



REGIONE PUGLIA
Assessorato alle Politiche della Salute
Area Politiche per la Promozione della Salute delle persone e delle pari opportunità
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

Allegato A

Documento di Raccomandazioni per la prevenzione ed il superamento della contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della Regione Puglia

“ 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) ” (Raccomandazioni della Conferenza Stato-Regioni in tema di contenzione fisica in Psichiatria del luglio 2010).

Il fenomeno della contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) è stato oggetto di grande attenzione nell'ambito del Progetto regionale “ Miglioramento e valutazione della qualità dell'assistenza nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della Regione Puglia ”, approvato con DGR n. 1814 del 6.12.2005. Al progetto hanno partecipato tutti gli SPDC del territorio regionale e la Clinica Psichiatrica dell'Azienda O. U. “ Policlinico ” di Bari.

Attraverso l'adozione diffusa dei **Registri di monitoraggio comuni degli eventi sentinella** (negativi e positivi) e della **Scheda di monitoraggio** compilata ogni quadrimestre, si sono potuti avere dati, sufficientemente attendibili, sui comportamenti aggressivi, sul fenomeno “ contenzione ”, sulle attività, sull'organizzazione, sull'integrazione del SPDC nella “ RETE ” dipartimentale e territoriale.

Riguardo al fenomeno della contenzione si è, inizialmente, registrato il numero di **episodi di contenzione fisica**, mentre non sono stati disponibili il numero di pazienti contenuti, né la durata (indicatori introdotti solo recentemente, dopo una lunga fase di rodaggio). Inoltre, è stato somministrato un **questionario** agli operatori di 11 Servizi (per un totale di 133 operatori) per cercare di meglio comprendere il fenomeno e si è valutata la diagnosi dei pazienti contenuti, almeno in alcuni Servizi.

Dai dati che riguardano complessivamente tutti gli SPDC regionali, si può desumere quanto segue:

- è **alto il numero di infortuni ad operatori** (nr 41 nel 2008 e nr 55 nel 2009, n.45 nei primi 8 mesi 2010);
- Gli **episodi di aggressività** sono stati 828 nel 2008, 702 nel 2009, 466 nei primi 8 mesi 2010;
- Il **numero di TSO** è stato di 1099 nel 2008 su 5876 ammissioni, 1088 su 5530 ammissioni nel 2009, 734 nei primi 8 mesi 2010 su 3664 ricoveri; mentre, il numero di giornate di degenza in TSO è pari ad 1/5 circa delle totali. Il dato è, tuttavia, disomogeneo, risultando comunque mediamente elevato;
- Il **numero degli episodi di contenzione** sono stati nr 1116 nel 2008 e nr 1202 nel 2009. La situazione in Regione è risultata **non omogenea** e, mentre vi sono SPDC in cui la contenzione fisica non viene praticata (4 nel 2008/9), ve ne sono altri che mostrano una tendenza ad un ricorso costante alla stessa, da pochi episodi fino ad oltre 250 episodi di contenzione fisica all'anno (considerando che un paziente potrebbe essere stato contenuto più volte durante la stessa degenza).

