

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Oggetto: Recepimento Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente “Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale” (Rep. atti n. 174/CSR del 23 ottobre 2025). Approvazione Linee di indirizzo regionali per la gestione della persona con alterazioni comportamentali nei luoghi di cura della salute mentale e criteri per la registrazione degli atti contenitivi. PANSM 2025-2030 - Capitolo n. 4 del PANSM “Salute Mentale: Risk Management e Sicurezza”.

### LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla Direzione Sanità e Integrazione sociosanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all’articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente della Direzione Sanità e Integrazione sociosanitaria e la dichiarazione dello stesso che l’atto non necessita dell’attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del direttore del Dipartimento Salute;

VISTO l’articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell’allegato “Verbale di seduta”

### DELIBERA

- di recepire l’Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1 del d.lgs. 281/1997, Rep. atti n. 174/CSR del 23 ottobre 2025, recante “Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale” (Allegato 1);
- di approvare le *Linee di indirizzo regionali per la gestione della persona con alterazioni comportamentali nei luoghi di cura della salute mentale e criteri per la registrazione degli atti contenitivi* (Allegato 2);
- che le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Territoriali e dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche recepiscono con proprie determinazioni le *Linee di indirizzo regionali per la gestione della persona con alterazioni comportamentali nei luoghi di cura della salute mentale e criteri per la registrazione degli atti contenitivi* di cui all’Allegato 2 entro il 30 settembre 2026;
- che il Dipartimento Salute provveda al monitoraggio dell’attuazione delle Linee di indirizzo e dell’effettiva implementazione da parte degli Enti di cui sopra, mediante la predisposizione di apposito report entro il 31 dicembre 2026.



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente

## **DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

### Normativa di riferimento

- Articolo 32 della Costituzione della Repubblica italiana (...Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge);
- Articolo 54 del Codice Penale italiano (stato di necessità);
- Legge n. 180/1978 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori (c.d. legge Basaglia);
- Legge n. 833 del 1978 che istituisce il SSN sottolineando il ruolo preminente della salute mentale del momento preventivo;
- Raccomandazioni del Ministero della Salute;
- Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel parere La Contenzione: problemi bioetici aprile 2015;
- DPCM del 12.01.2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- Sentenza denominata “Mastrogiovanni”: Sentenza Penale - Sent. Sez. 5 Num. 50497 Anno 2018;
- Legge n. 219 del 2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”;
- Legge 113 del 2020 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”;
- DGRM n. 950 del 11/07/2022 “Recepimento Intesa n. 58/CSR del 28.04.2022 Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali”. Approvazione del progetto regionale. Annualità 2022;
- Corte Europea dei Diritti dell’Uomo (CEDU 2020; 2024) e dal Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti (CPT 2023);
- DM n. 77 del 23/05/2022 del Ministro della salute, concernente “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- Decreto n. 11/SISS del 24/03/2025 costituzione di un Tavolo Tecnico *ad hoc* “costituzione del tavolo regionale di coordinamento riguardo la prevenzione e gestione del paziente con alterazioni comportamentali nell’ambito della salute mentale”;
- Accordo in Conferenza Stato-Regioni n. 174 del 23/10/2025 sul documento recante Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale;
- Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio-sanitario a causa dell’esercizio delle loro funzioni” (novembre 2025).
- Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- sul documento recante “Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030; DGRM n. 426 del 20 aprile 2026, Recepimento Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento recante “Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030”.

### Motivazione

L’articolo 32 della Costituzione garantisce il diritto alla salute nel rispetto della dignità della persona; gli articoli 2 e 13 tutelano i diritti inviolabili e l’inviolabilità della libertà personale, richiamando la necessità che qualsiasi restrizione della libertà personale sia giustificata da specifiche condizioni di necessità e urgenza.

La contenzione meccanica, incidendo direttamente sulla libertà personale, è stata definita dalla giurisprudenza come misura non terapeutica e ammissibile esclusivamente come *extrema ratio* in presenza di un pericolo grave, attuale e non altrimenti evitabile, da documentarsi con accuratezza clinica e motivazionale (Cassazione penale, n. 50497/2018). Le principali istituzioni sovranazionali – OMS, CPT e CEDU – richiamano gli Stati membri a orientare i propri sistemi sanitari verso modelli non coercitivi basati sulla relazione di cura, sulla prevenzione dei comportamenti aggressivi, sulla de-escalation e sulla tutela della dignità delle persone assistite.

L’evoluzione del dibattito istituzionale sul tema, avvenuto nel corso degli anni, ha portato all’approvazione, il 23 ottobre 2024, dell’Accordo Rep. atti n. 174/CSR, sul documento “Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale”, che rappresenta la conclusione di un lungo processo tecnico-istituzionale avviato dal Ministero della Salute con il coinvolgimento delle Regioni, delle società scientifiche, degli esperti del Tavolo tecnico salute mentale e del Coordinamento interregionale.

Il documento definisce un quadro nazionale organico e aggiornato sulle strategie di prevenzione e superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale e richiede alle Regioni, entro dodici mesi dall’approvazione, il recepimento delle Linee di indirizzo. L’Accordo identifica cinque ambiti strategici di intervento:

1. tutela dei diritti e della dignità delle persone;
2. consolidamento dei sistemi di rilevazione e monitoraggio delle contenzioni;
3. formazione specifica del personale;
4. rafforzamento dei percorsi territoriali e dell’integrazione DSM–NPIA–REMS;
5. miglioramento degli ambienti di cura e dell’accessibilità dei servizi.

Contestualmente, il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025–2030, approvato con Accordo CU n. 177/CU del 29 dicembre 2025, recepito dalla Regione Marche con DGR n. 426 del 20 aprile 2026, fornisce il quadro strategico della salute mentale per il quinquennio e affronta il tema della contenzione sia nel Capitolo 1 (“Salute mentale e percorsi di promozione, prevenzione e cura”), sia nel Capitolo 4 (“Risk Management e sicurezza”), richiamando la necessità di implementare le Linee di indirizzo di cui all’Accordo 174/2025 e di procedure regionali, attribuendo rilievo centrale al monitoraggio sistematico, in modo da garantire tracciabilità, trasparenza e controllo del fenomeno.

Nel PANSM, al capitolo 4 sopra menzionato, viene trattata da un lato la necessità di garantire la sicurezza dei pazienti, dall’altro la sicurezza del personale.



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

L'attività di prevenzione e controllo del risk management si concretizza attraverso la promozione di protocolli e strumenti di sicurezza, procedure di prevenzione e gestione dell'aggressività specifiche, insieme a un'attività di monitoraggio della contenzione volta alla riduzione ed al superamento di tale procedura nella gestione delle gravi agitazioni psicomotorie.

Relativamente al tema della violenza a danno degli operatori sanitari e sociosanitari l'evoluzione delle evidenze scientifiche ha condotto, nel novembre 2025, all'aggiornamento della Raccomandazione n. 8 del 2007 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e sociosanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni", avente lo scopo di cercare di prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari, implementando misure che permettano l'eliminazione o la riduzione di condizioni di rischio presenti.

La Regione Marche, anticipando i più recenti interventi normativi sopra richiamati, ha dimostrato una particolare attenzione al tema della contenzione meccanica, riconoscendone la complessità e la rilevanza. In questa prospettiva, e con l'obiettivo di promuovere strategie sempre più efficaci per il superamento della contenzione meccanica, ha istituito, con Decreto n. 11/SSS del 24/03/2025, un Tavolo tecnico regionale incaricato di analizzare le pratiche in uso nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e di elaborare un documento tecnico di approfondimento condiviso. Lo stesso Tavolo si è riunito diverse volte durante lo scorso anno (come risulta dai verbali agli atti della Direzione Sanità e Integrazione socio sanitaria) e, nel dicembre 2025, ha licenziato un documento finale dal titolo "Gestione della persona con alterazioni comportamentali nei luoghi di cura della salute mentale: prevenzione, promozione della cultura della de-escalation e del superamento della contenzione meccanica", tenendo conto delle Linee di indirizzo di cui all'Accordo 174/CSR del 23 ottobre 2025.

In data 11/05/2026 il documento "Gestione della persona con alterazioni comportamentali nei luoghi di cura della salute mentale: prevenzione, promozione della cultura della de-escalation e del superamento della contenzione meccanica" è stato discusso con i Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST) e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) delle Marche, i quali ne hanno approvato i contenuti. Dalla riunione è emersa, inoltre, la necessità e l'opportunità che il documento sopramenzionato costituisca le linee di indirizzo regionali per la redazione delle singole procedure degli Enti coinvolti concernenti la gestione della persona con alterazioni comportamentali e la registrazione degli atti contenitivi.

Procedure condivise e omogenee a livello regionale costituiscono il presupposto per attuare un monitoraggio uniforme degli atti contenitivi. L'analisi delle informazioni raccolte potrà consentire, inoltre, l'avvio di approfondimenti, anche con il supporto dei dati già rilevati dal Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), finalizzati a valutare strategie per improntare una riorganizzazione dei servizi, orientata a prevenire e a superare il ricorso agli atti contenitivi.

Per una ottimizzazione della gestione della persona con alterazioni comportamentali risulta fondamentale promuovere e implementare la cultura della de-escalation, a cui il documento elaborato dal tavolo regionale, in piena conformità alle linee guida nazionali, dedica ampia trattazione, contestualmente al debriefing tra tutti gli operatori che hanno gestito la procedura, quale importante occasione per esaminare, condividere e confrontarsi. Una formazione degli operatori, espressamente prevista nell'Accordo 174/CSR del 23 ottobre 2025, e più generalmente una formazione costante, strutturata nei confronti di tutti gli operatori degli Enti



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

del SSR e della REMS coinvolti, rappresenta un tassello imprescindibile di quel processo culturale orientato a un sempre maggiore e deciso superamento della contenzione, da garantire attraverso una programmazione sistematica e coerente. In tale prospettiva, è opportuno che gli Enti del SSR coinvolti e della REMS, prevedano nei propri piani formativi specifiche azioni volte a garantire la programmazione sistematica e continuativa di interventi formativi rivolti a tutto il personale coinvolto nei luoghi di cura della salute mentale, da intendersi quali Servizi Psichiatrici di Degenza e Cura (SPDC), reparti ospedalieri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), con particolare riferimento allo sviluppo delle competenze in materia di prevenzione e gestione degli stati di agitazione comportamentale, tecniche di de-escalation, aspetti etico-giuridici e gestione del rischio clinico, anche attraverso modalità di formazione sul campo, audit clinici e momenti strutturati di confronto.

Alla luce di quanto sopra esposto la presente deliberazione recepisce l'Accordo 174/CSR del 23 ottobre 2025 – allegato 1 – e approva le *Linee di indirizzo regionali per la gestione della persona con alterazioni comportamentali nei luoghi di cura della salute mentale e per il monitoraggio degli atti contenitivi* – allegato 2.

Si dispone altresì che le Direzioni Generali degli Enti del SSR recepiscano, con proprie determinazioni, le *Linee di indirizzo regionali per la gestione della persona con alterazioni comportamentali nei luoghi di cura della salute mentale e per la registrazione degli atti contenitivi* di cui all'allegato 2 entro il 30 settembre 2026, adottando la *scheda di registrazione degli atti contenitivi*, di cui all'appendice 2 del documento nei luoghi di cura della salute mentale, di rispettiva competenza, da intendersi quali SPDC, reparti ospedalieri di NPIA, in sostituzione delle attuali modalità di registrazione.

La *scheda di registrazione degli atti contenitivi* dovrà essere integrata nei Sistemi Informativi Ospedalieri (SIO) delle AST e dell'AOU delle Marche, divenendo parte costitutiva della cartella clinica digitale del paziente, e nel Sistema Informativo Salute Mentale (SISM). Per quanto riguarda la REMS, in considerazione della natura non ospedaliera della struttura, la *scheda di registrazione degli atti contenitivi* dovrà essere integrata nel SISM.

Il SIO e il SISM dovranno consentire l'estrazione dei dati presenti nelle schede di cui sopra, per la redazione di un report di monitoraggio, elaborato secondo quanto stabilito dal Tavolo Tecnico, di cui al decreto n. 11/SISS del 24/03/2025, da inviare semestralmente al Dipartimento Salute, in accordo con le disposizioni nazionali.

Nelle more dell'entrata a regime dell'implementazione del SIO e del SISM, come sopra dettagliata, saranno utilizzate le schede in formato cartaceo, secondo il modello di cui all'Appendice 2 dell'Allegato 2, che saranno raccolte e conservate nei luoghi di cura della salute mentale di rispettiva competenza, da intendersi quali SPDC, reparti ospedalieri di NPIA e REMS.

Per quanto riguarda la REMS, si dispone che l'AST di Pesaro-Urbino monitori il recepimento e l'attuazione da parte della REMS delle sopracitate Linee di indirizzo di cui all'allegato 2, entro il 30 settembre 2026, in relazione all'assetto organizzativo, al modello gestionale e alle caratteristiche del personale operante nella REMS. Presso la REMS dovrà essere adottata la *scheda di registrazione degli atti contenitivi* (appendice 2 dell'allegato 2) in sostituzione delle attuali modalità di registrazione e dovrà essere implementato il piano formativo sopra dettagliato.



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Nelle more della completa informatizzazione, saranno utilizzate le schede in formato cartaceo, secondo il modello di cui all'Appendice 2 dell'Allegato 2, che saranno raccolte e conservate.

Il Dipartimento Salute della Regione Marche provvederà al monitoraggio regionale, nel rispetto dell'Accordo n. 174/CSR del 23 ottobre 2025, anche avvalendosi del Tavolo Tecnico di cui sopra.

Provvederà altresì a richiedere una implementazione della rilevazione nel contesto del flusso SISM, concernente i dati riguardanti gli atti contenitivi al fine di garantire e corroborare una rilevazione omogenea e puntuale dei medesimi.

Con la presente proposta di deliberazione si integra l'obiettivo contenuto nel Capitolo n. 4 del PANSM *"Salute Mentale: Risk Management e Sicurezza"* denominato: *"Monitoraggio della contenzione, teso alla riduzione ed al superamento di tale procedura nella gestione delle gravi agitazioni psicomotorie"*, avente come indicatori la *"presenza di protocolli operativi dettagliati per la contenzione per ogni AAOO"*, l'istituzione del *"registro delle contenzioni, ospedaliero e regionale"*, il *"report semestrale dei dati, con riduzione della pratica"*.

La sottoscritta, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento

Paola Possanzini

Documento informatico firmato digitalmente

## **PARERE DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente della Direzione

Filippo Masera

Documento informatico firmato digitalmente

## **PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE**

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore del Dipartimento Salute



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**Antonio Draisci**  
Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO





*Presidenza del Consiglio dei ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

**Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale".**

Rep. atti n. 174/CSR del 23 ottobre 2025.

## **LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

Nella seduta del 23 ottobre 2025:

**VISTO** l'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

**VISTO** il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante Codice in materia di protezione dei dati personali;

**VISTA** la legge 3 marzo 2009, n. 18, recante "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità";

**VISTO** l'accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento "*Piano di azioni nazionale per la salute mentale*", sancito nella seduta del 24 gennaio 2013 di questa Conferenza (rep. atti n. 4/CU);

**VISTA** l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, sancita da questa Conferenza nella seduta del 10 luglio 2014 (rep. atti n. 82/CSR) e, in particolare, l'articolo 6 che indica, tra le aree delle attività inerenti all'assistenza socio-sanitaria, quella relativa alla salute mentale adulta e dell'età evolutiva;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

**VISTO** il decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104 recante «Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia», convertito con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, e in particolare, l'articolo 29 ter, rubricato "Disposizioni per la tutela della salute in relazione all'emergenza da Covid-19";

**VISTA** l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021, sancita da questa Conferenza nella seduta del 4 agosto 2021 (rep. atti n. 153/CSR), con particolare



*Presidenza del Consiglio dei ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

riferimento all'allegato sub A), lettera o), la quale prevede che € 60 milioni sono "destinati a finanziare un progetto di rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali, che sarà successivamente oggetto di intesa in Conferenza Stato - Regioni, per il superamento della contenzione meccanica in tutti i luoghi di cura della salute mentale, per la qualificazione dei percorsi per la effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato, a completamento del processo di attuazione della legge n. 81/2014, e per l'effettiva attuazione degli obiettivi di presa in carico e di lavoro in rete per i disturbi dell'adulto, dell'infanzia e dell'adolescenza, anche previsti dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013";

**VISTA** l'intesa, rep. atti n. 58/CSR, sancita da questa Conferenza nel corso della seduta del 28 aprile 2022 sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" che invita le regioni a sviluppare progetti che rafforzino i Dipartimenti di Salute Mentale aventi, tra gli obiettivi generali comuni a tutte le regioni, quello di "avviare/implementare dei percorsi per il superamento della contenzione meccanica; la misurazione dell'obiettivo viene effettuata con uno o più indicatori tra i seguenti: n. dei percorsi attivati di riconoscimento delle pratiche limitative delle libertà personali; n. di iniziative per conoscere e monitorare la contenzione; n. di protocolli operativi/linee guida elaborate per garantire il rispetto dei diritti e della dignità delle persone; n. dei servizi di salute mentale integrati, inclusivi e radicati nel territorio, realizzati con il progetto; n. protocolli operativi/linee guida elaborate per garantire la qualità dei luoghi di cura e l'attraversabilità dei servizi; n. dei gruppi di lavoro istituiti, compreso il lavoro in rete; n. di corsi di formazione effettuati per ciascuna tipologia di operatori; tasso di riduzione del numero di contenzioni meccaniche rispetto all'anno precedente";

**VISTA** la nota dell'Ufficio di gabinetto del Ministro della salute, acquisita al prot. DAR n. 10262 del 22 giugno 2021, con la quale è stata trasmessa la documentazione ai fini del perfezionamento dell'accordo in oggetto;

**VISTA** la nota prot. DAR n. 11042 del 6 luglio 2021, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha diramato la suddetta documentazione e convocato una riunione tecnica per il 15 luglio 2021;

**VISTI** gli esiti della predetta riunione tecnica, nel corso della quale sono state discusse proposte emendative, presentate dalle Regioni;

**VISTA** la comunicazione acquisita al prot. DAR n. 12624 del 27 luglio 2021, diramata con nota prot. DAR n. 12868 del 29 luglio, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha trasmesso le osservazioni relative al tema in oggetto, già esposte in sede tecnica, con la richiesta di "(...) approfondire il tema attraverso la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro composto da Ministero della salute, Regioni e Province autonome (...) nonché di attivare un osservatorio nazionale con il coinvolgimento, tra gli altri, del Garante delle persone private della libertà personale";

**VISTA** la nota del 29 ottobre 2021, diramata con nota prot. DAR n. 19642 del 24 novembre 2021, con la quale il Ministero della salute ha richiesto la nomina di due rappresentanti delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, ai fini della costituzione del Gruppo di lavoro presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria del medesimo Ministero;



*Presidenza del Consiglio dei ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

**VISTA** la nota del 16 settembre 2022, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 15049, con la quale il Capo di gabinetto del Ministro della salute ha inviato una nuova versione della documentazione, rielaborata dal sopracitato Gruppo di lavoro, diramata con nota prot. DAR n. 15129 del 19 settembre 2022 dall'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza con richiesta di ricevere riscontro tecnico dal Ministero dell'economia e delle finanze e dalle regioni;

**VISTA** la nota del 6 ottobre 2022, prot. DAR n. 16312, con la quale il Capo di gabinetto del Ministro dell'economia e delle finanze, acquisito il parere del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ha comunicato di non avere osservazioni da formulare;

**VISTA** la nota del 10 novembre 2022, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 18129, con la quale l'Ufficio di gabinetto del Ministro della salute, - in riscontro alla nota prot. DAR n. 17466 del 26 ottobre 2022 - ha confermato l'interesse al proseguimento dell'iter istruttorio, tra gli altri provvedimenti ivi indicati, dell'accordo in parola;

