomia decisionale delle persone più vulnerabili e indifese.

Se fino agli anni '70 vigeva la prassi del "privilegio terapeutico", caratterizzata dalla prevalenza della decisione medica, soprattutto nelle istituzioni psichiatriche, negli anni seguenti, sia a livello internazionale che in Svizzera, si prese man mano coscienza e si misero in discussione i fondamenti autoritari e gerarchici presenti nelle diverse strutture sociosanitarie. In Ticino si introdusse una legislazione interdisciplinare, la Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP), che assommava gli aspetti sociali, medici, giuridici e organizzativi.

La revisione della LASP nel 1999 aggiornò alcuni contenuti quali la protezione dei dati, la ricerca medica, la tutela dell'autonomia decisionale e dell'assistenza del paziente, ma alla disposizione relativa alla contenzione si aggiunse soltanto un capoverso relativo al carattere medico della decisione.

La norma sulla contenzione ha carattere eccezionale rispetto alla finalità della legge, il cui scopo primario è di assicurare una terapia adeguata prevenendo ogni procedura coattiva. La Corte europea dei diritti umani (CEDU) proscrive infatti, in modo assoluto, non derogabile, ogni trattamento «*disumano o degradante*»<sup>2</sup>.

A tal proposito, è desiderio della Commissione sanitaria che la contenzione resti una pratica eccezionale nell'ambito delle cure ai pazienti agitati e potenzialmente a rischio di lesioni, a sé stessi e a terzi, non soltanto all'interno delle strutture sociopsichiatriche e delle case per anziani ma pure negli ospedali acuti, anche se, talvolta, contenere sembra essere l'unica soluzione "terapeutica".

A tale scopo, la Commissione sanitaria invita il Consiglio di Stato a realizzare uno studio volto a:

1. rilevare in modo qualitativo e quantitativo le contenzioni messe in atto in tutti gli istituti di cura acuti del Cantone in un periodo di riferimento di un anno;
2. verificare il livello di formazione del personale sanitario coinvolto in questi tipi di presa a carico;
3. assicurare l'adeguatezza del personale nei vari reparti, in termini di numero e di qualifica professionale;
4. presentare un bilancio del rilevamento effettuato e le relative eventuali proposte.

La Commissione sanitaria chiede inoltre al Consiglio di Stato di quantificare il costo dello studio.

Per la Commissione speciale sanitaria:  
Roberto Malacrida  
Chiesa - Salvadè

---

<sup>2</sup> Marco Borghi. L'Autonomia nella prassi psichiatrica in Ticino e nel progetto di revisione del diritto di tutela, in L'autonomia del disabile nel diritto svizzero. Edizioni Hebing Lichtenhahn e Istituto delle assicurazioni sociali, 2004