- Nel periodo GEN. – AGO. 2010 il numero totale di pazienti contenuti meccanicamente è stato pari a 354, per nr 4.641 ore di contenzione e nr 43 pazienti contenuti >24h (i dati sono in difetto perché 3 SPDC non hanno risposto);
- Il numero medio di operatori per posto letto è sceso da 1,48 nel 2006 a 1,23 nel 2009 e quello dei medici da 0,35 nel 2006 a 0,3 nel 2009; nei primi 8 mesi del 2010 il nr medio di operatori è di 1,22 e quello dei medici è 0,3;
- E' aumentato il numero di SPDC con criteri di selezione relativi alle caratteristiche dei ricoverati (da 10 nel 2006 a 13 nel 2008 - due li hanno definiti formalmente).
Tuttavia, persistono ancora molte disomogeneità, con rischi di ricoveri inappropriati o di gestione difficile di pazienti con gravi comorbidità o patologie organiche: ritardo mentale, demenza, dipendenza e abuso di sostanze, disturbi di personalità, doppia diagnosi, tutte situazioni spesso correlate ad aggressività o confusione (*Nestor, AJP 2002; Kaltiala-Heino et al., IJLP 2003; Sailas, Wahlbeck, COP 2005; Friedman, NEJM 2006*).
Nel 2009, dall'analisi dei DRG dei dimessi dai SPDC pugliesi curata dall'A.Re.S., si evince che 438 sono stati i DRG per " disturbo di personalità e del controllo degli impulsi ", 223 per " disturbi organici e ritardo mentale ", 162 per " disfunzione psicosociale ", 219 per " abuso di alcool (e altre sostanze) ", 21 per " malattie degenerative del sistema nervoso ";
- I rapporti tra SPDC e CSM sembrano essere problematici, discontinui; ancora nel 2008 un Servizio dichiara di non aver ricevuto visite dagli operatori dei CSM e dai registri di monitoraggio risultano 808 incontri con operatori territoriali rispetto a 4390 persone ricoverate (5876 ricoveri); nei primi 8 mesi del 2010 sono stati segnalati 534 incontri con gli operatori dei CSM per 3664 ricoveri. Di conseguenza, il ricovero potrebbe risultare avulso dal contesto territoriale e la acuzie segnare una **discontinuità** nella storia del paziente e nella sua presa in carico.

E' evidente che il **SPDC è il luogo** dove, in modo **forte e pressante**, si concretizza la necessità di gestire comportamenti aggressivi e drammaticamente si attualizza il **conflitto** tra diritto/dovere di cura e libertà individuale.

La **mancanza di valide sinergie** con i CSM e le Agenzie di soccorso sanitario e non (118, PS, Forze dell'Ordine, ecc.) unita ad alcuni particolari fattori come: la **tendenza a " psichiatrizzare "** qualsiasi comportamento violento o " fuori norma ", i ricoveri inappropriati, l'**invio** poco attento **senza** aver eseguito terapie adeguate e aver informato opportunamente il paziente sulla necessità e modalità con cui avverrà il ricovero, le dotazioni organiche inadeguate numericamente e poco formate nella gestione dell'aggressività e nel riconoscimento dei segni precoci di crisi, un clima organizzativo poco sereno e coerente, il burn-out, la difficoltà ad esprimere le emozioni (condizione che riguarda sia i pazienti che gli operatori), le difficoltà di audit, l'**inadeguatezza** degli spazi inadeguati, costituiscono **fattori** che possono favorire risposte contenitive e coercitive, sia " farmacologiche " che fisiche, laddove non è peraltro dimostrato che il ricovero psichiatrico sia un mezzo idoneo alla prevenzione della violenza (*Buchanan, PS 2008*).

In ogni caso, la " **contenzione farmacologica** " sembra essere meno interessata dall'ampio dibattito in atto circa la legittimità e la terapeuticità degli interventi contenitivi, nonostante gli effetti collaterali (anche fatali) degli antipsicotici usati nell'urgenza (vedi note AIFA), trattandosi comunque di

un atto (da valutare per la appropriatezza) terapeutico che rientra nell'esercizio della professione medica, peraltro considerato meno stressante dai pazienti (*Mayers, IJSP 2010*).

La **contenzione fisica**, invece, ha portato ad un interessamento della **Conferenza Stato-Regioni**, che ha affrontato la questione e ha elaborato un **Documento di Raccomandazioni** (" Contenzione fisica in Psichiatria: una strategia possibile di prevenzione " del 29.7.2010).

D'altra parte, la contenzione fisica è una prassi che limita totalmente la libertà individuale ed in particolare la libertà di movimento, con gravi ripercussioni fisiche, psichiche, giuridiche e medico-legali: non vi è alcuna norma giuridica che riconduca la " contenzione fisica " ad un atto medico e, quindi, ad un trattamento sanitario, o che ne approvi o incoraggi l'uso (EC Committee of Ministers, Rec1994/1235, Rec 2004/10; WHO, 2005). Si tratta di una pratica per cui è difficile valutare il rapporto tra sicurezza e protezione da una parte e diritti umani dall'altra, tra rischi e benefici a breve e lungo termine, per cui tutte le raccomandazioni internazionali puntano ad una sua restrizione (*Mohr et al. CJP 2003; Sailas, Wahlbeck, COP 2005; Chandler, JAPNA 2008; Sailas, Fenton, Cochrane Review 1998-2009*).