**VISTA** la nota dell'8 febbraio 2023, prot. DAR n. 4084, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha chiesto nuovamente al Coordinamento interregionale in sanità di voler fornire il proprio riscontro tecnico sulla versione della documentazione diramata con la citata nota prot. DAR n. 15129 del 19 settembre 2022;

**VISTA** la comunicazione del 10 febbraio 2023, acquisita al prot. DAR n. 4622 del 13 febbraio 2023 - con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha trasmesso un documento predisposto dalla sub Area Salute Mentale della Commissione salute - contenente le osservazioni e le proposte emendative delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano - diramato, in pari data, con nota DAR prot. n. 4656, dall'Ufficio per coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza, con contestuale convocazione di una riunione tecnica per il 9 marzo 2023;

**VISTA** la nota in data 8 marzo 2023, con la quale il Ministero della salute ha inviato una richiesta di rinvio della predetta riunione, per poter condurre approfondimenti tecnici in seno al Gruppo di lavoro, diramata, in pari data, con nota prot. DAR n. 6935 dall'Ufficio per coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza, con contestuale richiesta di ricevere dal Ministero proponente indicazioni in ordine al prosieguo dell'istruttoria;

**VISTA** la nota del 30 maggio 2023, prot. DAR n. 12738, con la quale l'Ufficio per coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha sollecitato il Ministero della salute, al fine di conoscere gli intendimenti circa il prosieguo dell'istruttoria;

**VISTA** la nota del 2 luglio 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 11299, con la quale l'Ufficio di gabinetto del Ministro della salute ha trasmesso la documentazione aggiornata relativa allo schema di accordo in parola, diramata il 3 luglio 2025 con nota prot. DAR n. 11368, con contestuale convocazione di una riunione tecnica per il 16 luglio 2025;

**VISTA** la comunicazione dell'11 luglio 2025, acquisita al prot. DAR n. 12036, e diramata con nota prot. DAR n. 12083 di pari data, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha chiesto di modificare e integrare il



*Presidenza del Consiglio dei ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

documento in oggetto alla luce delle osservazioni effettuate dal Coordinamento interregionale salute mentale e dal Gruppo interregionale salute mentale e contenute nella documentazione allegata;

**VISTI** gli esiti della riunione del 16 luglio 2025, nel corso della quale sono state esaminate e discusse le suddette richieste regionali, in un ampio e proficuo confronto tra le parti;

**VISTA** la comunicazione del 21 luglio 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 12699, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - all'esito della predetta riunione tecnica - ha trasmesso la nota integrativa delle osservazioni al testo già inviate l'11 luglio 2025;

**VISTA** la nota prot. DAR n. 12722 del 21 luglio 2025 con la quale è stata trasmessa la citata comunicazione, con contestuale richiesta al Ministero della salute di voler inviare un nuovo testo del documento che tenesse conto delle sopraindicate note e degli esiti del confronto tecnico;

**VISTA** la nota n. 18822 del 29 luglio 2025, acquisita il 30 luglio 2025, al prot. DAR n. 13454, con la quale l'Ufficio di gabinetto del Ministro della salute ha inviato la nuova versione dello schema di accordo corredato del documento "Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale" e recante, tra le altre, le seguenti premesse:

- "RITENUTO necessario formulare raccomandazioni operative che impegnino tutti i soggetti e tutti i livelli istituzionali nella prevenzione della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale, con l'obiettivo di promuoverne, il progressivo superamento";
- "TENUTO CONTO che, su proposta della Commissione Salute, acquisite le designazioni è stato istituito, con nota DGPREV n. 18454 del 22 marzo 2022, uno specifico gruppo di lavoro composto da Ministero della salute, Regioni e Province autonome";
- "CONSIDERATO il lavoro di revisione del documento condotto dal sopracitato gruppo di lavoro presso il Ministero della salute che ha previsto la collaborazione di ulteriori referenti esperti;
- TENUTO CONTO delle raccomandazioni del Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti (CPT) del Consiglio d'Europa espresse nel report di sintesi relativo alla visita svolta dal CPT del Consiglio d'Europa in Italia nel marzo 2022;
- TENUTO CONTO delle indicazioni diffuse nel report "Mental health, human rights and legislation: guidance and practice" promosso dalla World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights) 2023;
- TENUTO CONTO del DM 27 aprile 2023 di istituzione del Tavolo tecnico per la Salute mentale per il miglioramento della qualità dei percorsi di prevenzione, trattamento e riabilitazione a favore delle persone con disagio psichico, in tutte le fasce di età, e i loro familiari, attraverso una verifica della loro appropriatezza e congruenza, in collaborazione con le istituzioni, gli enti preposti, le società scientifiche, le agenzie regolatrici, le associazioni dei familiari, del volontariato e del terzo settore;"
- "VISTA la nota DGPRE n. 12593 con la quale la ex Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute il 29 aprile 2024 ha trasmesso il nuovo testo con la documentazione relativa allo schema di intesa sul documento "Linee di indirizzo per il superamento della



## *Presidenza del Consiglio dei ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

- contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale” chiedendo di conoscere le valutazioni relative al prosieguo dell’iter del documento presso la Conferenza Stato Regioni;
- CONSIDERATO che il documento in oggetto in data 11 giugno 2024 è stato sottoposto alla valutazione del Tavolo tecnico per la Salute Mentale;
  - CONSIDERATA la mail con la quale il 20 dicembre 2024 l’Ufficio di Gabinetto, inviava alla ex Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria il documento finale licenziato il 19 dicembre dal Tavolo tecnico per la Salute Mentale;
  - VISTA la nota prot. 15048 del 6 marzo 2025 con la quale la ex Direzione Generale delle Professioni Sanitarie ha segnalato di non aver osservazioni circa la documentazione analizzata;
  - VISTA la nota prot. 8436 del 18 aprile 2025 con la quale la ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha trasmesso il documento revisionato e integrato, risultato di un’ampia collaborazione e condivisione con la ex DGPREV;
  - VISTA la nota prot. 11247 del 24 aprile 2025 con la quale la ex Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria trasmetteva all’Ufficio di Gabinetto il documento revisionato ed integrato nonché i pareri della ex DGPROF e della ex DGPROGS;
  - VISTO l’incontro tenutosi il 5 maggio 2025 tra la ex DGPREV, il Capo del Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell’ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali e i coordinatori del Tavolo tecnico per la salute mentale;
  - VISTA la nota prot. 10252 con la quale il 22 maggio 2025 l’Ufficio di Gabinetto del Ministero della Salute, in esito alle attività avviate sul tema, ha trasmesso un nuovo testo delle Linee di indirizzo per il superamento della contenzione nei luoghi di cura della salute, così come licenziato dal Coordinatore del Tavolo chiedendo le opportune valutazioni conclusive e i successivi adempimenti;
  - VISTO il parere favorevole inviato dalla Direzione Generale dei Corretti stili di vita e dell’ecosistema con nota prot. 0000218-16/06/2025 DGCSV-MDS-P”;

**VISTA** la nota prot. DAR n. 13695 del 31 luglio 2025, con la quale la suddetta versione di cui alla sopra citata nota n. 18822 del 29 luglio 2025 è stata diramata dall’Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza, con richiesta alle regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano e al Ministero dell’economia e delle finanze di fornire il proprio riscontro;

**VISTA** la comunicazione dell’11 settembre 2025, acquisita in pari data al prot. DAR n. 15781, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, acquisito il parere favorevole del Coordinamento tecnico dell’Area Assistenza Territoriale, ha comunicato l’assenso sulla documentazione diramata con la citata nota n. 13695 del 31 luglio 2025;

**VISTA** la nota prot. DAR n. 15805 del 12 settembre 2025, con la quale l’Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha chiesto nuovamente al Ministero dell’economia e delle finanze di voler fornire il proprio riscontro sull’ultima sopracitata versione diramata;

**VISTA** la nota acquisita al prot. DAR n. 17512 del 9 ottobre 2025, con la quale il Capo di gabinetto del Ministro dell’economia e delle finanze, acquisito il parere del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ha rappresentato di non avere osservazioni da formulare ai fini del prosieguo dell’iter in parola;



## *Presidenza del Consiglio dei ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

**CONSIDERATO** che, nel corso della seduta del 23 ottobre 2025 di questa Conferenza, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'accordo;

**ACQUISITO**, quindi, l'assenso del Governo, delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

### **SANCISCE ACCORDO**

ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale" nei termini sottoindicati:

#### Art. 1

1. È approvato il documento recante "Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale", di cui all'Allegato 1, che costituisce parte integrante del presente atto.
2. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire il presente accordo entro 12 mesi dalla data di approvazione, inserendo e contestualizzando i relativi contenuti, volti alla qualificazione dei percorsi di cure mediante il superamento della contenzione.
3. Il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni e le Province autonome, si impegna ad attivare un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato nel documento, finalizzato all'analisi dei progressi compiuti in merito all'adozione e all'implementazione delle indicazioni riportate nel documento e alle eventuali criticità riscontrate da parte di Regioni e Province Autonome, nella finalità generale del pieno riconoscimento dei diritti e della dignità della persona in cura.
4. Dall'attuazione del presente accordo non derivano nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il Segretario  
Cons. Paola D'Avena

Il Presidente  
Ministro Roberto Calderoli



Firmato digitalmente da  
D'AVENA PAOLA  
C=IT  
O= PRESIDENZA CONSIGLIO DEI  
MINISTRI



Firmato digitalmente da  
CALDEROLI ROBERTO  
C=IT  
O= PRESIDENZA CONSIGLIO DEI  
MINISTRI

# **Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale**

- 1. Premessa**
- 2. Introduzione**
- 3. Aspetti etico giuridici: le implicazioni nella pratica clinica**
- 4. La contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale**
  - 4.1. Stato dell'arte*
- 5. Buone pratiche per la prevenzione della contenzione meccanica**
  - 5.1 Interventi su aspetti clinico assistenziali, relazione di cura, organizzazione e ambiente*
  - 5.2 Interventi per la gestione dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività*
  - 5.3 Le specificità dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza*
  - 5.4 L'integrazione e il coordinamento con altre aree*
- 6. Indicazioni per il progressivo superamento della contenzione**
  - Indicazione 1. Promuovere il rispetto dei diritti e della dignità delle persone*
  - Indicazione 2. Consolidare le iniziative per rilevare e monitorare le contenzioni*
  - Indicazione 3. Rafforzare le attività di formazione specifica a tutto il personale*
  - Indicazione 4. Rafforzare i percorsi di presa in carico territoriale e il lavoro in rete*
  - Indicazione 5. Migliorare la qualità dei luoghi di cura e l'accessibilità dei servizi*
- 7. Monitoraggio dell'attuazione delle indicazioni**

**Allegato 1. Modello di registro regionale della contenzione meccanica**

**Allegato 2. Principali riferimenti etico – giuridici**

## 1. Premessa

Le presenti linee di indirizzo si propongono come uno sviluppo del documento “Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione” emanato nel 2010 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome<sup>1</sup> e rappresentano uno strumento utile a rispondere alle sollecitazioni da parte delle agenzie internazionali<sup>2</sup> per la tutela della salute e dei diritti dell’uomo anche sulla base dell’evoluzione del dibattito istituzionale sul tema avvenuto nel corso degli anni.

Nell’aprile 2015 il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel parere “la Contenzione: problemi bioetici” affermava: “*Sul piano giuridico, poiché vengono in rilievo i diritti fondamentali della persona, si sottolineano i limiti rigorosi della giustificazione per la contenzione. Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l’extrema ratio e si deve ritenere che – anche nell’ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrevi. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga “giustificata”, la presenza di un pericolo grave ed attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe condotte penalmente rilevanti.*” Per queste ragioni, il CNB ribadiva l’orizzonte bioetico del superamento della contenzione, nell’ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della persona come tale, nella pienezza dei suoi diritti (prima ancora che come malato e malata). Il rispetto dell’autonomia e della dignità della persona è anche il presupposto per un intervento terapeutico efficace.

Nel novembre 2023 la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo (CEDU)<sup>3</sup> nel condannare l’Italia per la violazione dell’art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell’uomo relativamente ad un caso di applicazione di misure di contenzione meccanica in un reparto ospedaliero psichiatrico, *ha ribadito che l’articolo 54 del codice penale italiano (Stato di necessità)<sup>4</sup> prevede la scriminante della necessità, che può giustificare l’uso della contenzione meccanica soltanto in casi eccezionali in cui sussiste il rischio oggettivo di un grave imminente danno per il paziente o per altri.*

Nel testo viene inoltre ripreso quanto indicato nella sentenza della Corte di cassazione 5 del giugno 2018 nella quale già si chiariva che *la contenzione meccanica non può essere considerata un atto medico e si segnalava che la sua unica funzione accettabile è quella di salvaguardare l’integrità fisica dei pazienti, o di coloro che entrano in contatto con loro, in una situazione di pericolo grave chiara ed attuale, non evitabile in altro modo, sulla base di fatti accertati oggettivamente ed indicati in modo preciso e dettagliato nella documentazione sanitaria, nonché praticabile per il tempo strettamente necessario e con la più stretta sorveglianza possibile del paziente<sup>5</sup>.*

Il documento intende, perciò, rappresentare una cornice di carattere generale accompagnata da indicazioni specifiche per favorire il percorso di progressivo superamento della contenzione nei luoghi di cura della salute mentale. Tuttavia si precisa che il presente documento è stato sviluppato con l’obiettivo specifico di monitorare e implementare le indicazioni nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), nei reparti ospedalieri di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza

---

<sup>1</sup> Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 2010 <http://www.regioni.it/conferenze/2010/08/02/29072010-doc-approvato-psichiatria-contenzione-fisica-una-strategia-per-la-prevenzione-104535/>

<sup>2</sup> Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights); 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

<sup>3</sup> Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo del 7 novembre 2024 - Ricorso n. 8436/21 - Causa Lavorgna c. Italia [https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_20\\_1.page?contentId=SDU1439934-](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_20_1.page?contentId=SDU1439934-)

<sup>4</sup> Art. 4 C.P. Non e' punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessita' di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo [...]

<sup>5</sup> Sentenza della Corte di cassazione, Quinta Sezione penale, n. 50497 del 20 giugno 2018 (“Mastrogiovanni”)

(NPIA) e nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) che rappresentano quindi l'ambito di applicazione del presente documento.

Le Regioni e le Province autonome sono tenute a recepire le indicazioni ivi contenute, entro dodici mesi dall'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni, e ad attuarle in continuità con quanto già previsto dal Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM)<sup>6</sup>.

Occorre ricordare inoltre che, la pandemia da SARS-Cov-2 abbia fatto emergere alcune criticità del sistema sanitario italiano, compresa l'area della salute mentale, evidenziando la necessità di rilanciare e rafforzare un sistema di servizi socio sanitari territoriali integrati, inclusivo, basato sui diritti, partecipato e libero da pratiche coercitive. Ha inoltre evidenziato la necessità di introdurre nell'ambito delle emergenze sanitarie attenzioni mirate ai bisogni specifici delle persone con sofferenza mentale o con disabilità, indispensabili per poter tutelare adeguatamente la loro salute psico-fisica.

In tal senso, il documento è volto al miglioramento della qualità dell'assistenza nei luoghi di cura della salute mentale promuovendo strategie di prevenzione della contenzione meccanica, da attuare all'interno di una più ampia *“prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura”* e ponendo tra i principali elementi fondativi la consapevolezza che *“la prevenzione dei comportamenti violenti è una condizione per rendere efficace la cura”* e che *“la contenzione è un atto anti terapeutico che rende cioè più difficile la cura piuttosto che facilitarla.”*<sup>7</sup>

Le presenti linee di indirizzo saranno oggetto di periodiche revisioni e aggiornamenti in coerenza con l'evoluzione normativa e scientifica in materia.

---

<sup>6</sup> Il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) - Accordo Conferenza unificata n.4 del 24 gennaio 2013.

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?id=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni>

<sup>7</sup> Conferenza Regioni e delle Province autonome 2017 *“Documento da rappresentare alla commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani 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”* <http://www.regioni.it/conferenze/data-20171206/>

## 2. Introduzione

Il termine contenzione è caratterizzato da numerose e differenti definizioni in letteratura scientifica e nei riferimenti etico giuridici nazionali ed internazionali<sup>8</sup>. Ai fini della presente trattazione, per “contenzione” si intende la pratica volta a limitare o impedire il movimento volontario di una persona assistita, allo scopo dichiarato di evitare che procuri danno a sé o ad altri.

Per “contenzione meccanica”, indicata in letteratura come *physical or mechanical restraint*, si intende quella procedura che impedisce il movimento volontario di tutto o di una parte del corpo di una persona e/o il normale accesso al proprio corpo, mediante l'uso di strumenti, materiali o attrezzature attaccate o adiacenti al corpo e che la persona non può controllare o rimuovere facilmente<sup>9</sup>.

In letteratura si fa inoltre riferimento alla “contenzione ambientale”, indicata con il termine *seclusion*, definita come l'azione di isolare un individuo lontano dagli altri, limitando fisicamente la sua capacità di lasciare uno spazio definito<sup>10</sup>.

Più complesso e dibattuto in letteratura è, invece, il concetto di “contenzione farmacologica”<sup>11,12</sup> indicata col termine *chemical restrain*, con cui ci si riferisce all'utilizzo di farmaci al fine di controllare i movimenti e/o il comportamento di una persona che per tipologia o dosaggio non rientrano nel regime terapeutico abitualmente seguito dalla persona, e, comunque, non somministrati nel rispetto della scheda tecnica.

Esula dalla trattazione del presente documento il tema della “tranquillizzazione rapida” intesa come somministrazione in sicurezza di farmaci con proprietà tranquillanti (BDZ, Antipsicotici, stabilizzatori ecc.) che consentono di ridurre l'agitazione psicomotoria del soggetto, tema per il quale si rimanda a specifici approfondimenti basati sulle evidenze.

Il ricorso alla contenzione meccanica in Italia è un fenomeno scarsamente monitorato, ad eccezione di specifici approfondimenti regionali nell'ambito della gestione del rischio clinico sebbene si tratti di un problema che può riguardare numerosi contesti assistenziali sanitari e socio-sanitari, ovvero contesti nei quali l'assistenza è rivolta a persone con stati di agitazione psicomotoria, quale espressione di modificazioni patologiche del sistema nervoso centrale, o con patologia geriatrica, o con stati di intossicazione/astinenza da sostanze, nonché in soggetti con disabilità psico-intellettiva.

Una parte significativa delle contenzioni che vengono effettuate negli SPDC riguarda soggetti con disturbi della condotta in comorbidità psichiatrica oppure riferibili a patologie non psichiatriche impropriamente ricoverate in SPDC (stati di intossicazione/astinenza da sostanze, soggetti con disabilità psico-intellettiva o con patologia geriatrica).

Il presente documento si occupa, dunque, della *contenzione meccanica* (d'ora in poi “contenzione”) negli SPDC, nei reparti ospedalieri di NPIA e nelle REMS, contesti che necessitano di specifica

---

<sup>8</sup> A.A. Negroni, On the concept of restraint in psychiatry, *The European Journal of Psychiatry*, Volume 31, Issue 3, 2017, Pages 99-104, ISSN 0213-6163, <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.05.001>.

<sup>9</sup> Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP; International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Nov;64(11):2307-2310. doi: 10.1111/jgs.14435. Epub 2016 Sep 19. PMID: 27640335.

<sup>10</sup> Gleerup CS, Østergaard SD, Hjulær RS. Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry – a systematic review. *Acta Neuropsychiatr*. 2019;31:237–45. doi: 10.1017/neu.2019.22.