L'**articolo 3 del Codice di Deontologia Medica** prevede che la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire sempre nel rispetto della libertà e dignità della persona umana, mentre l'**articolo 49** dice chiaramente che, anche in caso di Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi, il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge.

La **contenzione fisica potrebbe, quindi, essere considerata solo nei casi** in cui, essendosi dimostrati inefficaci, in modo documentato, tutti gli altri interventi meno restrittivi, sia **attuale il rischio** di danno alla persona (per l'incolumità del paziente, degli operatori o di altre terze persone), ravvisandosi uno " **stato di necessità** " (**art.54 c. p.**) e trovandosi il sanitario a dover assumere la cosiddetta " **posizione di garanzia** ".

Comunque, nonostante una certa percentuale (30-50%) di **ricoveri inappropriati** tra i pazienti contenuti, rimane alta la quota di **pazienti propriamente psichiatrici, con comportamenti aggressivi**.

In ogni caso, è difficile pensare che l'aggressività nasca e si consumi all'interno dei SPDC, quando, invece, è l'ultimo atto di un dramma che nasce fuori, nelle relazioni conflittuali familiari e sociali, e/o nel fallimento della presa in carico dei pazienti gravi, che è compito fondamentale del DSM, e/o nella frammentazione del percorso che dal territorio porta al ricovero.

La **contenzione fisica, comunque, costituisce sempre un evento potenzialmente avverso, significativo per quanto concerne il rischio clinico (Board APA, 2002-2003), nel duplice aspetto della possibile compromissione:**

- del **percorso terapeutico**, per le conseguenze psicologicamente deleterie per il paziente, per lo staff curante, per i famigliari;
- della **salute fisica e psichica** del paziente, come rischio attuale connesso alla esecuzione della pratica (vedi elaborato Gruppo di lavoro su emergenza-

urgenza Regione Emilia Romagna 2008; risultati questionario su contenzione Progetto Obiettivo Regione Puglia).

Va, in ogni caso, considerato che **il paziente contenuto necessita**, proprio perché in quella condizione, di **assistenza continuativa**, sia sul **piano fisico**, sia per **garantire il necessario contenimento emotivo**.

Con l'obiettivo di eliminare la contenzione fisica ed in ogni caso prevenirla e minimizzarne l'uso, in conformità con le Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29.07.2010 sulla Contenzione Fisica in Psichiatria, e per quanto in premessa, si individuano le seguenti **RACCOMANDAZIONI**:

- 1) **la Regione Puglia recepisce integralmente le Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29.07.2010 sulla Contenzione Fisica in Psichiatria;**
- 2) l'uso della **contenzione fisica** è a rischio di essere considerato un atto antiterapeutico, che ricade tra i trattamenti **senza consenso**, da attuarsi solo in ultima istanza ed in caso di documentato pericolo attuale di danno grave alla persona non altrimenti evitabile, in condizioni di **stato di necessità**, e dopo aver esperito ogni tentativo di soluzione non restrittiva o meno restrittiva e quando ogni altro tentativo di cura sia risultato senza esito, impraticabile o controindicato (contenimento relazionale, tecniche di de-escalation, appropriato trattamento farmacologico, ecc.);
- 3) il cambiamento organizzativo e culturale va incoraggiato come la strategia migliore per la prevenzione della violenza e l'abbattimento della contenzione fisica (*Board APA, 2002-2003; Gaskin et al., BJP 2007; Steinert et al., CPEMH 2008*);
- 4) non appena possibile, è necessario il **coinvolgimento** e l'**informazione** del care giver e/o del rappresentante legale del paziente contenuto;
- 5) per ogni episodio di **aggressività** va attuato, in un'ottica di prevenzione e MCQ, il monitoraggio, sia mediante il registro di monitoraggio, sia mediante appositi strumenti (es. OAS-Overt Aggression Scale, *Yudofsky et al. 1986*; SOAS-Staff Overt Aggression Scale, *Palmstierna, Wistedt, 1987*). Per gli **interventi di contenzione fisica** si deve procedere ad opportuna e tempestiva **documentazione** mediante l'uso dei seguenti strumenti:
 - **registro di monitoraggio eventi sentinella** (episodi di contenzione, di aggressività, infortuni di operatori e pazienti);
 - **schede di rilevazione e gestione** dell'episodio di contenzione, che devono contenere, per ogni procedura: nome e cognome della persona sottoposta a contenzione; medico che dispone la procedura; orientamento diagnostico; motivazione dettagliata della contenzione fisica; valutazione dello stato psicopatologico attuale; descrizione dei tentativi esperiti e falliti per trattare il paziente poi contenuto; mezzi e modalità di contenzione; ora di inizio; misure assistenziali richieste, con particolare attenzione agli aspetti internistici (prevenzione tromboembolica, movimentazione, idratazione, alvo e diuresi, parametri cardio-respiratori, temperatura, comparsa di complicanze, ecc.), alle misure di farmacoterapia psichiatrica e ai possibili effetti collaterali, al contenimento

-
- emotivo, con indicazione dell'operatore incaricato del monitoraggio e degli orari di effettuazione; ogni evento avverso; ora di cessazione della contenzione.
- inoltre, ai fini di sintesi, va attivato un **registro delle contenzioni**, che riporti nome del paziente, orario di inizio, motivazione sintetica, orario di fine contenzione (EC Committee of Ministers, Rec 2004/10).
 - la prescrizione della contenzione deve essere effettuata dal medico; le contenzioni effettuate in urgenza dal solo personale infermieristico devono essere confermate dal medico entro 30 minuti (che è il tempo di risposta medica in reperibilità) e una rivalutazione clinica deve essere effettuata almeno ogni 4 ore, mai oltre le 8 ore dal sanitario (JCAHO, 2005);
 - almeno ogni 15 minuti l'operatore incaricato deve effettuare il monitoraggio fisico e psichico del paziente anche per stabilire la eventualità del termine della contenzione (JCAHO, 2009);
 - ogni evento avverso significativo connesso alla contenzione deve essere segnalato al DSM, alla Direzione sanitaria ospedaliera, alla U.O. Rischio clinico;
 - le stesse informazioni devono essere riportate in modo dettagliato e sintetico nella **cartella clinica**.
- 6) **Tutta la documentazione** relativa ai fenomeni di violenza e contenzione fisica deve essere **adeguatamente conservata in apposito archivio**, a cura di un operatore chiaramente individuato, facilmente accessibile agli organi di monitoraggio e controllo regionali e dipartimentali; i dati relativi al registro di monitoraggio ed alle schede delle contenzioni (su base mensile: numero di pazienti contenuti, numero di episodi di contenzione, la somma del tempo cumulativo di contenzione in formato hh.mm) devono essere **trimestralmente trasmessi** alla Direzione DSM e, quindi, all'Assessorato alle Politiche della Salute;
- 7) **la contenzione fisica avviene secondo i più elevati standard di qualità**, sotto controllo del medico e per il tempo minimo necessario; di conseguenza è opportuna la **Guardia Medica attiva in SPDC**;
- 8) l'evento contenzione fisica deve essere considerato un **evento sentinella** (a soglia zero) il cui verificarsi deve dare luogo ad una indagine conoscitiva sui fattori che vi hanno contribuito al fine di prevenirli e ad un **audit** con l'eventuale partecipazione di figure esterne al SPDC (DSM, Direzione Sanitaria, ecc.), documentati, nella prospettiva del miglioramento continuo della qualità;
- 9) a seguito di ogni episodio di contenzione fisica **va garantito agli operatori, ed eventualmente ai pazienti che vi hanno assistito, adeguato spazio e tempo di valutazione ed elaborazione dello stress psicofisico, in cui esprimere le emozioni e comprendere le motivazioni**;
- 10) i **livelli di staffing** riconosciuti per la prevenzione della violenza nei Servizi psichiatrici sono in nessun caso inferiori a 1/5 (operatori/pazienti); il rapporto medio indicato è 1/3 (*Pereira et al., JPIC 2005*), quello ottimale 1/2 (*SCMH, 2005*); il rapporto personale qualificato / generico non deve essere inferiore a 2/1; la realizzazione di una contenzione fisica richiede non meno di quattro operatori, preferibilmente cinque; in caso di necessità ed urgenza è tenuto ad intervenire il personale del Pronto Soccorso e/o dell'Emergenza-Urgenza; laddove vi siano le condizioni di violenza tale da ipotizzare rischi per l'incolumità del paziente e/o degli operatori, su richiesta dei sanitari, sono tenute ad intervenire le Forze dell'Ordine, che devono garantire la