<sup>11</sup> Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639. PMID: 33807413; PMCID: PMC8037562.

<sup>12</sup> Hupé, C., C. Larue, and D. Contandriopoulos. 2024. “Defining Chemical Restraint: A Preliminary Step Towards Measurement and Quality Assessment.” *Aggression and Violent Behavior* 26: 101926.

attenzione anche perchè ancora oggi caratterizzati da pregiudizi nei confronti della malattia mentale e resistenze all'utilizzo dei servizi.

L'auspicio è che le indicazioni proposte possano costituire uno strumento utile per lo sviluppo di strategie di prevenzione e contrasto della contenzione meccanica in tutti i contesti assistenziali, con l'obiettivo di promuoverne il progressivo superamento.

### **3. Aspetti etico giuridici: le implicazioni nella pratica clinica**

Le forme di regolamentazione relative all'utilizzo della contenzione in ambito sanitario variano notevolmente nei diversi paesi europei e nello specifico, in Italia, la contenzione non è disciplinata espressamente dalla legge. Si tratta però di materia a cui si applicano, anche se con difficoltà interpretative, le norme generali della Costituzione, i codici civili e penali, la legislazione sanitaria in tema di tutela della salute e consenso alle cure, nonché gli atti della cosiddetta "soft law", quali codici etici, deontologici, raccomandazioni e protocolli sia a livello nazionale che internazionale.

I principali riferimenti etico giuridici sono stati evidenziati e sintetizzati nell'Allegato 2 "Principali riferimenti etico – giuridici).

In riferimento alle implicazioni nella pratica clinica, lo sforzo di garantire la sicurezza nei processi di cura e la salvaguardia della sfera psichica, fisica e giuridica dei pazienti assistiti e di terzi può rendere particolarmente complesso il quotidiano operare dei professionisti.

In linea generale, alla luce della suddetta normativa e giurisprudenza, si può affermare che, ad oggi, non esiste una legge o una norma specifica che possa rendere lecita la pratica della contenzione meccanica e che essa non costituisca in alcun modo una pratica di carattere sanitario, non avendo finalità di carattere terapeutico.

Ciò detto, il suo utilizzo può essere disposto come intervento assolutamente eccezionale, a cui ricorrere come *extrema ratio*, in presenza di situazioni di eccezionale gravità e nelle quali sussista un pericolo grave ed attuale di condotte autolesive e/o eterolesive non altrimenti evitabile o gestibile.

Si sottolinea inoltre che, anche nelle suddette condizioni di concreto e grave rischio per la persona, è necessario procedere con la costante rivalutazione della opportunità di ricorrere alla contenzione e attuare ogni provvedimento alternativo alla misura contenitiva.

Il ricorso alla contenzione, comunque, deve essere assolutamente limitato al tempo strettamente necessario, effettuata con mezzi idonei, proporzionali alle circostanze, da personale debitamente formato, con continua e stretta sorveglianza dell'assistito, garantendo informazione alla persona assistita e annotando in cartella clinica ogni dato necessario al monitoraggio della contenzione (vedi es. Allegato 1 Scheda di monitoraggio).

Per tale ragione, è necessario che nella documentazione sanitaria siano chiaramente riportati:

- valutazione del rischio
- motivazioni che hanno indotto ad intervenire con la contenzione e firma del medico
- alternative messe in atto prima di procedere agli interventi di contenzione
- procedure seguite per la contenzione
- orario di inizio e di fine della contenzione
- assistenza da parte del personale sanitario con orari e firma dell'operatore
- rivalutazione: orari, modalità e firma del medico
- modalità di informazione del paziente e del familiare o caregiver
- eventuali esiti negativi

Ogni “episodio di contenzione” deve essere identificato all’interno di una data e orario di inizio ed una data ed orario di fine.

Ad episodio di contenzione in atto, qualunque intervento che interrompa a vario titolo, l’utilizzo dei dispositivi di restrizione meccanica, anche per brevissimi periodi (si cita, ad esempio, la scontenzione per raggiungere i servizi igienici, per alimentarsi, per igiene personale), deve essere considerato quale interruzione dell’episodio stesso; va pertanto registrata la data e l’orario di fine.

E’ opportuno, inoltre che, qualora si verificano eventi sentinella, eventi avversi o near miss correlati ad episodi di contenzione, siano previsti opportuni approfondimenti nell’ambito della gestione del rischio clinico. Altrettanto auspicabile è la programmazione di indagini proattive per individuare eventuali elementi di criticità a vario livello (ambientali, organizzative,etc) così da prevenire il ricorso alla contenzione attraverso la riduzione del rischio.

#### **4. La contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale**

I dati attualmente disponibili sul ricorso alla contenzione meccanica sul territorio nazionale sono parziali, non confrontabili e talvolta di difficile rilevazione nella documentazione sanitaria.

Alcune Regioni prevedono un sistema di monitoraggio degli episodi di contenzione con specifici flussi informativi nell’ambito della gestione del rischio clinico o con procedure ad hoc sulla prevenzione della contenzione meccanica nei servizi di salute mentale.

A livello nazionale, le *ricerche* sul ricorso alla contenzione condotte nel 2001 dall’Istituto Mario Negri<sup>13</sup> e nel 2005 dall’Istituto Superiore di Sanità<sup>14</sup> - le ultime disponibili - evidenziano che nell’85% degli SPDC si ricorre alla contenzione e che questa, talora, si accompagna anche ad altre limitazioni della libertà personale.

In merito alle attività poste in essere dalle Regioni e Province Autonome in tema di contenzione, alcune informazioni sono rilevabili dal monitoraggio previsto per il PANSM, in particolare in merito all’obiettivo 9 - “*Trattamenti psichiatrici ospedalieri*”, nel quale è indicata una specifica azione relativa alla “*implementazione delle raccomandazioni nazionali su TSO, contenzione e prevenzione suicidio*”, che prevede tra gli strumenti per valutare la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, l’esistenza di protocolli e sistemi di monitoraggio. Una recente analisi dello stato di attuazione del PANSM è stata presentata all’interno del documento di sintesi prodotto dal Tavolo di lavoro tecnico sulla salute mentale nel maggio 2021,<sup>15</sup> in cui viene valutato, nello specifico, se le azioni previste dal PANSM si sono tradotte in documenti di programmazione (non soltanto delibere ma anche raccomandazioni, indicazioni, linee guida, progetti, a valenza regionale). In particolare, dalla ricognizione condotta dal Gruppo tecnico interregionale salute mentale (GISM), è emerso che il suddetto obiettivo 9 risulta essere stato “attuato” in termini programmatici da 10 Regioni; “parzialmente attuato” o “in corso di attuazione” da 6 Regioni; “assente” in 5 Regioni. Complessivamente, quindi, sembra emergere come negli ultimi anni il problema della contenzione sia stato affrontato, pur con differenti modalità, da un crescente numero di Regioni che hanno messo in atto iniziative di prevenzione, analisi o monitoraggio, oltre che di formazione degli operatori, con l’obiettivo dichiarato di limitarne il ricorso.

---

<sup>13</sup> E. Terzian e G. Tognoni, *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, “Rivista sperimentale di Freniatria: la rivista dei servizi di salute mentale. Allegato al fascicolo 2, 2003”, 2003, vol. 127, suppl. n. 2.

<sup>14</sup> De Girolamo et al., *Prevalence of common mental disorders in Italy, risk factors, health status, and utilization of health services: the ESEMeD-WMH project*, *Epidemiol Psichiatr Soc* Oct-Dec 2005;14(4 Suppl):1-100.

Dell’Acqua et al., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell’indagine nazionale Progres-Acuti*, “Giornale Italiano di Psicopatologia”, 13, 2007

<sup>15</sup> Tavolo tecnico salute mentale - Documento di sintesi, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3084\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf)

## 5. Buone pratiche per la prevenzione della contenzione meccanica

Il tema della prevenzione della contenzione meccanica come messa in atto di interventi alternativi ad essa è affrontato in letteratura con differenti focus a seconda dei contesti assistenziali, dei profili professionali coinvolti nonché della specifica legislazione sanitaria dei Paesi.

In Italia alcune Regioni e Province Autonome hanno proposto approfondimenti sul tema all'interno di documenti specifici, proponendo riflessioni ed indicazioni sulla base sia della letteratura scientifica sia delle raccomandazioni ministeriali nell'ambito della gestione del rischio clinico che prevedono un riferimento al ricorso alla contenzione nell'ambito della prevenzione di comportamenti aggressivi. Si ritiene perciò utile menzionare, in modo sintetico, gli elementi principali tratti dai suddetti documenti così che possano costituire un patrimonio comune di buone pratiche.

### 5.1 Interventi su aspetti clinico assistenziali, relazione di cura, organizzazione e ambiente

Le strategie di prevenzione proposte nei vari documenti regionali prevedono, complessivamente, interventi che possono essere distinti schematicamente in quattro aree: clinico assistenziale, relazione di cura, organizzazione e ambiente.

Per quanto riguarda l'**ambito clinico assistenziale** si rileva l'importanza, ai fini della pianificazione di interventi assistenziali individualizzati, di una approfondita valutazione multidimensionale preliminare che tenga conto delle caratteristiche clinico-assistenziali del paziente e che sia completa dalla valutazione del rischio di comportamento aggressivo, della presenza di fattori predisponenti e/o precipitanti l'uso della contenzione che possono presentarsi singolarmente o combinati tra loro, nonché della terapia farmacologica, attraverso ricognizione e riconciliazione farmacologica, come suggerito dalla specifica Raccomandazione ministeriale.

Altrettanto importante è l'intervento sulla pratica clinica in termini di approccio clinico assistenziale e relazionale, a partire da una fase di accoglienza nel luogo di ricovero che preveda la valutazione dei bisogni fondamentali della persona e, ove possibile, il coinvolgimento del paziente e dei familiari/caregiver nella formulazione di piani di trattamento/gestione della crisi/dimissione/trasferimento. Nel corso della degenza è opportuno valutare, ove possibile, la rimozione di trattamenti o dispositivi che risultino particolarmente fastidiosi (es. favorire assunzione terapie orali vs endovena o tramite SNG) o, in alternativa, implementare le misure per ridurre l'interferenza di tali presidi (es. ancoraggio appropriato e sicuro dei device). Tra i vari interventi, vengono suggerite, inoltre, la valutazione di eventuali alterazioni del ciclo sonno veglia e l'adeguata gestione del dolore per contribuire a prevenire o ridurre l'intensità delle condizioni di agitazione/irritabilità del paziente.

Per quanto riguarda l'ambito relativo alla **relazione di cura**, viene evidenziato come le modalità di interazione e di comunicazione con gli assistiti e tra i colleghi dovrebbero essere volte ad instaurare una relazione terapeutica di fiducia. A tal fine vengono citati e promossi: l'ascolto empatico, lo stile accogliente, l'atteggiamento fermo, assertivo, ma non autoritario, la sospensione del giudizio, la trasparenza e la chiarezza nella comunicazione, con informazioni semplici e chiare, alla presenza, ove necessario, di mediatori culturali; il coinvolgimento del paziente nei programmi di cura (ad esempio come utente esperto) e, ove possibile, dei famigliari (o di eventuali volontari) in supporto al paziente durante la degenza. Vengono ritenuti importanti anche l'accompagnamento e l'*empowerment* da parte del personale, promossi attraverso lo svolgimento periodico di riunioni/momenti di formazione dedicati alla qualità della relazione terapeutica. Viene infine suggerito di dedicare una specifica attenzione al *comfort* delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori.

Per quanto riguarda l'**ambito organizzativo**, viene suggerito di rendere il più possibile condiviso e formalizzato a livello di direzione aziendale e di unità operativa l'impegno al progressivo superamento della contenzione, anche mediante l'istituzione di un gruppo multi professionale all'interno del reparto che, attraverso incontri periodici, si occupi del monitoraggio del fenomeno con l'obiettivo, tra l'altro, di evidenziare criticità e proporre adeguate azioni di miglioramento. Altrettanto rilevante risulta essere la sensibilizzazione di professionisti e operatori dell'assistenza sul rischio potenziale di eventi avversi (anche gravi) che la contenzione può generare e sul rischio di violazione dei diritti fondamentali della persona, qualora non vi sia la reale necessità. A livello di organizzazione delle risorse umane, viene evidenziata l'importanza di garantire gli standard minimi assistenziali previsti dalla attuale normativa prevedendo, ove possibile, la formazione di personale che possa intervenire a supporto dell'organico di base in caso di situazioni critiche. Viene data l'importanza all'aggiornamento periodico delle regole interne del reparto prevedendo, comunque, elementi di flessibilità a favore della personalizzazione dell'assistenza e alla definizione di indicazioni specifiche per situazioni problematiche quali uscite/permessi, gestione del fumo per i tabagisti, possesso e permesso all'uso di determinati oggetti (es. oggetti potenzialmente pericolosi), orari delle visite e del riposo notturno.

Fortemente promossi sono i momenti di confronto e l'audit clinico all'interno dell'equipe assistenziale sia per individuare le strategie più opportune per la presa in carico di pazienti che risultino a rischio di comportamenti aggressivi in base alla valutazione preliminare, sia in seguito al verificarsi di eventi particolarmente critici in cui si è verificato il ricorso alla contenzione, al fine di attivare un processo di miglioramento della qualità, in collaborazione con i referenti dell'unità di gestione del rischio clinico.

Per quanto riguarda l'ambito relativo alle **caratteristiche ambientali**, viene suggerito in generale di prevedere ove possibile, stanze con non più di due posti letto, disponibilità di stanze singole, aree comuni, aree esterne. Nello specifico viene suggerito di mantenere ambienti ordinati, rimuovere oggetti o attrezzature potenzialmente pericolosi, ridurre stimoli ambientali eccessivi o fastidiosi, promuovere strategie per l'orientamento spazio temporale (calendari, orologi, segnaletica), intensificare la sorveglianza in base alle condizioni e ai rischi della persona assistita, rendere disponibili sistemi d'allarme (es: segnali di allarme portatili, pulsanti per chiamata di emergenza) nel caso l'operatore debba segnalare un pericolo.

## ***5.2 Interventi per la gestione dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività***

La gestione delle situazioni di "crisi" di agitazione psicomotoria prevede la conoscenza delle tecniche principali di "de-escalation" intesa come l'insieme di strategie, anche comunicative, da adottare ogni qualvolta una situazione potenzialmente a rischio possa sfuggire al controllo e portare ad agiti auto o etero-aggressivi. Secondo le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la de-escalation consiste nell'uso di tecniche (comprese le abilità di comunicazione verbale e non verbale) volte a disinnescare la rabbia e scongiurare l'aggressività<sup>16</sup>. Non esiste un approccio standard alla de-escalation, ma diversi modelli legati ad alcune teorie base sulla aggressività che mostrano alcuni elementi comuni.

Il modello più comunemente citato nella letteratura internazionale è quello redatto da Maier e Van Rybroek<sup>17</sup> che divide il "ciclo della aggressività" in 5 fasi:

---

<sup>16</sup> NICE Guideline. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. 2015; 10.

<sup>17</sup>Maier, G. J., & Van Rybroek, G. J. (1995). Managing countertransference reactions to aggressive patients. In B. S. Eichelman & A. C. Hartwig (Eds.), Patient violence and the clinician (pp. 73–104). American Psychiatric Association

1. Fase del fattore scatenante, che in un contesto psichiatrico può essere rappresentato da stimoli sgradevoli, disinibizione indotta da sostanze, perdite, provocazioni reali o presunte etc;
2. Fase dell'escalation con comportamenti verbali e comportamentali che mostrano l'incremento del processo;
3. Fase critica caratterizzata dalla massima espressione dell'aggressività e dall'aggressione diretta;
4. Fase del recupero caratterizzata dalla ripresa del contatto con l'ambiente e dalla progressiva riduzione dello stato di eccitazione con un lento ritorno al livello di base;
5. Fase depressiva con spossatezza fisica e mentale.

Il suddetto modello individua inoltre gli approcci prioritari e gli interventi più efficaci da attivare per ciascuno di esse. Si riporta di seguito una scheda che illustra utilmente alcuni esempi di interventi di de-escalation e di gestione della crisi, tratta dal documento *“Indicazioni regionali per la riduzione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza lombardi”*.

### Scheda 2: Interventi di de-escalation e di gestione della crisi

<p>Fase 1 del fattore scatenante (trigger) e fase 2 della crescita dell'aggressività (escalation)          Il ciclo comincia con un primo scostamento psico-emotivo dalla baseline rispetto alla condizione ordinaria.          Comportamenti verbali ed espressivi (mimici e comportamentali), rendono percepibile l'avvio del processo.</p>	<p>Interventi nelle fasi del fattore scatenante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riconoscere e rimuovere il trigger in modo tempestivo, al fine di evitare il rapido progredire della crisi (sia quando il paziente mostra segni di agitazione che quando manifesta chiusura o isolamento); favorire lo spostamento del paziente in ambiente neutro (a minore stimolazione)</li> <li>• avvicinarsi attraverso una comunicazione diretta (uso del nome proprio), specifica (basata sulle rivendicazioni poste in essere, con frasi brevi e termini semplici), positiva (atteggiamento non giudicante e/o controaggressivo, volto a trasmettere disponibilità e a prendere in considerazione in tempi rapidi quanto espresso), trasformando i contenuti di violenza e minaccia in espressioni dialettiche;</li> <li>• lasciare a disposizione del paziente, in presenza di un operatore, oggetti personali normalmente custoditi (es.: tempere, chitarra, computer) per aiutarlo a calmarsi, a condizione che tali oggetti non compromettano la sua sicurezza o la sicurezza di altri;</li> <li>• valutare se modificare le modalità di somministrazione della terapia, per esempio offrendo di anticipare l'orario, proponendo di assumere terapia aggiuntiva al bisogno o decidendo di somministrarla durante i cambi turno nel caso di pazienti potenzialmente reattivi (la presenza di più operatori può, a volte, risultare una strategia utile per gestire meglio la tensione);</li> <li>• prevedere un incremento numerico del personale in turno in caso di necessità (es. presenza di pazienti complessi), attraverso un sistema di reperibilità interna alla UO.</li> </ul>
<p>Fase 3 della crisi (arousal): punto culmine dell'eccitamento          E' una fase di attivazione psicomotoria caratterizzata da cambiamenti fisici, emotivi e psicologici che portano a una situazione di minaccia reale o percepita come tale</p>	<p>Interventi nella fase della crisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuare con chiarezza all'interno dello staff “chi fa che cosa”, in particolare durante le urgenze, al fine di gestire l'aggressione in acuto</li> <li>• focalizzare l'intervento sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze, attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori presenti (le istanze di auto/eteroprotezione devono essere in questa fase prioritarie);</li> <li>• spostare l'interazione con un paziente – quando possibile – in un luogo a bassa stimolazione, con pochi suppellettili e oggetti potenzialmente lesivi;</li> <li>• considerare l'allontanamento dell'operatore se la semplice distanza di sicurezza non ne garantisce l'incolumità.</li> </ul>
<p>Fase 4 del recupero          Graduale ritorno alla linea basale psico-emotiva ma con un livello di arousal ancora elevato e potenzialmente reattivo.</p>	<p>Interventi nella fase del recupero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evitare situazioni che possano re-innescare la sequenza di arousal;</li> <li>• proseguire il monitoraggio attivo e il mantenimento della distanza di sicurezza;</li> <li>• evitare comunicazioni troppo tempestive e inadeguate nei tempi e nei modi, rielaborazioni, giudizi ecc., che potrebbero innescare nuovi triggers</li> </ul>

Fase particolarmente delicata poiché il paziente è ancora molto recettivo verso eventuali nuovi trigger	
Fase 5 della depressione post critica Rapido ritorno alla linea basale psico-emotiva, con deflessione del tono dell'umore, comparsa di sentimenti di colpa, vergogna e rimorso.	Interventi nella fase della depressione post critica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• disporre uno spazio di confronto e riletture della criticità all'interno dell'équipe e con il paziente, sostenendo la revisione degli eventi anche con finalità preventiva;</li> <li>• segnalare l'evento nella documentazione clinica, compilando la scheda relativa alla gravità dell'evento aggressivo e, se indicato, la modulistica relativa agli eventi sentinella.</li> </ul>

### **5.3 Le specificità dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza**

In riferimento alla prevenzione della contenzione dei minori valgono gli stessi principi generali descritti per gli adulti; vi sono tuttavia ulteriori note di attenzione di cui, in base alle buone pratiche ad oggi in essere presso i servizi, è necessario tenere conto:

- i genitori devono essere informati e coinvolti nei percorsi di cura, salvo diversa disposizione dell'Autorità Giudiziaria: anche nei casi più estremi, di limitazione o decadenza della responsabilità genitoriale;
- i momenti di crisi, e in particolare l'agitazione psicomotoria e l'eteroaggressività, possono essere improvvisi, particolarmente violenti ed essere fortemente influenzati, più che dalla psicopatologia di base, dagli elementi ambientali scatenanti e/o dalla presenza di abuso di sostanze, con una maggiore vulnerabilità a corto circuito di agiti e controagiti. Ciò rende particolarmente importante la gestione ambientale e relazionale (de-escalation);
- la formalizzazione di un vero e proprio "piano crisi" condiviso è particolarmente utile nelle persone minorenni. L'aumentata consapevolezza dell'assistito, della famiglia e del contesto consente a tutti di diventare maggiormente competenti nell'individuazione precoce, nella gestione e nell'interruzione della crisi e delle possibili dinamiche di escalation comportamentale;
- la gestione della crisi e del discontrollo comportamentale nelle persone con disabilità intellettiva e/o autismo, minori o in età adulta, è possibile e richiede l'utilizzo di strategie mirate di analisi e modificazione delle catene comportamentali.

### **5.4 L'integrazione e il coordinamento con altre aree**

La prevenzione del ricorso alla contenzione passa necessariamente anche attraverso il rafforzamento della presa in carico multidisciplinare e dell'integrazione tra rete dei servizi ospedalieri e rete dei servizi territoriali. Una risposta coordinata ed integrata tra i servizi e relativi professionisti contribuisce infatti ad una efficace ed efficiente gestione degli assistiti, in particolar modo laddove si appalesino elementi di possibile complessità (comorbidità psichiatrica, disabilità, non autosufficienza, ambito emergenza urgenza, specifici aspetti socioculturali).

All'interno della rete dei servizi ospedalieri risulta particolarmente importante implementare un sistema di collaborazione tra servizi di salute mentale adulti, NPIA, servizi per le dipendenze, servizi che si occupano di disabilità intellettiva, Neurologia, Pronto Soccorso che preveda la formulazione e l'aggiornamento di protocolli/procedure, al fine di orientare a maggiore appropriatezza la sede e la durata dei ricoveri dei pazienti in base alla diagnosi principale, alle comorbidità e a specifici aspetti socioculturali dei pazienti.

Altrettanto importante è la continuità assistenziale che si realizza, ad esempio, prevedendo percorsi di dimissione il più possibile condivisi con l'equipe del servizio territoriale di riferimento, prassi utile anche al fine di ridurre i ricoveri ripetuti e il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori.

Presenza in carico globale e continuità assistenziale, inoltre, sono ugualmente da rafforzare con riguardo al contesto delle strutture residenziali della salute mentale al fine di migliorare l'appropriatezza dei progetti individuali da realizzare al loro interno, riducendo i tempi di permanenza e favorendo il rientro delle persone assistite nel proprio ambiente di vita.

## 6. Indicazioni per il progressivo superamento della contenzione

Le indicazioni di seguito elencate, si rivolgono ai differenti livelli di *governance* dei servizi sanitari e socio sanitari, coinvolgendo tutti gli attori interessati al percorso assistenziale, a partire dalle amministrazioni centrali, le Regioni e Province autonome, le Aziende sanitarie e ospedaliere, negli SPDC, nei reparti ospedalieri di NPIA e nelle REMS e tutti gli operatori della salute mentale, oltreché gli assistiti, i familiari e i *caregiver*.

A tal fine, si ritiene necessario che ogni Regione e Provincia autonoma definisca un proprio modello di intervento al fine di mettere in atto, attraverso passaggi graduali e progressivi, le indicazioni qui fornite, tenendo conto del contesto, dei modelli organizzativi e delle esperienze già presenti sul territorio e avvalendosi di tutte le risorse disponibili.

### Indicazione 1

#### **Promuovere il rispetto dei diritti e della dignità delle persone**

---

Nell'ambito della tutela degli assistiti è fondamentale tener conto del diritto del paziente a ricevere cure appropriate, efficaci, sicure e dignitose, garantendo al contempo il diritto alla sicurezza e al rispetto della dignità degli operatori. Tali principi si possono realizzare all'interno dei luoghi di cura della salute mentale, flessibili, accoglienti, rispettosi, capaci di modularsi sui tempi e sui bisogni e sulla sua specifica situazione del soggetto, favorendo in tal modo lo sviluppo di una relazione terapeutica positiva tra assistito ed operatore. L'accoglienza di una persona in crisi, fortemente sofferente necessita prima di tutto di una valutazione della situazione di rischio ambientale e della condizione clinica della persona. Pertanto è opportuno adottare tutte le strategie atte a rendere la permanenza nel contesto di cura sicura e tutelante sia per la persona in cura sia per gli operatori.

Azioni suggerite:

- a) adozione nei luoghi di cura della salute mentale, di strategie e strumenti adeguati a promuovere pratiche di cura rispettose dei diritti e la dignità delle persone con particolare riguardo al tema delle pratiche limitative delle libertà personali e della prevenzione della violenza sugli operatori sanitari (es. carte dei servizi, materiale informativo, campagne di sensibilizzazione)
- b) adozione nei luoghi di cura della salute mentale, di strategie e strumenti volti a migliorare la disponibilità all'ascolto e l'empatia all'interno della relazione terapeutica e promuovere contesti di cura dignitosi e sicuri per pazienti ed operatori, così da favorire anche una gestione appropriata delle situazioni di crisi e di conseguenza prevenire il ricorso alla contenzione
- c) coinvolgimento di forme associative di assistiti e familiari negli organismi decisionali relativi ai luoghi di cura della salute mentale, laddove possibile.

## Indicazione 2

### Consolidare le iniziative per rilevare e monitorare la contenzione

---

Alla base della corretta gestione della contenzione vi è la conoscenza analitica del fenomeno, in termini di frequenza, durata, destinatari e circostanze e setting assistenziali in cui si attua (SPDC, strutture residenziali extraospedaliere a trattamento intensivo, etc.), eventuali eventi avversi, numero e tipologia degli infortuni degli operatori ad esso correlati. In tale contesto assume particolare rilevanza un monitoraggio a tutti i livelli (unità operativa/servizio, azienda, regione) che includa anche informazioni su trasferimenti tra unità specialistiche/setting assistenziali che abbiano come motivo principale la gestione dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività di un paziente.

E'opportuno, in caso si verificano eventi sentinella, eventi avversi o near miss correlati ad episodi di contenzione, prevedere opportuni approfondimenti nell'ambito della gestione del rischio clinico. Un monitoraggio accurato e periodico è indispensabile anche per poter valutare l'impatto delle iniziative specifiche di prevenzione e di formazione del personale in termini di riduzione dei comportamenti violenti e di episodi di contenzione meccanica. L'analisi delle informazioni raccolte potrà, inoltre, consentire l'avvio di approfondimenti, anche col supporto dei dati già rilevati dal Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), atti a valutare strategie per riorientare i servizi, in termini di organizzazione, al fine di prevenire il ricorso alla contenzione.

Azioni suggerite:

a) predisposizione e utilizzo di un registro delle contenzioni meccaniche nel rispetto della normativa vigente in tema di trattamento dei dati personali e di gestione del rischio clinico.

Il debito informativo relativo agli episodi di contenzione, proveniente dagli SPDC, dai reparti ospedalieri di NPIA e dalle REMS, dovrà, con le opportune garanzie in materia di "privacy", convergere dal livello aziendale a quello regionale.

A supporto della suddetta attività di rilevazione e monitoraggio, si allega al documento un modello di scheda (*allegato 1*) che illustra i contenuti informativi minimi da rilevare per impostare un registro regionale della contenzione meccanica ad uso degli SPDC, dei reparti ospedalieri di NPIA e delle REMS, elaborata sulla base di registri di monitoraggio già utilizzati da molti anni in alcune regioni. Il monitoraggio dovrà essere effettuato tenendo ben distinti gli ambiti diagnostici. Nello specifico, dovrà essere tenuta evidenza separata in caso di patologie psichiatriche, prevalenza di abuso di sostanze e/o alcol, disabilità o demenza (come indicato nella parte "scheda contenuti minimi informativi" dell'allegato "modello di registro regionale della contenzione meccanica"). Si auspica che tale strumento possa essere utilizzato per analoghe azioni di monitoraggio anche in altri contesti assistenziali nei quali può verificarsi l'uso della contenzione.

b) predisposizione di interventi volti ad individuare fattori di rischio per il ricorso alla contenzione e azioni di prevenzione e riduzione del rischio (presenza di un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza degli assistiti e degli operatori, che comprenda anche la prevenzione degli episodi di natura contenitiva con specifica definizione di profili di comorbidità, fattori predisponenti e interventi alternativi, nonché la prevenzione dei comportamenti aggressivi nei confronti degli operatori).

### **Indicazione 3**

#### **Rafforzare le attività di formazione specifica a tutto il personale**

---

Il progressivo superamento della contenzione richiede un processo culturale che passa anche da una formazione specifica di operatrici e operatori. A tal fine, possono costituire occasioni preziose di formazione gli incontri e i confronti con gli operatori dei servizi che non ricorrono alla contenzione, i momenti di ascolto delle persone che hanno subito la contenzione e dei loro familiari.

Auspicabile sarebbe, inoltre, una formazione degli operatori (*on the job*), attraverso gruppi di co-visione di casi clinici e di elaborazione dei vissuti emotivi attivati in situazioni di emergenza, finalizzati all'analisi delle risorse strumentali ed emotive utili per ridurre il rischio di ricorrere alla contenzione. Altrettanto importante è la formazione rispetto all'ambito della gestione del rischio clinico con particolare riferimento alle raccomandazioni ministeriali sia quelle dedicate alla prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari sia quelle relative alla prevenzione dei comportamenti suicidari.

Azioni suggerite:

a) realizzazione di percorsi formativi e di aggiornamento per gli operatori con particolare attenzione ai neoassunti, che preveda la trattazione dei seguenti argomenti: aspetti etico giuridici (norme alla base del diritto alla salute, legislazione sull'assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile, Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità etc.), principi della prevenzione della contenzione meccanica con particolare attenzione ai determinanti correlati alla potenziale riduzione del fenomeno (fattori predisponenti, precipitanti, strategie di prevenzione, interventi alternativi, comunicazione, consenso), principi di gestione del rischio clinico.

### **Indicazione 4**

#### **Rafforzare i percorsi di presa in carico territoriale e il lavoro in rete**

---

Il contesto in cui operano i servizi e le modalità con cui gli stessi sono organizzati orientano gli stili operativi e indirizzano le pratiche di cura. Gli aspetti organizzativi dei servizi sono fondamento per il miglioramento della qualità delle cure, anche in termini di tutela della dignità dei diritti delle persone e quindi, nello specifico, per il superamento della contenzione. L'organizzazione dei luoghi di cura della salute mentale, integrati ed inclusivi, necessita di un rafforzamento dei percorsi di presa in carico e della continuità assistenziale con risposte flessibili e rispettose dei diritti fondamentali.

Il lavoro di rete con istituzioni, enti e servizi dedicati all'area dell'emergenza favorisce una presa in carico globale coordinata, con modalità preventivamente condivise, volta a garantire, soprattutto nelle situazioni di grave emergenza, pratiche rispettose della dignità e della sicurezza di assistiti e operatori. Il lavoro di rete con i servizi sociali e con la rete di cooperative ed associazioni attive sui territori contribuisce a favorire risposte condivise, coordinate ed integrate che tengano conto dei determinanti sociali della salute mentale.

Azioni:

a) valutazione approfondita e continuativa da parte di Regioni, PP.AA e Aziende Sanitarie, degli assetti organizzativi dei luoghi di cura della salute mentale con particolare riguardo alla dotazione di personale in funzione sia del carico assistenziale della popolazione di riferimento, sia delle urgenze-emergenze che tali servizi si trovano ad affrontare e comunque nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente e dai Piani di settore (Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000", PANSM, LEA 2017 "Nuova definizione

- dei livelli essenziale di assistenza sanitaria”, altre previsioni normative in accordo con quanto previsto dal PNRR M6 – C1- Riforma Reti di prossimità strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale;
- b) implementazione in tutti gli SPDC, i reparti ospedalieri di NPIA e le REMS di procedure e regolamenti che definiscano le modalità della presa in carico con valutazione iniziale multidisciplinare e multidimensionale e definizione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato condiviso con la persona e il caregiver (ad esempio sostenuto da budget di salute in co-progettazione e gestione con il terzo settore);
  - c) implementazione in tutti i gli SPDC, i reparti ospedalieri di NPIA e le REMS di procedure e regolamenti che definiscano le modalità della continuità assistenziale nelle sue tre dimensioni relative a informazione, gestione e relazione: trasferimento delle informazioni tra equipe dei diversi setting assistenziali, con particolare riguardo alla riconciliazione farmacologica; dimissioni programmate e condivise tra tutti gli attori coinvolti nell’assistenza, anche mediante attivazione delle Centrali Operative Territoriali; affidamento dei pazienti ad operatori di riferimento, psicoeducazione dell’assistito e dei familiari/caregiver.
  - d) definizione a livello regionale e aziendale di protocolli di collaborazione finalizzati all’implementazione di una rete di assistenza e supporto per gli assistiti e i familiari che coinvolga servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, NPIA, rete dell’emergenza urgenza, distretti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, scuola, presidi ospedalieri, servizi sociali dei Comuni, associazioni terzo settore.

In particolare è necessario la definizione di protocolli o istruzioni operative con i Dipartimenti di Emergenza Urgenza al fine migliorare l’appropriatezza dei ricoveri in SPDC. Inoltre sono necessari protocolli con le Forze dell’Ordine al fine di definire le rispettive competenze in caso di disturbi della condotta, sia per quanto riguarda aspetti di gestione dell’ordine pubblico sia per gli aspetti più propriamente sanitari in linea con la normativa vigente e cogente in materia di pubblica sicurezza.

Al riguardo è necessario promuovere iniziative di formazione congiunta sulla specificità dei bisogni nella presa in carico delle persone con problemi severi di salute mentale.

## **Indicazione 5**

### **Migliorare la qualità dei luoghi di cura e l’accessibilità dei servizi**

---

La qualità dei luoghi di cura influenza l’azione stessa della cura. La qualità degli ambienti, infatti, contribuisce anche indirettamente al benessere psicofisico delle persone accolte e degli operatori, ai quali possono essere riconosciuti ruolo e attenzione. E anche da favorire il coinvolgimento della cittadinanza e delle associazioni nonché la partecipazione attiva delle organizzazioni del terzo settore, in particolare della cooperazione sociale. Inoltre, luoghi di cura della salute mentale qualificati sotto il profilo dell’accoglienza e del comfort degli spazi, più vicini ai “contesti di vita ordinaria”, sono rassicuranti e promuovono atteggiamenti rispettosi e non violenti da parte di assistiti e operatori, favorendo così anche la riduzione dello stigma. Garantire l’accesso ai servizi a soggetti esterni quali volontari, familiari e cittadini, nel rispetto della tutela della “*privacy*” degli assistiti, sia per le visite alle persone in cura sia per specifiche attività, qualifica il clima del servizio, migliora le relazioni e gli scambi, contrasta l’isolamento e contribuisce a prevenire i comportamenti a valenza aggressiva di tutti gli attori coinvolti nell’assistenza.

#### **Azioni suggerite**

- a) valutazione delle condizioni e delle possibili azioni di adeguamento strutturale degli SPDC, dei reparti ospedalieri di NPIA e delle REMS al fine di renderli tali da garantire lo svolgimento delle attività sanitarie, riabilitative, ricreative, di socializzazione, nella contemporanea garanzia di sicurezza, decoreo, riservatezza e comfort. A tal fine, è da promuovere una collaborazione tra i

responsabili dei servizi e i competenti uffici tecnici aziendali, anche nell'ottica di accedere a tutte le risorse economiche disponibili destinate all'adeguamento dell'edilizia sanitaria e socio-sanitaria pubblica;

b) rivalutazione e eventuale aggiornamento dei criteri di accreditamento regionale di SPDC, reparti ospedalieri di NPIA e REMS al fine di promuovere un miglioramento costante della qualità dei contesti assistenziali in termini di:

- comfort ambientale (es. dimensioni e arredi delle stanze adeguate a garantire un ambiente gradevole, familiare e confortevole, disponibilità di stanze singole, aree comuni, aree verdi e/o spazi esterni fruibili e accessibili di dimensioni adeguate al numero di ospiti e attrezzate in modo da garantire la permanenza e lo svolgimento di attività all'aperto;

- accessibilità (es. flessibilità negli orari delle visite, coinvolgimento e partecipazione di associazioni di pazienti e famigliari)

- umanizzazione delle cure: modalità organizzative orientate al riconoscimento e al rispetto dei bisogni e delle differenze di ciascun utente, basate su ascolto, accoglienza, coinvolgimento, confronto, considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e alle particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche.

## **7. Monitoraggio dell'attuazione delle indicazioni**

Il monitoraggio dell'attuazione delle presenti indicazioni sarà effettuato dal Ministero della salute, di concerto con le Regioni e le Province autonome. Tale monitoraggio si effettuerà tramite la trasmissione di una relazione da parte di Regioni e Province Autonome che illustri l'adozione e l'implementazione delle cinque indicazioni, di seguito riportate, specificandone le attività implementate nell'ambito del processo definito e le eventuali criticità riscontrate:

1. interventi volti a promuovere i diritti e la dignità delle persone;
2. attivazione/consolidamento di un sistema di rilevazione (scheda di monitoraggio, registro regionale) che preveda la presenza almeno dei contenuti informativi minimi previsti dall'allegato 1 nel rispetto della normativa vigente in tema di trattamento dei dati personali;
3. formazione specifica del personale operante presso i servizi (con particolare riferimento ai nuovi assunti; formazione degli operatori (*on the job*), attraverso gruppi di co-visione di casi clinici e di elaborazione dei vissuti emotivi attivati in situazioni di emergenza);
4. procedure/protocolli/regolamenti a supporto della presa in carico territoriale e a supporto del lavoro in rete;
5. interventi volti a migliorare la qualità dei luoghi di cura e l'accessibilità dei servizi.

La relazione da parte di Regioni e Province Autonome riporterà dal punto di vista quantitativo una sintesi dei dati rilevati attraverso la scheda di monitoraggio e inoltre il dato macro (tasso) relativo al numero delle contenzioni in relazione ai ricoveri effettuati in SPDC e in reparti ospedalieri di NPIA.

Il Ministero della salute predisporrà, al ricevimento delle suddette relazioni, un report periodico relativo allo stato dell'arte a livello nazionale del processo e delle attività implementate di progressivo superamento della contenzione meccanica negli SPDC, nei reparti ospedalieri di NPIA e nelle REMS. Al termine di dodici mesi previsti per il recepimento dell'accordo, il monitoraggio avrà cadenza annuale.