praticabilità di terapie e/o della contenzione; devono essere garantiti turni infermieristici misti, con personale maschile e femminile, onde garantire maggiore flessibilità e adattabilità; **ai fini della determinazione delle dotazioni organiche minime delle strutture del DSM va fatto riferimento a quanto previsto dalla Regione Puglia con il Documento di Indirizzo Economico e Funzionale del 2007 per i CSM, e al DIEF 2009 per i SPDC;**

11) Per ridurre la eventualità del ricorso alla contenzione:

- il DSM si deve impegnare alla **riduzione del numero assoluto e relativo di Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi e alla riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri, attraverso una logica di prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di vita dei pazienti, favorendo interventi precoci e integrati (rete assistenziale territorio-ospedale);**
- il DSM, al fine di favorire il collegamento con l'ambiente di vita e con le risorse presenti sul territorio ed evitare la precarietà del percorso di cura, si deve impegnare a garantire il ricovero psichiatrico preferibilmente nel **bacino di appartenenza del paziente** ed in subordine nel territorio dipartimentale; si deve, altresì, impegnare alla riduzione del sovraffollamento dei SPDC, che aumenta le problematiche gestionali e peggiora il clima di reparto ed il rischio clinico;
- il DSM si deve impegnare, in collaborazione con gli altri Servizi e strutture delle AASSLL, a **limitare i ricoveri inappropriati in SPDC** (demenze, dipendenza e abuso di sostanze, ritardo mentale, disturbi di personalità, disturbi comportamentali dell'età evolutiva, ecc.);
- il DSM deve curare la **presa in carico** dei casi gravi ed il **recupero dei drop-out;**
- il DSM deve implementare le prassi operative di **integrazione** tra le varie strutture che lo compongono (in particolare SPDC–CSM) e con le altre agenzie della **rete sanitaria e sociale;** deve effettuare un monitoraggio con precisi **indicatori**, sia nel momento del ricovero che durante la degenza e alla dimissione;
- il DSM deve favorire la **presenza** frequente in **SPDC** degli **operatori dei Servizi esterni**, sia in visita ai loro utenti ricoverati, sia per confrontarsi con gli operatori del reparto per la verifica e la **rimodulazione** del progetto terapeutico;
- il DSM deve curare che vi sia **continuità** nel Progetto terapeutico individuale dei pazienti in carico e che, viceversa, il **ricovero in SPDC non rappresenti una frattura nel percorso di cura;**
- il DSM deve prestare particolare attenzione alle **procedure di invio del paziente in SPDC**, sia che sia fatto **dal CSM che da altre agenzie sanitarie, individuando e condividendo buone prassi:** informare sempre adeguatamente il paziente sulla necessità del ricovero e sulla modalità con cui avverrà; praticare le terapie necessarie in urgenza; ottenere e trasmettere ai sanitari del SPDC notizie anamnestiche di eventuali pregressi comportamenti aggressivi e circa farmaci risultati più o meno efficaci; **evitare ricoveri a rischio di inappropriata, anche attraverso una temporanea permanenza in altro ambito sanitario** (Pronto Soccorso, Astanteria, ecc.) prima della eventuale decisione di ricovero in SPDC, dando puntuale **attuazione, insieme con gli altri Servizi Sanitari coinvolti, alla deliberazione della Giunta Regionale n.1620/2011 “ Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche ”;**
- il DSM deve vigilare perché in caso di **ricoveri obbligatori** ci si attenga a quanto previsto nella **deliberazione della Giunta Regionale n.1499/2009 “ Raccomandazioni in merito all'applicazione di ASO e TSO per malattia mentale ”.**

- 12) Il DSM deve adottare una specifica **Procedura per la pratica della contenzione**, che contenga precisi indicatori sulle responsabilità, sulle azioni, sulla tempistica della assistenza medico-infermieristica, sulla documentazione, sui rapporti con il contesto relazionale di riferimento, sulle comunicazioni tra SPDC e Direzione DSM, CSM di riferimento del paziente, Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero ove è allocato il SPDC, Unità di gestione del Rischio (se attivata), salvaguardando il contenuto di queste raccomandazioni;
- 13) La contenzione deve durare il **tempo minimo necessario** e deve essere **revocata** non appena decadono le condizioni che l'hanno determinata;
- 14) Tutte le contenzioni che si protraggono **oltre le 12 ore** devono essere **segnalate** alla Direzione DSM e Sanitaria del Presidio Ospedaliero, al fine di individuare possibili soluzioni alternative; **per le contenzioni per cui è prevedibile una durata superiore alle 24 ore va previsto l'intervento aggiuntivo di operatori del CSM competente;**
- 15) Nel caso in cui ad essere sottoposto a contenzione sia un **minore**, è opportuno coinvolgere nella decisione un medico della U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, i genitori, e darne comunicazione al Giudice Tutelare (Tribunale dei Minori);
- 16) Il DSM e il SPDC devono garantire la realizzazione di attività assistenziali intensive ed a carattere socio riabilitativo nei SPDC e l'attivazione di procedure di **governo clinico e di MCQ;**
- 17) Il DSM e il SPDC devono garantire **adeguati livelli di discussione** degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili, e **la formazione, sia sul campo che strutturata**, per la prevenzione e la gestione della violenza, del burn out e la prevenzione della contenzione; la formazione deve essere rivolta a tutte le figure coinvolte, sanitarie e non (operatori DSM, emergenza, polizia municipale, ecc.);
- 18) Periodicamente il **DSM**, almeno ogni sei mesi, in una **apposita riunione** cui partecipano rappresentanti delle Unità Operative, deve riesaminare criticamente il fenomeno contenzione, le procedure e l'impatto delle iniziative formative ed organizzative; annualmente il fenomeno va discusso in un report e presentato alla conferenza dei Servizi del DSM;
- 19) Analogamente il DSM deve favorire la realizzazione e **l'analisi delle " buone pratiche "** documentate ed in atto in alcuni SPDC ove la contenzione fisica non sia praticata o sia stata fortemente ridotta e la **loro riproducibilità** attraverso strumenti quali l'accreditamento tra pari e/o intervenendo per favorire requisiti organizzativi tesi al superamento della pratica della contenzione;
- 20) Il DSM deve favorire la **trasparenza ed accessibilità** delle strutture di cura per acuti mediante l'introduzione nelle attività di **gruppi qualità**, da costituirsi presso i Servizi, della figura del " service user development worker ", già sperimentata in alcuni gruppi qualità degli SPDC, anche attingendo a forme di borsa lavoro, ed il coinvolgimento di rappresentanti delle associazioni di utenti, di familiari e di difesa dei diritti del cittadino, secondo un modello partecipativo.

Le Direzioni delle Aziende Sanitarie, le Direzioni dei Dipartimenti di Salute Mentale e la Direzione della Clinica Psichiatrica del Policlinico di Bari sono tenute ad intraprendere e garantire le azioni e le procedure indicate in queste " Raccomandazioni ".

IL DIRIGENTE
Dott. Fulvio LONGO