## **ALLEGATO 1. Modello di registro regionale della contenzione meccanica**

Come richiamato nella indicazione n.2, al fine di favorire l'attività di monitoraggio degli episodi di contenzione, e con lo scopo di condividere un linguaggio comune e costituire un database interregionale in ottica di benchmarking, si declina di seguito il contenuto informativo minimo del registro regionale per gli episodi di contenzione meccanica, auspicando una sua futura inclusione all'interno degli attuali sistemi informativi della salute mentale. La scheda è corredata dal registro in formato elettronico atto ad essere implementato, con eventuali ed opportuni adattamenti a livello locale. Si rinvia a specifiche definizioni regionali ed aziendali, per la predisposizione di istruzioni in merito alle modalità e relative responsabilità per il corretto utilizzo e conservazione del registro, nel rispetto della normativa vigente in tema di trattamento dei dati personali e di gestione del rischio clinico.

### **Scheda contenuti informativi minimi da rilevare**

- ANNO DELLA RILEVAZIONE
- CODICE STRUTTURA (STRUTTURA OSPEDALIERA nel quale è collocato il SPDC o il reparto di NPIA; REMS)
- CODICE PAZIENTE
- SESSO
- ANNO DI NASCITA
- MINORE DI ETÀ ALL'ATTO DELLA CONTENZIONE
- COMUNE DI RESIDENZA
- DATA INGRESSO
- DATA DIMISSIONE
- DIAGNOSI PRINCIPALE
- DIAGNOSI SECONDARIA
- INTERVENTI ALTERNATIVI MESSI IN ATTO prima del ricorso alla contenzione
- ESITO DEGLI INTERVENTI ALTERNATIVI
- DATA INIZIO CONTENZIONE\*
- ORA INIZIO
- DATA FINE CONTENZIONE
- ORA FINE
- PAZIENTE IN TSO (SI/No)
- INIZIO CONTENZIONE IN PRONTO SOCCORSO
- FATTORI DETERMINANTI LA CONTENZIONE
- SEGNI E SINTOMI DA INTOSSICAZIONE ACUTA, O DA ASTINENZA, DA SOSTANZE PSICOATTIVE AL MOMENTO DEL RICOVERO
- SEGNI E SINTOMI DA INTOSSICAZIONE ACUTA, O DA ASTINENZA, DA SOSTANZE PSICOATTIVE AL MOMENTO DELLA CONTENZIONE
- EVENTUALI ESITI NEGATIVI derivanti dalla contenzione

*\* nota: ogni "episodio di contenzione" è identificato all'interno di una data e orario di inizio ed una data ed orario di fine. Ad episodio di contenzione in atto, qualunque intervento che interrompa a vario titolo, l'utilizzo dei dispositivi di restrizione meccanica, anche per brevissimi periodi (si cita, ad esempio, la scontenzione per raggiungere i servizi igienici, per alimentarsi, per igiene personale), deve essere considerato quale interruzione dell'episodio stesso; va pertanto registrata la data e l'orario di fine.*

## ALLEGATO 2- Principali riferimenti etico – giuridici

<p>Costituzione</p>	<p>Sul piano costituzionale, i riferimenti normativi in tema di contenzione sono riferibili agli articoli che realizzano l'autodeterminazione (art. 2), il diritto all'inviolabilità della libertà personale (art. 13) e il diritto alla salute e alla dignità (art. 32).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ L'art. 2 riconosce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale</li> <li>→ L'art. 13 (che sancisce il principio dell'inviolabilità della libertà personale) prevede, al quarto comma, la punizione di ogni violenza fisica e morale "sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà" e riguarda gli interventi coercitivi;</li> <li>→ L'art. 32 riguarda invece gli interventi obbligatori.</li> </ul> <p>L'art. 13 prevede limiti più stringenti dell'art. 32 in quanto sancisce contemporaneamente una c.d. riserva di legge assoluta ed una c.d. riserva di giurisdizione, prevedendo al 3° comma che sia possibile la coercizione "in casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge". Pertanto non è ammessa alcuna forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge ed è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà.</p> <p>L'art. 32 stabilisce invece una c.d. riserva di legge relativa, per cui "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge", la quale "non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.</p>
<p>Codice penale/ giurisprudenza</p>	<p>→ Art. 54 c.p. «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se o 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».</p> <p>Il richiamo allo stato di necessità, di cui all'art.54 c.p. non implica alcun riconoscimento della contenzione, ma potenzialmente veicola la sua valutazione in termini di illecito.</p> <p>Ne consegue che la massima privazione della libertà che deriva dall'uso della contenzione "può" e "deve" essere disposta dal sanitario (il quale, più degli altri, è per le proprie competenze tecnico-scientifiche a conoscenza dei gravi pregiudizi che l'uso del mezzo contenitivo può provocare alla salute del paziente). (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).</p> <p>Per poter richiamare lo stato di necessità, affinché sussista il pericolo attuale ed imminente di un grave danno alla salute, non è sufficiente che tale pericolo sia meramente probabile o temuto, dovendo essere non altrimenti evitabile sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati solo in via presuntiva. (Cass. Sez. 5 n. 28704 del 14/04/2015)</p> <p>Il medico, quando sussiste il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidarie del paziente, ha non solo il potere, ma anche il dovere di apprestare specifiche cautele (Cass. Sez. IV, 48292-08, Desana e altri, est. Bricchetti). Nella giurisprudenza di legittimi, l'impedimento di atti auto ed etero lesivi del paziente rientra nell'obbligo di cura (Cass. pen., sez. IV, 29 dicembre 2008, n. 48292).</p> <p>E' richiesta un'attenta ponderazione del medico che dovrà spiegare, anche sinteticamente, le ragioni della scelta della contenzione e delle sue modalità di applicazione fornendo tutti gli elementi obiettivi che hanno reso in concreto inevitabile il suo utilizzo (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).</p> <p>Non è assolutamente ammissibile l'applicazione della contenzione in via "precauzionale" sulla base della astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo che l'attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497)</p> <p>Considerato il carattere contingente della contenzione, destinata ad essere rivalutata nei suoi presupposti con il decorso delle ore, l'annotazione in cartella clinica si rende doverosa ad ogni singolo controllo medico e tale obbligo grava su tutti i medici che si sono succeduti nei rispettivi turni di servizio, Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497.</p> <p>In giurisprudenza pertanto sembra prevalere il principio di diritto secondo cui, a differenza dell' "atto medico" che gode di diretta copertura costituzionale in quanto caratterizzato da finalità terapeutica, la contenzione meccanica non ha la dignità di una pratica terapeutica o diagnostica costituendo, invece, un "mero presidio cautelare" il cui utilizzo è lecito solo al ricorrere di situazioni eccezionali di pericolo all'integrità fisica delle persone (paziente e terzi), dev'essere circoscritto al tempo strettamente necessario e dev'essere costantemente soggetto al controllo del personale sanitario di assistenza.</p> <p>Cassazione – V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497. Secondo la Corte di cassazione la contenzione non ha natura di "atto medico", in quanto quest'ultimo ha la finalità di realizzare un "beneficio per la salute, bene tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, che consente di fornire copertura costituzionale all'atto medico".</p> <p>L'uso della contenzione meccanica, sostengono i supremi giudici, concretizza l'utilizzo di un di un "presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente".</p> <p>La contenzione svolge una mera funzione di tipo "cautelare", essendo diretto a salvaguardare l'integrità fisica del paziente, o di coloro che vengono a contatto con quest'ultimo, allorquando ricorra una situazione di concreto pericolo per l'incolumità dei medesimi". La liceità dell'uso dei mezzi contenitivi viene scriminata (giustificata) solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 del codice penale che, per la comprensione del commento, è utile riportare:</p> <p>a) pericolo attuale di un danno grave alla persona;</p>

	<p>b) inevitabilità altrimenti del pericolo; c) proporzionalità del fatto</p> <p>Occorre il riscontro degli elementi obiettivi che devono essere indicati in “modo puntuale e dettagliato”. Inoltre la valutazione dell’attualità del pericolo deve sussistere nel tempo e implica, quindi, un “costante monitoraggio del paziente”, con riscontro in cartella clinica di tale monitoraggio. Contenzione come atto soggetto a prescrizione medica – ancorché sprovvisto di qualunque finalità di carattere terapeutico – da confermarsi di volta in volta al cambio del medico in servizio per la verifica dei requisiti sopra riportati e indicanti lo stato di necessità. La prescrizione deve essere dettagliata, per dare conto dei motivi che hanno portato alla scelta di “prescrivere tale presidio”.</p> <p>Articolo 40: rapporto di causalità Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo &gt;&gt;</p> <p>Art.54 Legittima difesa DPR 230/00 (Regolamento sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà – 30 giugno 2000) (Art. 82 Mezzi di coercizione fisica) La coercizione fisica, consentita solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto, si effettua sotto il controllo sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le medesime finalità presso le istituzioni ospedaliere pubbliche Art. 60 del R.D. 16 agosto 1909, n. 615: Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. Secondo alcune interpretazioni l'articolo 11 della legge 13 maggio 1978, n. 180, nota come "legge Basaglia", si ritiene abbia implicitamente abrogato, per incompatibilità, le disposizioni sopra citate (Corte di Cassazione, V sezione penale, sentenza n. 50497 del 20 giugno 2018, Mastrogiovanni).</p> <p>Per la contenzione attuata in modo inappropriato Art. 571 c.p.: Abuso di mezzi di contenzione Art. 572 c.p.: Maltrattamenti Art. 610 c.p.: Violenza privata Art. 590 c.p.: Lesioni personali colpose Art. 605 c.p.: Sequestro di persona</p>
Legislazione sanitaria	<p>Non esiste una norma dedicata alla contenzione meccanica, tuttavia la Legge 180 del 1978 stabilisce i principi di riferimento in materia di accertamenti e trattamenti volontari ed obbligatori specificando la centralità del consenso anche in presenza di TSO e ribadendo la necessità che avvengano “nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione.</p> <p>La legge 833 del 1978 che istituisce il SSN, a proposito della tutela della salute mentale sottolinea il ruolo preminente del “momento preventivo”.</p> <p>La legge 2019 del 2017 in tema di consenso e disposizioni anticipate di trattamento nell’art. 1 ribadisce, contestualizzandoli in materia sanitaria, i diritti e i principi sanciti dalla Costituzione del rispetto della dignità e della autodeterminazione; specifica inoltre che “è promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l’autonomia decisionale del paziente e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del medico”.</p>
Altre fonti normative (non giuridicamente vincolanti)	<p>Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) definisce la contenzione “una violazione dei diritti fondamentali della persona” il cui superamento deve essere considerato “un tassello fondamentale nell’avanzamento di una cultura della cura in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario”. Il CNB afferma che “il rispetto dell’autonomia e della dignità della persona è il presupposto per un intervento terapeutico efficace”. “Ci sono diversi ordini di motivi per non legare, di natura etica, e insieme di sicurezza, di prevenzione e di buon governo dei servizi: la gestione non violenta e non coercitiva [in SPDC] elimina il clima di paura (per pazienti e per operatori) e riduce lo stigma. E ci sono ragioni terapeutiche, in primis di evitare di compromettere la relazione terapeutica tramite il circolo vizioso che la contenzione fisica innesca: l’agitazione della persona legata si aggrava, richiedendo quindi più alte dosi di farmaci sedativi, col risultato di peggiorare lo stato di confusione del paziente, che a sua volta riduce la comunicazione fra la persona legata e il personale”</p> <p><i>Comitato Nazionale per la Bioetica, La contenzione: problemi etici, 2015, <a href="http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf">http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf</a>.</i></p> <p>La Corte Europea dei Diritti dell’Uomo (CEDU) ha definito recentemente la contenzione come un atto di limitazione della libertà personale che può essere disposto “solo ed esclusivamente come last resort” e il cui utilizzo [...] deve essere commisurato a garanzie adeguate contro qualsiasi abuso, fornire una sufficiente protezione procedurale, essere in grado di dimostrare che i requisiti di necessità e proporzionalità sono stati rispettati e che tutte le altre opzioni ragionevoli non sono riuscite a contenere in modo soddisfacente il rischio di danni al paziente o ad altri. Si deve inoltre dimostrare che la misura coercitiva controversa non è stata prorogata oltre il termine strettamente necessario”. “Infine, i pazienti contenuti devono essere sotto stretta sorveglianza e ogni uso di contenzione deve essere adeguatamente registrato”.</p>

*European Court of Human Rights, Case of Agg. v. Denmark, no. 45439/18, 15 September 2020, §§ 79-85*  
<https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22tabview%22:%22document%22,%22itemid%22:%22001-204602%22>

Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 7 novembre 2024 - Ricorso n. 8436/21 - Causa Lavorgna c. Italia [https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_20\\_1.page?contentId=SDU1439934](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_20_1.page?contentId=SDU1439934) ; Sentenza della Corte di cassazione, Quinta Sezione penale, n. 50497 del 20 giugno 2018 (sentenza "Mastrogiovanni")

estratto - c) La valutazione della Corte; (i) Principi generali

113. Nei confronti delle persone private della libertà, il ricorso alla forza fisica che non è stato reso strettamente necessario dallo stesso condotta sminuisce la dignità umana e costituisce violazione del diritto sancito dall'articolo 3 della Convenzione (ibid., § 97, e Bouyid c. Belgio [GC], n. 23380/09, §§ 100-01, CEDU 2015).
114. Nella sua giurisprudenza la Corte ha riconosciuto la particolare vulnerabilità delle persone affette da malattie mentali e la valutazione volta a stabilire se il trattamento o la pena in questione sia incompatibile con i requisiti dell'articolo 3 deve tenere conto in particolare di tale vulnerabilità (si veda, inter alia, S. c. Croazia (n. 2), sopra citata, § 96, con ulteriori rinvii). Inoltre, la Corte ribadisce che la posizione di inferiorità e di impotenza tipica dei pazienti internati negli ospedali psichiatrici esige una maggiore vigilanza nel riesaminare se la Convenzione sia stata osservata (si veda Aggerholm, sopra citata, § 83).
115. In ordine all'uso di misure di contenzione fisica su pazienti ricoverati in ospedali psichiatrici, gli sviluppi delle norme giuridiche contemporanee sull'isolamento e su altre forme di misure coercitive e non consensuali nei confronti di pazienti con disabilità psicologiche o intellettive negli ospedali e in qualsiasi altro luogo di privazione della libertà esigono che tali misure siano impiegate come extrema ratio, quando la loro applicazione è l'unico mezzo disponibile per impedire un danno immediato o imminente per il paziente o per altri (si veda Aggerholm, sopra citata, § 84). Inoltre, l'uso di tali misure deve essere commisurato ad adeguate garanzie contro qualsiasi abuso, fornire una sufficiente tutela procedurale, ed essere in grado di dimostrare una sufficiente giustificazione che i requisiti di fondamentale necessità e proporzionalità siano stati osservati e che ogni altra opzione ragionevole non sia riuscita a contenere soddisfacentemente il rischio di danno per il paziente o per altri. Deve essere inoltre dimostrato che la misura coercitiva in questione non era stata prolungata oltre il periodo strettamente necessario per tale fine.
116. Infine, i pazienti sottoposti a contenzione devono essere tenuti sotto stretta sorveglianza, e ogni uso della contenzione deve essere correttamente verbalizzato (si veda, tra gli altri precedenti, Bureš, sopra citata, § 101-103).

Il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti (CPT)

Nel marzo 2022, si è svolta una visita da parte CPT del Consiglio d'Europa in Italia, in cui la delegazione ha esaminato il trattamento dei pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici di quattro ospedali civili (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura o SPDC) in due Regioni. Nel report di sintesi conclusivo si legge quanto segue: *"si prende nota degli sforzi compiuti dalle autorità italiane in vista della progressiva riduzione e della possibile abolizione del ricorso alla contenzione meccanica per i pazienti ricoverati negli SPDC. Tuttavia, le conclusioni del CPT indicano che i pazienti affetti da disturbi mentali in grave stato di agitazione venivano frequentemente sottoposti a contenzione meccanica per periodi di tempo che raggiungevano anche i nove giorni senza variazione del loro status giuridico (in termini di avvio di una procedura di trattamento sanitario obbligatorio o TSO). Sebbene la misura di contenzione fisica fosse in linea di principio adeguatamente monitorata e registrata dal personale sanitario degli SPDC, il CPT ha espresso preoccupazione per il quadro giuridico non chiaro che ne regola l'applicazione, nonché l'eccessiva durata e la natura ripetuta".* Il CPT ha quindi raccomandato che le autorità italiane, nell'ambito dei loro sforzi per la progressiva riduzione del ricorso alla contenzione meccanica dei pazienti con disturbo mentale, adottino linee guida obbligatorie uniformi a livello nazionale.

*Council of Europe anti-torture Committee (CPT) 2023, <https://www.coe.int/it/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-cpt-publishes-report-on-its-2022-periodic-visit-to-italy>*

Codici deontologici delle professioni sanitarie

Codice deontologico del medico (2014)

All'Art. 32 prevede che: *"..il medico prescrive ed attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona"* e, all'art. 51, che *"..il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti"*.

Codice deontologico dell'infermiere (2025)

All'art. 38 recita *"Contenzione - L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita"*.

Codice deontologico del fisioterapista (2011) – all’art. 28 recita “La contenzione non è atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e dell’assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e si adopera per il superamento della contenzione, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche contenitive”.

Le Raccomandazioni del ministero della salute

Sono documenti con l’obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l’assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema. In alcune di esse sono presenti elementi che si riferiscono al tema della contenzione e al tema della prevenzione dei comportamenti aggressive o eterolesivi.

<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?id=250&area=qualita&menu=lineeguida>

Raccomandazione n.13 del 2011 “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”. Si evidenzia come “la contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti e dopo che si è adottata ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull’ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione. La contenzione non deve essere utilizzata come alternativa all’osservazione diretta, alla presenza di personale preparato e in numero adeguato alle esigenze assistenziali. La contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante della terapia. La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l’applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/caregiver. L’intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato all’interno della cartella sanitaria”.

Raccomandazione n. 8 del 2007 (in corso di aggiornamento) “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” che si rivolge a tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, SerT, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell’analisi dei rischi effettuata.

Raccomandazione n. 4 del 2008 “Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale” in cui si evidenzia l’opportunità per l’ospedale di disporre di “alcune misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci). A tal riguardo in alcuni paesi sono stati introdotti controlli sistematici per l’individuazione di tutti i possibili oggetti pericolosi in possesso dei pazienti (ad esempio, armi, oggetti taglienti)”.

---

*Linee di indirizzo regionali per la gestione della persona con alterazioni comportamentali nei luoghi di cura della salute mentale e criteri per la registrazione degli atti contenitivi*

---

## SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	2
Contesto regionale .....	3
1. RIFERIMENTI GIURIDICO-MEDICO LEGALI.....	4
Costituzione .....	4
Codice penale e giurisprudenza .....	4
Legislazione sanitaria .....	7
Raccomandazioni ministeriali e Linee di indirizzo approvate in Conferenza Stato-Regioni.....	8
2. LA RELAZIONE CON LA PERSONA AGGRESSIVA/VIOLENTA .....	8
2.1. La valutazione del rischio .....	9
2.1.a. Valutazione variabili ambientali .....	10
2.1.b. Valutazione variabili organizzative/attitudinali/situazionali .....	10
2.1.c. Valutazione variabili cliniche .....	10
2.2. Interventi in contesto di crisi .....	11
2.3. Il ciclo dell'aggressività (Maier e Van Rybroek).....	12
2.4. Sicurezza degli operatori .....	15
3. ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE .....	16
3.1. Fase preparatoria.....	16
3.2. Fase di azione .....	16
3.3. Fase di assistenza e monitoraggio .....	17
3.4. Fase di risoluzione .....	18
3.5. Debriefing e gestione di eventuali eventi traumatici per gli operatori e per i pazienti.....	18
4. REGISTRO DEGLI ATTI CONTENITIVI.....	19
5. GESTIONE DEL MINORE CON ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI .....	19
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ/ATTIVITÀ.....	20
7. BIBLIOGRAFIA (in ordine alfabetico).....	22
Appendice 1 .....	24
Appendice 2.....	27

## INTRODUZIONE

L'articolo 32 della Costituzione stabilisce che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» e che «la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Insieme agli articoli 2 e 13, che tutelano i diritti inviolabili dell'uomo e l'inviolabilità della libertà personale, esso rappresenta il riferimento essenziale per ogni azione clinica e assistenziale.

Il paradigma scientifico-culturale della psichiatria italiana, a partire dalla Legge 180/1978 (nota come *Legge Basaglia*), ha sancito il superamento del modello custodialistico e l'affermazione di una visione della cura centrata sulla persona – a partire dalla sua libertà – e sulla Comunità.

Nell'Aprile 2015 il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel parere *La Contenzione: problemi bioetici* ha affermato: «Sul piano giuridico, poiché vengono in rilievo i diritti fondamentali della persona, si sottolineano i limiti rigorosi della giustificazione per la contenzione. Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio* e si deve ritenere che – anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga "giustificata", la presenza di un pericolo grave ed attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe condotte penalmente rilevanti». Per queste ragioni, il CNB ribadiva l'orizzonte bioetico del superamento della contenzione, nell'ambito di un rinnovato paradigma della cura fondato sul riconoscimento della persona come tale, nella pienezza dei suoi diritti (prima ancora che come malato e malata). Il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona è anche il presupposto per un intervento terapeutico efficace.

Tale orientamento è stato ribadito anche dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU 2020; 2024) e dal Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti (CPT 2023) (vedi appendice 1).

I rapporti pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2021 e nel 2023 promuovono un approccio alla salute mentale basato sul rispetto dei diritti umani e centrato sulla persona.

Il concetto di contenzione presenta una molteplicità di definizioni sia nella letteratura scientifica sia nei documenti etico-giuridici di riferimento, a livello nazionale e internazionale (Negroni, 2017; Hupé 2024;). La contenzione meccanica (*mechanical/physical restraint* nella letteratura internazionale) si riferisce specificamente a quella procedura che limita, in tutto o in parte, la mobilità corporea o l'accesso al proprio corpo attraverso l'impiego di dispositivi, materiali o attrezzature fissate o poste in prossimità del corpo, che la persona non è in grado di rimuovere autonomamente (Bleijlevens et al., 2016).

Negli ultimi anni numerosi gruppi di lavoro e associazioni internazionali si sono occupate di stilare linee guida e raccomandazioni di buona pratica clinica in merito alla tematica delle contenzioni, sottolineando l'importanza della corretta gestione del paziente sottoposto a contenzione (NICE, 2017) Ridley & Leitch, 2019; APA, 2022; De Cuyper et al., 2023, Gov.UK, 2024). Nonostante ciò, emerge un'ampia variabilità tra Paesi in termini di prevalenza di tale pratica, con differenze superiori a cento volte nei tassi e nelle durate delle misure restrittive (Savage et al., 2024). Il Giappone si distingue per l'elevata incidenza e durata della contenzione meccanica, mentre Paesi come Galles, Nuova Zelanda e Stati Uniti registrano i livelli più bassi (Savage et al., 2024). In media circa il 41% dei ricoveri nei Paesi analizzati avviene in modo involontario, ma le differenze tra i sistemi sanitari, le culture cliniche e i quadri normativi locali influiscono fortemente sulla frequenza di tale pratica (Savage et al., 2024).

In Italia, il ricorso alla contenzione meccanica rappresenta un fenomeno di difficile quantificazione e monitoraggio. I dati attualmente disponibili risultano frammentari, non sempre confrontabili tra loro e talvolta difficili da rilevare anche nella documentazione sanitaria (CR 2010; 2017; SIP 2012). Alcune Regioni hanno attivato sistemi di raccolta e monitoraggio degli episodi di contenzione nell'ambito della gestione del rischio clinico, oppure hanno sviluppato procedure specifiche per la prevenzione della contenzione nei servizi di salute mentale.

Le ultime indagini di carattere nazionale hanno evidenziato come circa l'85% dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ricorra, almeno occasionalmente, alla contenzione meccanica (Terzian e Tognoni, 2003; De Girolamo et al., 2006, Dell'Acqua et al. 2007).

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) del 2013, all'obiettivo n. 9, "Trattamenti psichiatrici ospedalieri", prevedeva una specifica azione volta all'"implementazione delle raccomandazioni nazionali su trattamento sanitario obbligatorio (TSO), contenzione e prevenzione del suicidio", tramite protocolli operativi e sistemi strutturati di monitoraggio; azione ribadita anche dal Tavolo tecnico salute mentale, Ministero della Salute, nel 2021. Dalla ricognizione condotta dal Gruppo tecnico interregionale salute mentale (GISM) è emerso che solo dieci Regioni hanno completato l'attuazione delle misure programmatiche previste, mentre sei risultano averle realizzate solo parzialmente o averle in fase di implementazione. In cinque Regioni, invece, non è stato rilevato alcun intervento formalmente riconducibile a tale obiettivo.

Nel complesso, la contenzione meccanica continua a rappresentare una pratica diffusa ma scarsamente documentata, nonostante riguardi diversi contesti assistenziali, sanitari e socio-sanitari, che coinvolgono persone con agitazione psicomotoria, disturbi del comportamento, disabilità psico-intellettuale, patologie geriatriche o condizioni legate a intossicazione o astinenza da sostanze. Una parte significativa degli episodi registrati nei reparti psichiatrici riguarda, infatti, soggetti con disturbi della condotta in comorbidità psichiatrica o persone affette da patologie non psichiatriche impropriamente ricoverate in tali servizi. Si rileva inoltre come vi sia una scarsa e disomogenea attenzione alle procedure di valutazione dei rischi e delle variabili che possano concorrere ad episodi critici di agitazione e ad iniziative che possano promuovere in maniera univoca, strutturata e omogenea una cultura della de-escalation.

### **Contesto regionale**

Nella Regione Marche, con la **DGRM n. 950 del 11/07/2022**, di recepimento dell'Intesa né stata definita una specifica progettualità regionale dedicando particolare attenzione alla **prevenzione delle condotte aggressive** e alla **riduzione dell'uso della contenzione meccanica**.

La progettualità regionale si è concretizzata in un percorso formativo rivolto a 20 professionisti dei DSM della Regione Marche e della SOD Clinica Psichiatrica dell'AOU delle Marche, con l'obiettivo specifico di abilitarli ad essere a loro volta formatori in grado di offrire una formazione a cascata, secondo un modello *top-down*, ai propri colleghi.

In particolare si sono approfondite, con una metodologia teorico-pratica (*role-playing*), tecniche di de-escalation, focalizzandosi su un approccio multidimensionale orientato alla minimizzazione degli eventi aggressivi e alla promozione di un ambiente sicuro e terapeutico. Sono stati forniti strumenti che si pongono come elementi centrali di un'assistenza rispettosa dei diritti della persona, fondata sulla comunicazione empatica, la relazione terapeutica e la gestione efficace del rischio.

Con il Decreto n. 11/SISS del 24 marzo 2025, è stato poi istituito il *Tavolo regionale di coordinamento per la prevenzione e gestione del paziente con alterazioni comportamentali*, con la partecipazione dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, della SOD Clinica Psichiatrica dell'AOU delle Marche e di esperti nei settori della psichiatria forense, della neuropsichiatria infantile e della medicina legale, che ha prodotto il presente documento di sintesi, il quale si propone di offrire un approfondimento di studio coerente con i principi costituzionali, con le più recenti

raccomandazioni nazionali e con la letteratura scientifica, nell'ottica di una promozione di una pratica clinica orientata alla relazione di cura, alla prevenzione e alla tutela della dignità e della libertà della persona assistita. Infatti, l'approccio clinico centrato sulla persona, come ribadito anche di recente dall'OMS, e l'evoluzione normativa, che sarà analiticamente discussa, impongono una non procrastinabile riflessione sui temi della prevenzione e della gestione del paziente con alterazioni comportamentali nei luoghi della salute mentale, promuovendo la *cultura della de-escalation* e sottolineando che il ricorso alla contenzione meccanica, lungi dall'essere una pratica terapeutico-assistenziale con fondamento scientifico, costituisce una misura eccezionale – *extrema ratio*, a salvaguardia dell'incolumità della persona, in situazioni definite.

Il presente lavoro parte da un'analisi dei principali riferimenti giuridico-medico-legali in materia (Capitolo 1). Nel Capitolo 2 approfondisce la relazione con la persona aggressiva o violenta, concentrandosi sulla valutazione del rischio, con particolare attenzione alla prevenzione, e sull'analisi delle principali variabili cliniche, ambientali e situazionali. Saranno inoltre presentate le principali tecniche di *de-escalation* supportate da evidenze scientifiche. Il Capitolo 3 descrive le fasi di attuazione della contenzione meccanica, sottolineando l'emergenzialità e l'eccezionalità della misura, e dettaglia le procedure necessarie per il monitoraggio puntuale della persona. Il Capitolo 4 definisce la procedura di monitoraggio regionale degli atti contenitivi. Infine, il Capitolo 5 analizza in modo sistematico la matrice delle responsabilità e delle attività del personale coinvolto.

## **1. RIFERIMENTI GIURIDICO-MEDICO LEGALI**

### **Costituzione**

Sul piano costituzionale, i riferimenti normativi in tema di protezione della persona tramite limitazione della libertà di movimento sono riferibili agli articoli che realizzano l'autodeterminazione (art. 2), il diritto all'inviolabilità della libertà personale (art. 13) e il diritto alla salute e alla dignità (art. 32).

L'**art. 2** riconosce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale

L'**art. 13** prevede, al quarto comma, la punizione di ogni violenza fisica e morale «sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà» e riguarda gli interventi coercitivi.

L'**art. 32** riguarda invece gli interventi obbligatori.

L'art. 13 prevede limiti più stringenti dell'art. 32 in quanto sancisce contemporaneamente una c.d. riserva di legge assoluta ed una c.d. riserva di giurisdizione, prevedendo al 3° comma che sia possibile la coercizione «in casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge». Pertanto non è ammessa alcuna forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge ed è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà.

L'art. 32 stabilisce invece una c.d. riserva di legge relativa, per cui «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», la quale “non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

### **Codice penale e giurisprudenza**

**Art. 40, Rapporto di causalità**, in particolare il comma 2, per cui: «Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo».

**Art. 50, Consenso dell'avente diritto**: secondo tale norma non è punibile colui che lede o pone in pericolo un diritto altrui con il consenso del suo titolare. Ciò a condizione che la persona possa

liberamente disporre di tale diritto e che il consenso sia liberamente e validamente prestato (ad esempio: un paziente capace di intendere e di volere ma portatore di disabilità motorie potrebbe prestare l'assenso o richiedere in prima persona l'applicazione di spondine o mezzi limitanti al letto o alla sedia a rotelle per tutelarsi da eventuali cadute o agevolarsi nella postura o nei movimenti).

**Art. 52, Difesa legittima:** l'articolo 52 del Codice Penale italiano stabilisce che una persona non è punibile quando commette un fatto previsto dall'ordinamento italiano come reato per difendere un proprio diritto o quello di un'altra persona da un'aggressione ingiusta e attuale. Affinché si parli di legittima difesa, la reazione deve essere necessaria, cioè non deve esistere un modo meno dannoso per evitare il pericolo, e deve essere proporzionata rispetto all'offesa subita.

**Art. 54, Stato di necessità:** ci si deve interrogare, in particolare, se nel novero degli obblighi in capo ai sanitari ex art. 40, co. 2, c.p. (c.d. "posizione di garanzia"), possano essere compresi l'impedimento, mediante il ricorso a pratiche di limitazione della libertà di movimento, di atti auto- ed eterolesivi del paziente.

È opinione condivisa, sia dalla giurisprudenza che in ambito medico-legale, che gli obblighi in argomento comprendano anche il ricorso a pratiche di limitazione della libertà di movimento, osservando come il loro utilizzo s'imponga proprio quando si tratti di evitare condotte lesive auto- o etero dirette della persona assistita.

Un diverso orientamento della dottrina e della giurisprudenza, tuttavia, considerata l'assenza nella nostra legislazione di una normativa specifica in tale fattispecie, ha escluso la possibilità di configurare una simile posizione di garanzia in capo agli operatori psichiatrici, sottolineando come, proprio per i motivi accennati, anche le generali indicazioni desumibili dalla Legge n. 180/1978 deporrebbero in tal senso. Secondo questa interpretazione, la contenzione meccanica sarebbe passibile, in linea di massima, di integrare un fatto penalmente illecito ai sensi degli artt. 605 c.p. (*Sequestro di persona*) e 610 c.p. (*Violenza privata*), ma consentito esclusivamente quando ricorra una causa di giustificazione.

Tuttavia le consolidate esimenti individuate dalla dottrina sono quelle previste, dall'art. 52 c.p. (*Legittima difesa*) o dall'art. 54 c.p. (*Stato di necessità*).

Proprio sotto questo aspetto, si rileva che, ferma restando la necessità di valutare rigorosamente i presupposti ed i limiti di applicabilità di tutte le cause esimenti in questione, la dottrina prevalente ha privilegiato, nel ricorso contenzione meccanica tramite sistemi di protezione, l'applicazione delle esimenti rappresentate dallo stato di necessità e, ove ricorra, quella della legittima difesa.

Il richiamo allo stato di necessità, di cui all'art. 54 c.p. non implica alcun riconoscimento della liceità della pratica coercitiva, ma potenzialmente veicola la sua valutazione in termini di illecito.

Ne consegue che la massima privazione della libertà che deriva dall'uso della contenzione meccanica può e deve essere disposta dal sanitario (il quale, più degli altri, è per le proprie competenze tecnico-scientifiche a conoscenza dei gravi pregiudizi che l'uso di tale pratica può provocare alla salute del paziente). (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).

Per poter richiamare lo stato di necessità, affinché sussista il pericolo attuale ed imminente di un grave danno alla salute, non è sufficiente che tale pericolo sia meramente probabile o temuto, dovendo essere non altrimenti evitabile sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati solo in via presuntiva. (Cass. Sez. 5 n. 28704 del 14/04/2015)

Il medico, quando sussiste il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidarie del paziente, ha non solo il potere, ma anche il dovere di apprestare specifiche cautele (Cass. Sez. IV, 48292-08, Desana e altri, est. Bricchetti). Nella giurisprudenza di legittimità, l'impedimento di atti auto ed etero lesivi del paziente rientra nell'obbligo di cura (Cass. pen., sez. IV, 29 dicembre 2008, n. 48292).

È richiesta un'attenta ponderazione del medico che dovrà spiegare, anche sinteticamente, le ragioni della scelta della contenzione e delle sue modalità di applicazione fornendo tutti gli elementi obiettivi che hanno reso in concreto inevitabile il suo utilizzo (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).

Non è assolutamente ammissibile l'applicazione, in via "precauzionale", della limitazione delle capacità di movimento sulla base della astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo che l'attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497)

Considerato il carattere contingente dell'intervento, destinata ad essere rivalutata nei suoi presupposti con il decorso delle ore, l'annotazione nella documentazione sanitaria si rende doverosa ad ogni singolo controllo medico e tale obbligo grava su tutti i medici che si sono succeduti nei rispettivi turni di servizio, Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497.

In giurisprudenza pertanto sembra prevalere il principio di diritto secondo cui, a differenza dell'«atto medico» che gode di diretta copertura costituzionale in quanto caratterizzato da finalità terapeutica, la contenzione meccanica della libertà di movimento non ha la dignità di una pratica terapeutica o diagnostica costituendo, invece, un "mero presidio cautelare" il cui utilizzo è lecito solo al ricorrere di situazioni eccezionali di pericolo all'integrità fisica delle persone (paziente e terzi), dev'essere circoscritto al tempo strettamente necessario e dev'essere costantemente soggetto al controllo del personale sanitario di assistenza.

Secondo la Corte di Cassazione (V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497) la contenzione non ha natura di «atto medico», in quanto quest'ultimo ha la finalità di realizzare un «beneficio per la salute, bene tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, che consente di fornire copertura costituzionale all'atto medico».

L'uso della contenzione meccanica, sostengono i supremi giudici, concretizza l'utilizzo di un «presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente».

La limitazione della libertà di movimento svolge una mera funzione di tipo "cautelare", essendo diretto a salvaguardare l'integrità fisica del soggetto, o di coloro che vengono a contatto con quest'ultimo, allorquando ricorra una situazione di concreto pericolo per l'incolumità dei medesimi. La liceità dell'uso dei mezzi contenitivi viene scriminata (giustificata) solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 del codice penale che, per la comprensione del commento, è utile riportare:

- a) pericolo attuale di un danno grave alla persona;
- b) inevitabilità altrimenti del pericolo;
- c) proporzionalità del fatto

Occorre il riscontro degli elementi obiettivi che devono essere indicati in «modo puntuale e dettagliato». Inoltre la valutazione dell'attualità del pericolo deve sussistere nel tempo e implica, quindi, un monitoraggio del paziente, con riscontro in cartella clinica.

La recente sentenza della Corte Costituzionale n. 76/2025 ribadisce, in via indiretta, l'eccezionalità del ricorso alla limitazione della libertà di movimento del soggetto contenzione.

Ciò è desumibile dalla dichiarazione da parte della Corte Costituzionale della illegittimità costituzionale dell'articolo 35 della legge n. 833/1978 (Istituzione del SSN) in quanto le disposizioni vigenti, nella parte in cui non prevedono che la persona soggetta a Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), sia informata del provvedimento, ascoltata dal giudice prima della convalida e che il decreto di convalida le venga notificato, violano i principi costituzionali di difesa, contraddittorio e del rispetto della persona.

La suddetta sentenza rafforza, quindi, le garanzie per le persone sottoposte a TSO, rendendo la

procedura più garantista e in linea con i diritti fondamentali della persona sanciti costituzionalmente. La Corte ha riconosciuto che anche in situazioni di alterazione psichica, la persona rimane titolare di diritti fondamentali, tra cui il diritto alla difesa, al contraddittorio e all'autodeterminazione.

Tornando al ricorso alla “contenzione” la mancanza di una specifica normativa nella fattispecie in esame complica l’operatività della stessa ed impone, alla luce di quanto sopra considerato, di procedere alla limitazione della libertà di movimento alla contenzione con estrema prudenza ben motivando ogni sua fase e vigilando affinché tale pratica sia applicata solo eccezionalmente e per il tempo esclusivamente necessario affinché non sussista più lo stato di necessità.

Va sempre considerato, ed a maggior ragione dopo la promulgazione della Legge n. 180/1978 e della recente sentenza della Corte Costituzionale sopra citata, che non deve mai essere accettata una visione della persona paziente portatore di un disturbo mentale e/o di altra infermità quale persona presuntivamente ritenuta pericolosa per sé e/o per gli altri nei cui confronti l’intervento sanitario debba esplicarsi in forme “custodialistiche”.

Conseguentemente il ricorso alle tecniche di limitazione fisica e contenzione meccanica delle capacità di movimento deve rappresentare l’*extrema ratio* e si deve ritenere che possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi.

Non può, quindi, essere sufficiente che l’assistito il paziente versi in uno stato di mera agitazione, ma sarà necessaria, perché l’azione contenitiva la contenzione venga “giustificata”, la presenza di un pericolo grave ed attuale che il soggetto il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Ciò consentirà agli operatori sanitari di invocare, quale esimente del reato penale, “lo stato di necessità” di cui all’art. 54 del c.p. sopra ricordato.

Nel momento in cui tale pericolo venga meno, il trattamento contenitivo dovrà prontamente cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe, quindi, reati come dettagliato in appendice 1.

### **Legislazione sanitaria**

Non esiste una norma dedicata alla c.d. contenzione meccanica, tuttavia la **legge 180 del 1978** stabilisce i principi di riferimento in materia di accertamenti e trattamenti volontari ed obbligatori specificando la centralità del consenso anche in presenza di TSO e ribadendo la necessità che avvengano “nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione”.

La legge 833 del 1978 che istituisce il SSN, a proposito della tutela della salute mentale sottolinea il ruolo preminente del “momento preventivo”.

La **legge 219 del 2017** in tema di consenso e disposizioni anticipate di trattamento nell’art. 1 ribadisce, contestualizzandoli in materia sanitaria, i diritti e i principi sanciti dalla Costituzione del rispetto della dignità e della autodeterminazione; specifica inoltre che è «promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra assistito e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l’autonomia decisionale della persona e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del medico».

La **legge 113 del 2020** introduce *Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni* e l’art. 2 istituisce l’Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, che ha tra i suoi compiti quello di promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti.

## **Raccomandazioni ministeriali e Linee di indirizzo approvate in Conferenza Stato-Regioni**

### **Raccomandazione n. 13 del 2011**

*Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.* Si evidenzia come «la contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti e dopo che si è adottata ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione. La contenzione non deve essere utilizzata come alternativa all'osservazione diretta, alla presenza di personale preparato e in numero adeguato alle esigenze assistenziali. (...). La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l'applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/caregiver. L'intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato all'interno della cartella sanitaria».

### **Raccomandazione n. 8 del 2007**

*Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari,* che si rivolge a tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, SerT, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.

### **Raccomandazione n. 4 del 2008**

*Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale* in cui si evidenzia l'opportunità per l'ospedale di disporre di "alcune misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci).

### **Accordo in Conferenza Stato-Regioni n. 174 del 23/10/2025 sul documento recante *Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale***

Le Linee di indirizzo rappresentano uno strumento utile a rispondere alle sollecitazioni da parte delle agenzie internazionali per la tutela della salute e dei diritti dell'uomo anche sulla base dell'evoluzione del dibattito istituzionale sul tema avvenuto nel corso degli anni e propongono una serie di buone pratiche per la prevenzione della contenzione meccanica, nonché 5 indicazioni per il progressivo superamento della contenzione (1. Promuovere il rispetto dei diritti e della dignità delle persone; 2. Consolidare le iniziative per rilevare e monitorare le contenzioni; 3. Rafforzare le attività di formazione specifica a tutto il personale; 4. Rafforzare i percorsi di presa in carico territoriale e il lavoro in rete; 5. Migliorare la qualità dei luoghi di cura e l'accessibilità dei servizi). Il presente documento riprende e implementa queste Linee di indirizzo.

All'Appendice 1 del presente documento sono disponibili le fonti accennate nel capitolo e un approfondimento su ulteriori fonti in materia.

## **2. LA RELAZIONE CON LA PERSONA AGGRESSIVA/VIOLENTA**

L'aggressività è una poliedrica ed ancestrale dimensione del comportamento umano. Dal punto di vista etimologico, il termine aggressività deriva dal latino *adgredior*, il cui significato non si limita al concetto di "aggredire", "assalire" ma comprende anche le accezioni di "andare verso", o "accostarsi per parlare". La letteratura ne ha indagato le determinanti biologiche, biografiche (dalle prime esperienze di accudimento rispetto alla figura significativa) e socio-ambientali, scandagliando

le valenze pulsionali, soprattutto in chiave psicodinamica e quelle etologiche sottolineandone i connotati adattativi. L'aggressività è la risultante complessa di una disposizione interiore in relazione ad un contesto in cui la persona si trova, mediata da una miriade di elementi: psicologici, biologici, culturali, familiari, sociali.

L'approccio all'aggressività non può che essere multidisciplinare e multidimensionale per attuare delle strategie efficaci per gestirla in contesti specifici quale quello sanitario, sempre tenendo in considerazione la sua valenza relazionale.

Gli operatori della salute devono essere forniti di strumenti culturali ed operativi che permettano di sviluppare un'assistenza rispettosa dei diritti della persona, fondata sulla comunicazione empatica, la relazione terapeutica e la gestione efficace del rischio e competenze in termini di prevenzione primaria (valutare i rischi, predire/prevenire l'evento), secondaria (gestire l'evento) e terziaria (trattare il post-evento).

È importante ricordare in un'ottica di prevenzione e di minimizzazione dell'evento avere la capacità di individuare precocemente i segni dell'escalation dell'aggressività.

Si vogliono dettagliare di seguito in maniera sintetica dei punti qualificanti da tenere in considerazione.

Occorre tenere presente che l'85% delle persone che agiscono in modo aggressivo mostrano modificazioni comportamentali che possono riguardare:

- la postura: espressione facciale tesa, rabbiosa; atteggiamento di isolamento, paura posizionamento del corpo per bloccare le vie di fuga, sguardo fisso o perso nel vuoto, evidenza di aumento dell'*arousal* (respiro, frequenza cardiaca, spasmi, dilatazione pupille);
- la prossimità: prolungato contatto visivo riduzione della distanza;
- il linguaggio: aumento del volume dell'eloquio, minacce verbali, linguaggio offensivo e provocatorio, comunicazione di rabbia o sentimenti violenti o al contrario rifiuto di comunicare;
- la motricità: movimenti non finalizzati, Irrequietezza, tensione motoria, tremori.

## **2.1. La valutazione del rischio**

La gestione delle crisi nei contesti di Salute Mentale richiede competenze professionali avanzate, approcci relazionali efficaci e strategie non coercitive.

È ben noto che un'efficace organizzazione dell'accoglienza, una gestione attenta dell'accessibilità di pazienti e caregiver, dei tempi e dei colloqui, insieme all'ottimizzazione dell'assistenza e dei permessi, contribuiscono a ridurre il rischio di comportamenti aggressivi. Anche strutture adeguate e non sovraffollate rappresentano un fattore protettivo, sebbene non sempre siano disponibili spazi specifici per la gestione dell'aggressività. L'intervento farmacologico mantiene un ruolo importante, ma le evidenze non mostrano relazioni chiare tra farmaci e efficacia nella gestione dei comportamenti violenti. Infine, l'adozione di procedure pianificate prima e durante gli interventi coercitivi migliora la coordinazione del personale e riduce il rischio di errori.

Stante questa premessa, che evidenzia la focalizzazione dell'operatore sull'utente in quanto persona che esprime un bisogno di salute, è fondamentale un approccio multidimensionale orientato alla valutazione del rischio che deve tener conto di diverse variabili:

- Ambientali
- Organizzative
- Attitudinali
- Situazionali
- Cliniche

Da sottolineare l'importanza, quando si parla di valutazione del rischio, che la stessa sia condivisa fra i vari membri dell'equipe.

### **2.1.a. Valutazione variabili ambientali**

Gli operatori devono fare una attenta analisi dell'ambiente in cui operano facendo attenzione ad esempio alla presenza:

- di sistemi d'allarme nelle zone a rischio o di videosorveglianza;
- di aree destinate a pazienti e visitatori atte a minimizzare lo stress;
- di uscite di sicurezza in caso di emergenza;
- di agevoli vie di fuga rispetto all'arredamento delle stanze;

In particolari contesti come la salute mentale è importante che l'ambiente risponda ad alcuni requisiti di sicurezza quali:

- porte di accesso/uscita chiudibili a chiave e/o sorvegliate a vista;
- porte delle stanze, dei bagni e delle docce apribili anche dall'esterno;
- arredo minimale con protezione degli spigoli;
- assenza di oggetti/suppellettili pericolose, contundenti o frangibili;
- farmaci, materiali e apparecchiature conservati in luoghi sicuri non facilmente accessibili.

Anche gli operatori devono porre attenzione a non indossare monili (es. collana, orecchini pendenti, ecc.) o altri oggetti (fonendoscopio, sciarpa, maglia legata intorno al collo, catenella porta chiavi, forbici o penne nel taschino, ecc.) che possono essere di ostacolo/nocumento in situazioni di agiti critici.

### **2.1.b. Valutazione variabili organizzative/attitudinali/situazionali**

Il setting assistenziale deve agevolare/consentire:

- sufficiente spazio per soddisfare i bisogni primari, garantire privacy e dignità, supportare le competenze della persona;
- una adeguata organizzazione del tempo degli ponendo particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa;
- possibilità di attività ricreative, di accesso all'aperto, di *zone fumo*, di visite di familiari e/o amici con spazi adeguati.
- una corretta convivenza con altre persone che non si sono scelte e che condividono gli stessi spazi;
- una adeguata consapevolezza delle regole e dei ritmi della struttura da vivere non come castranti la propria libertà ed evitando l'isolamento.

Gli stessi operatori devono essere consapevoli delle proprie modalità di comunicazione, osservazione e gestione delle proprie emozioni affinché queste non pregiudichino un corretto approccio nei confronti dell'utenza. La compresenza in turno di operatori di entrambi i sessi può costituire un valore aggiunto ed occorre fare attenzione a non rimanere da soli in frangenti di criticità.

### **2.1.c. Valutazione variabili cliniche**

Una corretta anamnesi permette di conoscere la storia personale del paziente e quindi di individuare possibili fattori di rischio:

- sesso maschile e giovane età;

- storia di comportamento aggressivo/violento agito/minacciato;
- storia di disturbo da uso di alcol e/o sostanze;
- condizioni di marginalità sociale;
- negazione di precedenti agiti violenti
- gravità del comportamento e ricorso abituale a minacce verbali
- conoscenza di fattori trigger specifici (elementi che innescano una risposta emotiva fisica o mentale spesso legati a esperienze passate di stress, trauma o disagio)
- anche alcune variabili cliniche attuali consentono di evidenziare alcuni aspetti critici:
- intossicazione/astinenza da sostanze;
- collateralità farmacologiche;
- sintomi attivi di schizofrenia o mania (deliri, allucinazioni focalizzate su una persona, allucinazioni imperative, ruminazioni a contenuto violento, deliri di controllo in particolare a tema violento, agitazione, eccitamento, palese ostilità o sospettosità);
- poca collaborazione ai trattamenti proposti;
- tratti di personalità impulsivi, antisociali, esplosivi;
- diverse condizioni e patologie (quali ad esempio):
  - a carico del Sistema Nervoso Centrale (Corea di Huntington, epilessia, idrocefalo, Morbo di Parkinson, Alzheimer, malattia di Wilson, demenza multifattoriale, malattie cerebrovascolari, stati post anossici e post ipoglicemici, trauma cranico, tumori cerebrali);
  - sistemiche (deficienze di vitamine, infezioni sistemiche, malattie tiroidee, ipoglicemia, ipossia, LES, intossicazione da metalli pesanti, Morbo di Cushing, patologie epatiche e renali, porfiria, squilibri elettrolitici).

## **2.2. Interventi in contesto di crisi**

La gestione di assistiti molto tesi/agitati richiede che l'operatore si mostri sempre gentile e non autoritario e necessiti la messa in atto contestuale di differenti interventi strategici che risultano di tipo verbale e non verbale con l'obiettivo di ridurre le probabilità di agiti violenti, assicurare la sicurezza dell'utente, degli altri degenti e del personale. Di seguito sono riportati i principali interventi e strategie da attuare.

- Estinzione progressiva: utilizzabile per ridurre le risposte disadattive dell'organismo (ad es., nel caso di un soggetto che disturba per attirare l'attenzione, ignorare il comportamento in questione porta spesso all'estinzione del comportamento stesso).
- Negoziazione o *talk-down*: evitare di molestare, minacciare o assumere un atteggiamento negativo verso il problema; non invadere lo spazio occupato dal paziente (al contrario, mantenere una distanza utile); stabilire un contatto verbale, usando frasi brevi, dal contenuto molto chiaro, con tono di voce caldo e rassicurante, rivolgersi al paziente chiamandolo per nome ma evitando atteggiamenti confidenziali; ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo con quanto sostiene il paziente, non polemizzare o contrastare. Continuare a dichiararsi d'accordo coi contenuti espressi e fare subito presenti le proprie prescrizioni. Porre il paziente di fronte a scelte alternative in modo da impegnare l'attenzione e distrarlo così dalle intenzioni originarie.
- Token Economy: erogazione di premi e penalità in base ai comportamenti adottati dal degente.
- Strategie di autocontrollo: i pazienti sono invitati a riconoscere i segni di allarme e a mettere in atto da soli comportamenti di autocontrollo, quali tecniche di rilassamento, distrazione, time out (allontanamento dalla situazione scatenante).
- Chiedere aiuto informando prontamente i colleghi (l'operatore deve sapere come comunicare prontamente di trovarsi in una situazione critica: poter accedere ad un allarme, preferibilmente muto o fare ricorso a un codice con "parole-chiave").

- Preoccuparsi della propria incolumità e di quella di altre persone nelle vicinanze (allontanare oggetti pericolosi, allontanare altri pazienti o astanti curiosi); valutare le possibili vie di fuga e orientare il luogo del colloquio in uno spazio favorevole; mantenere una postura bilanciata, mani davanti al corpo (per approfondimenti si rinvia al punto 2.4.).
- Cercare di creare un “ambiente tranquillo” (ad esempio, spegnere il cellulare, far uscire altre persone).
- Individuare l’interlocutore più appropriato (possibilità anche di cambiarlo/sceglierlo).
- Mettersi in condizione di “ascolto” quando il degente comincia a parlare prestando attenzione con lo sguardo, con il corpo (mostrare di essere in “ascolto attivo”).
- Se possibile, invitare l’utente a sedersi (eventualmente, a sedersi entrambi).
- Durante il colloquio mostrarsi empatici: comunicare disponibilità verso l’altro con atteggiamento valorizzante e di aiuto, evitare i rimproveri, le offese, le minacce e gli atteggiamenti giudicanti, evitare di voler dominare o controllare l’assistito o la situazione.
- Cercare di capire emozioni e bisogni.
- Nei casi in cui si ritenga che si possano verificare situazioni di pericolo tali da configurare un reato è possibile coinvolgere le FFOO.

### **2.3. Il ciclo dell’aggressività (Maier e Van Rybroek)**

Nel caso in cui ci si trovi di fronte ad una condizione di aumentato *arousal* – fase di attivazione psicomotoria caratterizzata da cambiamenti emotivi, fisici e psicologici, che si producono in una situazione di minaccia reale o percepita come tale; è una tipica reazione *fight or fly* in cui risultano inibite le abituali capacità di comunicazione e di *problem solving*, per cui non vengono colti stimoli meno oppressivi e il comportamento del soggetto è guidato da vettori ideativi semplici – è utile e opportuno che l’operatore affronti tali circostanze con una buona familiarità con il concetto di ***ciclo dell’aggressività***, che si compone di **5 fasi successive**:

**I. Fase del trigger o del fattore scatenante.** L’intervento più opportuno in questa fase è riconoscere e rimuovere prontamente il trigger, oltre ad isolare la persona in “ambiente neutro”, a più bassa stimolazione.

**II. Fase dell’escalation.** In presenza di un aumento dell’aggressività, l’intervento consisterà in un approccio verbale utilizzando una comunicazione:

- diretta (espressamente alla persona, con l’uso del nome);
- specifica (basata sulle rivendicazioni del momento, frasi brevi, termini semplici);
- positiva (atteggiamento non giudicante o contro-aggressivo, volto a trasmettere la disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, cioè tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze).

È la fase quindi nella quale sono da considerarsi efficaci le tecniche di de escalation verbale che determinano quindi una trasformazione progressiva dei contenuti di violenza e di minaccia in espressioni dialettiche che possono essere negoziate (tab. 1). Per *de-escalation* ci si riferisce ad un processo interattivo attraverso il quale una persona viene reindirizzata verso uno *spazio personale* più calmo. Questo include tutto ciò che viene fatto allo scopo di calmare qualcuno e di ridurre il rischio per tutti di avere esperienza di un’aggressione (Stevenson, 1991).

**TAB. 1 – 5 FASI DELLA DE-ESCALATION**

<p><b>Tecniche di <i>de-escalation</i></b> Le tecniche di <i>de-escalation</i> si strutturano in 5 fasi.</p>	
<b>APPROCCIARE</b>	<p>Ottenere l'attenzione della persona tesa/arrabbiata chiamandola per nome oppure se non la conosciamo usando il termine "Signore/a!" o se la situazione necessita di essere attenzionata usare il termine "Ehi!". In casi di forte agitazione alzare la voce (adattandosi al livello energetico dell'altro) o produrre uno shock sonoro (ad es. battere le mani).</p>
<b>METTERSI A DISPOSIZIONE</b>	<p>Se mi metto a disposizione, automaticamente evito reazioni difensive e/o contro-aggressive. La persona in difficoltà per sentirsi aiutata deve percepire da parte dell'interlocutore accettazione, empatia ed autenticità. La tecnica del rispecchiamento (<i>ascolto attivo di Rogers</i>) consiste nel mostrare attenzione (cognitiva e emotiva) senza giudicare e si palesa con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>rispecchiamento non verbale</i></b>: muoversi insieme, lasciare spazio alla persona arrabbiata/agitata (distanza e ambiente), non tentare di toccarla);</li> <li>- <b><i>rispecchiamento verbale</i></b>: ascoltare quello che la persona afferma e rispecchiare prendendo atto di quello che si è sentito in modo autentico e senza giudicare. Dare così all'altra persona il messaggio di sentirsi capito attraverso per esempio il rispecchiamento con eco, il rispecchiamento con riformulazione, il rispecchiamento di un comportamento.</li> </ul>
<b>APPROFONDIRE</b>	<p>Cercare di capire in modo empatico che cosa c'è alla base del comportamento aggressivo (paura, sofferenza, un bisogno) analizzando il contesto "qui ed ora". Ricordandosi di non parlare sopra, vanno poste domande semplici circa lo stato emotivo (per esempio: "Che cosa, proprio ora, ti ha reso così arrabbiato?", "Che cosa, in questo momento, Le dà così fastidio?") evitando domande che richiedano una spiegazione articolata (evitare di usare perché, come, ecc.) in quanto si mette la persona in difficoltà e la si fa sentire in dovere di giustificarsi, oppure domande in sequenza rapida.</p>
<b>TRATTARE</b>	<p>Prendere sempre sul serio il problema della persona. Evitare la trappola della spirale dell'escalation ricordandosi che è più funzionale passare dalla discussione/contrapposizione al dialogo (approccio sistemico), che presuppone il desiderio di comprendere l'altro. Bisogna focalizzarsi sull'individuare i bisogni immediati e i desideri realizzabili, cercare le possibili soluzioni (stimolando il dialogo con domande senza dare giudizi o valutazioni) o valutare insieme le strade percorribili (pro e contro, scartando quelle inaccettabili per entrambi).</p>
<b>TROVARE UN ACCORDO</b>	<p>Si tratta di arrivare ad un giusto compromesso cioè una soluzione accettabile per entrambi (assistito ed operatore). Trovare un accordo comune e giustificato evitando di imporsi o persuadere. Pianificare, programmare la soluzione e la relativa attuazione (chi fa cosa, come e quando).</p>

**III. Fase critica o acting out.** Punto culminante della crisi, in cui si manifesta/agisce l'aggressione vera e propria. L'intervento deve focalizzarsi sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze, ovvero sulla gestione "in acuto" dell'agito aggressivo.

**IV. Fase del recupero o recovery.** È una fase molto delicata, in quanto il paziente è recettivo per eventuali nuovi trigger. Non è consigliato attuare interventi intempestivi (ad esempio, volti all'elaborazione troppo precoce dell'evento) o inopportuni che potrebbero innescare una nuova crisi. È consigliabile un monitoraggio attivo ma distante, assicurando che il degente non sia esposto a nuovi stimoli attivanti.

**V. Fase della depressione post-critica.** Comparsa di emozioni negative legate a sensi di colpa, rimorso o vergogna. L'intervento dovrà attuarsi con l'elaborazione dell'evento, volta alla riduzione dei sentimenti più gravi; confronto con la vittima; discussione dell'evento nella riunione clinica quotidiana.

In tabella 2 sono riportati in sintesi gli interventi attuabili a seconda della fase del ciclo in cui ci si trova ad operare (cfr. *Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale*).

**TAB. 2 – INTERVENTI DA ATTUARE IN BASE ALLA FASE DEL CICLO DELL'AGGRESSIVITÀ**

<p><b>Fase 1 del fattore scatenante (trigger) e fase 2 della crescita dell'aggressività (escalation)</b></p> <p>Il ciclo comincia con un primo scostamento psico-emotivo dalla baseline rispetto alla condizione ordinaria.</p> <p>Comportamenti verbali ed espressivi (mimici e comportamentali), rendono percepibile l'avvio del processo.</p>	<p>Interventi nelle fasi del fattore scatenante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riconoscere e rimuovere il trigger in modo tempestivo, al fine di evitare il rapido progredire della crisi (sia quando il paziente mostra segni di agitazione che quando manifesta chiusura o isolamento); favorire lo spostamento del paziente in ambiente neutro (a minore stimolazione)</li> <li>• approcciarsi attraverso una comunicazione diretta (uso del nome proprio), specifica (basata sulle rivendicazioni poste in essere, con frasi brevi e termini semplici), positiva (atteggiamento non giudicante e/o contro-aggressivo, volto a trasmettere disponibilità e a prendere in considerazione in tempi rapidi quanto espresso), trasformando i contenuti di violenza e minaccia in espressioni dialettiche;</li> <li>• lasciare a disposizione del paziente, in presenza di un operatore, oggetti personali normalmente custoditi (es.: tempere, chitarra, computer) per aiutarlo a calmarsi, a condizione che tali oggetti non compromettano la sua sicurezza o la sicurezza di altri;</li> <li>• valutare se modificare le modalità di somministrazione della terapia, per esempio offrendo di anticipare l'orario, proponendo di assumere terapia aggiuntiva al bisogno o decidendo di somministrarla durante i cambi turno nel caso di pazienti potenzialmente reattivi (la presenza di più operatori può, a volte, risultare una strategia utile per gestire meglio la tensione);</li> <li>• prevedere un incremento numerico del personale in turno in caso di necessità (es. presenza di pazienti complessi), attraverso un sistema di reperibilità interna alla UO;</li> <li>• attuare le tecniche di de-escalation precedentemente indicate.</li> </ul>
--	--

<p><b>Fase 3 della crisi (<i>arousal</i>):</b> punto culmine dell'eccitamento. È una fase di attivazione psicomotoria caratterizzata da cambiamenti fisici, emotivi e psicologici che portano a una situazione di minaccia reale o percepita come tale</p>	<p>Interventi nella fase della crisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuare con chiarezza all'interno dello staff "chi fa che cosa", in particolare durante le urgenze, al fine di gestire l'aggressione in acuto</li> <li>• focalizzare l'intervento sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze, attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori presenti (le istanze di auto/eteroprotezione devono essere in questa fase prioritarie);</li> <li>• spostare l'interazione con un paziente – quando possibile – in un luogo a bassa stimolazione, con pochi suppellettili e oggetti potenzialmente lesivi;</li> <li>• considerare l'allontanamento dell'operatore se la semplice distanza di sicurezza non ne garantisce l'incolumità.</li> </ul>
<p><b>Fase 4 del recupero</b></p> <p>Graduale ritorno alla linea basale psico-emotiva ma con un livello di <i>arousal</i> ancora elevato e potenzialmente reattivo.</p> <p>Fase particolarmente delicata poiché il paziente è ancora molto recettivo verso eventuali nuovi trigger</p>	<p>Interventi nella fase del recupero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evitare situazioni che possano re-innescare la sequenza di <i>arousal</i>;</li> <li>• proseguire il monitoraggio attivo e il mantenimento della distanza di sicurezza;</li> <li>• evitare comunicazioni troppo tempestive e inadeguate nei tempi e nei modi, rielaborazioni, giudizi ecc., che potrebbero innescare nuovi triggers</li> </ul>
<p><b>Fase 5 della depressione post critica</b></p> <p>Rapido ritorno alla linea basale psico-emotiva, con deflessione del tono dell'umore, comparsa di sentimenti di colpa, vergogna e rimorso.</p>	<p>Interventi nella fase della depressione post critica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• disporre uno spazio di confronto e rilettura della criticità all'interno dell'équipe e con il paziente, sostenendo la revisione degli eventi anche con finalità preventiva;</li> <li>• segnalare l'evento nella documentazione clinica, compilando la scheda relativa alla gravità dell'evento aggressivo e, se indicato, la modulistica relativa agli eventi sentinella.</li> </ul>

## 2.4. Sicurezza degli operatori

La sicurezza degli operatori costituisce un elemento qualificante durante la gestione/prevenzione della crisi. Di seguito vengono riportate alcune strategie/raccomandazioni che devono essere patrimonio di tutti gli operatori.

### Mantenimento della visione periferica

Si riferisce alla capacità di percepire ciò che si trova ai margini del campo visivo, fuori dal centro dello sguardo, senza muovere gli occhi. La visione periferica fornisce informazioni sulla posizione degli oggetti e sugli eventi che si svolgono intorno alla persona, permettendole di orientarsi meglio nello spazio e di reagire più celermente agli stimoli esterni. La visione periferica è essenziale per:

- orientamento spaziale: consente di percepire la posizione degli oggetti e la disposizione degli ambienti, anche senza dover guardare direttamente;
- rilevamento di movimenti: permette di individuare oggetti in movimento o cambiamenti nell'ambiente, come ad esempio l'arrivo di una persona o un pericolo;
- preparazione a reazioni: la visione periferica consente di prepararsi a reazioni rapide, ad esempio frenare in caso di pericolo o spostarsi per evitare ostacoli.

### Valutazione ambientale

Nel caso in cui l'operatore ritenga opportuno allontanarsi dal teatro di crisi, lo stesso, valutata la situazione ambientale, in cui mantiene sempre una distanza utile, si pone in uno spazio in cui la via di fuga sia facilmente raggiungibile, iniziando con calma ad allontanarsi, senza mai dare le spalle all'utente.

### Stazione laterale durante il colloquio

Corpo ruotato di circa 30° rispetto all'asse paziente; offre un minore bersaglio, poiché la superficie in posizione laterale, del corpo, è minore rispetto alla superficie in posizione frontale; inoltre, comunica migliore disponibilità al dialogo, evitando di "ricordare" modalità di fronteggiamento.

## **3. ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE**

Qualora tutti i tentativi di mediazione, incluse le tecniche di de-escalation, come documentati in cartella clinica, non siano risultati efficaci, si procederà all'intervento di contenzione meccanica.

La contenzione va sempre ritenuta una misura "provvisoria" ed emergenziale (come ribadito anche nel codice deontologico dei medici chirurghi del 2014 – v. appendice 1).

In assenza del medico la contenzione può essere disposta anche dal personale infermieristico (come sottolineato anche nel codice deontologico degli infermieri del 2025 – v. appendice 1) e deve essere confermata e validata dal medico nel più breve tempo possibile.

L'attuazione della contenzione può essere esemplificata in 5 fasi:

1. fase preparatoria;
2. fase di azione;
3. fase di assistenza;
4. fase di risoluzione;
5. debriefing.

### **3.1. Fase preparatoria**

Prima di procedere con l'intervento, il Medico si assicura la disponibilità del personale necessario (non meno di tre operatori). Può ricorrere alle Forze dell'Ordine nei casi di particolare complessità.

Contemporaneamente, il personale infermieristico e gli OSS, ciascuno nel rispetto delle specifiche competenze, devono:

- verificare la disponibilità dei materiali (fascette, bulloni, chiavi magnetiche);
- predisporre l'unità del malato (letto con materasso protetto e rimozione di oggetti pericolosi);
- predisporre i dispositivi di protezione individuale;
- allontanare visitatori e altri degenti;
- preparare un set completo di contenzione: almeno 6 fasce (1 per ogni arto, 1 toracica e 1 di scorta) con 12 bulloni e 1 o 2 chiavi magnetiche.

### **3.2. Fase di azione**

Questa fase comprende l'atto contenitivo in sé e l'avvio della compilazione della documentazione clinica.

Il Medico deve spiegare al paziente che tale procedura viene effettuata nel suo interesse e che si provvederà a rimuovere tale condizione il prima possibile. Inoltre:

- collabora alla realizzazione della contenzione con la responsabilità dell'osservazione clinica;
- valuta la necessità della medicazione farmacologica dando indicazioni in tal senso e procedendo, il prima possibile, alla registrazione della terapia nella cartella clinica (diario e schede apposite);
- registra in cartella clinica l'evento, specificando:
  - le cause che l'hanno richiesto, dettagliando la non efficacia delle tecniche alternative attuate,
  - il tipo di contenzione (numero degli arti contenuti ed eventuale utilizzo della fascia toracica),
  - l'orario di inizio,
  - i controlli da effettuare;
- dà indicazioni agli operatori circa le modalità di gestione;
- provvede alle informazioni dovute verso i familiari o gli aventi diritto;
- provvede ad aggiornare il registro delle contenzioni.

Il personale preposto procede al contenimento fisico in modo coordinato, prima spogliandosi di oggetti potenzialmente pericolosi (come occhiali, orologi, ecc.). Iniziano anche a monitorare il paziente e a registrare gli interventi.

### **3.3. Fase di assistenza e monitoraggio**

Il Medico deve effettuare una valutazione clinica sul paziente almeno ad ogni cambio turno e visitarlo in caso di segnalazioni da parte del personale infermieristico circa alterazioni significative dei parametri vitali e/o segni direttamente o indirettamente riconducibili a complicanze secondarie alla contenzione meccanica, ovvero di alterazioni dello stato di coscienza. Attesta in cartella l'obiettività rilevata e l'orario di effettuazione della visita.

In base alle risultanze della visita (e degli eventuali referti ematochimici e strumentali nonché delle consulenze specialistiche) valuta le misure terapeutiche, profilattiche ed assistenziali necessarie e la sussistenza delle condizioni che rendono necessaria la prosecuzione della contenzione ovvero l'opportunità di sospendere le misure contenitive.

Il medico valuta, caso per caso, l'opportunità di adottare un trattamento di profilassi antitrombotica, anche avvalendosi di consulenza specialistica.

Qualora la procedura di contenzione debba protrarsi oltre le 24 ore, il personale sanitario è tenuto ad attenersi, per quanto applicabili al caso concreto, alle linee guida nazionali e internazionali accreditate sulla prevenzione del tromboembolismo venoso, elaborate da società scientifiche riconosciute ai sensi dell'art. 5, co. 1, della Legge 8 marzo 2017, n. 24 e pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Gli infermieri e gli OSS, ciascuno nel rispetto delle specifiche competenze, provvedono al soddisfacimento dei bisogni di igiene corporea, eliminazione, alimentazione, idratazione, incolumità personale, tranquillità e riposo notturno adeguato. Garantiscono il monitoraggio dei parametri vitali ogni due ore e comunque all'occorrenza, con relativa registrazione nella scheda. Controllano i punti di ancoraggio delle fasce almeno una volta per turno. Controllano il MSC (movimento, sensibilità e calore) delle estremità; se necessario e possibile (in base allo stato di agitazione) provvedono, ogni due ore e per circa dieci minuti, ad allentare la contenzione onde prevenire episodi ischemici. È importante che controllino con visione diretta il paziente almeno ogni 15 minuti, per tutta la durata della contenzione, salvo esigenze cliniche differenti. Segnalano al medico se si ravvisino gli estremi per la cessazione delle misure contenitive.

Infine, il medico promuove la discussione in Equipe allargata (SPDC/Territorio) coordinata dal responsabile di SPDC degli episodi di contenzione, con supervisione del Direttore di Dipartimento

per i casi registrati come problematici, per tempo trascorso e complicanze eventuali. Tali riunioni vengono riportate in cartella clinica.

### **3.4. Fase di risoluzione**

La fine della contenzione meccanica avviene su valutazione degli operatori presenti e dietro disposizione del medico per la verificata risoluzione dello stato di necessità.

Il medico, pertanto, valuta lo stato psichico del malato ed evidenzia la fine delle condizioni determinanti la contenzione. Prescrive l'interruzione della contenzione e aggiorna la scheda, la cartella clinica e il registro delle contenzioni, specificando l'orario della fine del provvedimento. Informa il malato che sono cessate le condizioni che avevano richiesto il provvedimento e lo invita a riprendere la mobilità con gradualità. Informa gli infermieri circa le modalità di gestione.

Il personale preposto procede alla rimozione delle fasce, controllano i parametri vitali e aggiornano la scheda di contenzione e la cartella clinica. Continuano il monitoraggio delle condizioni psicofisiche e danno l'opportuna assistenza alla persona, anche in considerazione del ripristino della mobilità.

### **3.5. Debriefing e gestione di eventuali eventi traumatici per gli operatori e per i pazienti**

In seguito alla rimozione della contenzione del paziente, non appena possibile, tutti i componenti dello staff, che hanno gestito tale procedura, coordinati dal responsabile SPDC, devono promuovere e partecipare ad un debriefing, al quale, ove possibile e opportuno, partecipi anche la persona.

Il debriefing è un'importante occasione per quanti sono stati coinvolti nella contenzione per esaminare, condividere e confrontare sensazioni e percezioni. Risulta un'opportunità per riesaminare i dati clinici, rivedere il piano di trattamento, migliorare le proprie competenze, con l'obiettivo ulteriore di discutere, chiarire le criticità emerse con l'episodio di contenzione, ivi compresa la non efficacia delle tecniche di de-escalation effettuate.

La gestione della fase post critica in caso di eventi traumatici prevede diversi interventi, tra cui:

- **Supporto tra pari:** supporto offerto da persone che hanno vissuto esperienze simili può aiutare a ridurre lo stress e la solitudine.
- **Debriefing:** un colloquio strutturato per affrontare le reazioni emotive e cognitive a seguito di un evento traumatico. Il debriefing aiuta a elaborare il trauma, a riconoscere i sintomi e a sviluppare strategie di coping.
- **Defusing:** un intervento breve, strutturato e di gruppo, volto a disinnescare la reazione emotiva immediata al trauma. Il defusing è utile per ridurre lo stress acuto e favorire un ritorno graduale alla normalità.
- **Segnalazione dell'evento:** riveste una particolare rilevanza la segnalazione degli eventi sentinella previsti dal Ministero (**suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale, violenza su paziente, atti di violenza a danno di operatore**) che si siano verificati a seguito di atti auto ed etero lesivi.

Per la modalità di segnalazione dei suddetti eventi (avversi e/o sentinella) si rimanda a specifica procedura aziendale.

In presenza di segnalazioni è fondamentale indire un audit per identificare le aree di miglioramento e prevenire eventi simili in futuro mediante:

- Identificazione delle cause degli eventi avversi;
- Implementazione di misure di miglioramento della sicurezza dei pazienti;
- Ricerca e lo sviluppo di nuove strategie di prevenzione;
- Miglioramento della comunicazione e della collaborazione tra professioni sanitarie.

#### **4. REGISTRO DEGLI ATTI CONTENITIVI**

Nell'appendice 2 si propone un modello di *scheda di registrazione degli atti contenitivi*, utile ad uniformare la rilevazione dei dati a livello regionale. Le Direzioni mediche ospedaliere sono tenute ad adottare tale modello, recependolo formalmente nei propri atti organizzativi e rendendolo operativo nei luoghi di cura della salute mentale di rispettiva competenza, .

Ogni atto di contenzione deve essere riportato dal medico che lo dispone nell'apposita scheda di registrazione. La conservazione del registro risulta come responsabilità del coordinatore infermieristico (v. *Matrice delle responsabilità*).

Il registro regionale è alimentato dai dati desunti dalle schede, inviati semestralmente al Dipartimento Salute della Regione Marche.

#### **5. GESTIONE DEL MINORE CON ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI**

In merito alla gestione del minore con alterazioni comportamentali e al superamento della contenzione meccanica anche nei luoghi di cura della salute mentale minorile, si applicano i medesimi principi etico-legali, linee guida e buone pratiche cliniche validi per la popolazione adulta, con le particolari specificità dovute alla condizione di particolare vulnerabilità.

Pertanto, i genitori o chiunque abbia la responsabilità genitoriale sul minore deve, obbligatoriamente (salvo che l'Autorità Giudiziaria non abbia già diversamente provveduto), essere coinvolto ai fini del consenso informato e della collaborazione nei trattamenti.

La condizione di maggiore vulnerabilità a risposte impulsive del minore impone di prestare particolare attenzione alla valutazione dei rischi, soprattutto ambientali, e alle tecniche di de-escalation. Nei casi di disabilità intellettiva e/o Disturbi dello Spettro Autistico è importante l'utilizzo di strategie mirate di analisi e modificazione delle catene comportamentali.

La stesura di un "piano crisi" (o piano di gestione della crisi) formalizzato e condiviso risulta particolarmente efficace con gli assistiti minorenni. L'incremento della consapevolezza del minore, della famiglia e dell'équipe di cura potenzia la competenza collettiva nell'identificazione precoce, nella gestione proattiva e nell'interruzione dell'escalation comportamentale.

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ/ATTIVITÀ

TAB. 3 – MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività	Dirigente medico	Medico in formazione specialistica	Infermiere	Personale di supporto (es.: OSS)	Coord. Infermier.
Identificazione della criticità	R	C	R	I/C	C/R
Esame delle opzioni tecniche e organizzative alternative	R	C	R/C	I	C/R
Colloquio con la persona con alterazioni comportamentali per l'adozione di tecniche alternative o di <i>de-escalation</i>	R	C	R	I/C	C/R
Valutazione dello stato di pericolo attuale della condizione della persona	R	C	R (in attesa della presenza attiva del medico)	I	R (in attesa della presenza attiva del medico)
			C		C
Informazione alla persona della decisione presa e del suo significato rispetto all'attuazione dell'intervento.	R	C	R (in attesa della presenza attiva del medico)	I	R (in attesa della presenza attiva del medico)
			C		C
Scelta dei mezzi di contenzione idonei allo <i>stato di necessità</i> per la persona con alterazioni comportamentali	R	C	R (in attesa della presenza attiva del medico)	I	R (in attesa della presenza attiva del medico)
			C		C
Eventuale richiesta di intervento delle FF.OO.	R	C	R (in attesa della presenza attiva del medico)	I	R (in attesa della presenza attiva del medico)
			C		C
Preparazione del contesto ambientale operativo	C	C	S	R	S
Preparazione dei mezzi di supporto all'intervento di contenzione	I	I	R	C	S

Attuazione dell'intervento di contenzione <i>in stato di necessità</i>	C	C	R	C	C/R
Verifica della corretta esecuzione dell'intervento	R	C	R	C	R
Tempestiva informazione agli aventi diritto	R	C	R	I	R
Apertura della scheda di registrazione degli atti contenitivi e annotazione in documentazione clinica	R	C	R (annotazione nella documentazione infermieristica)	I	R (annotazione nella documentazione infermieristica)
Conservazione del registro contenzioni	C	C	C	I	R
Prescrizione dei provvedimenti terapeutici, profilattici ed assistenziali, delle indagini ematochimiche e strumentali e delle consulenze specialistiche e verifica dei relativi referti	R	C	C	I	C
Osservazione longitudinale della persona e dell'ambiente	R	C	R	C	C/R
Rilevazione parametri vitali (almeno ogni 2 ore)	C	C	R	C	C
Valutazione sospensione/interruzione della contenzione, se vengono meno le condizioni di <i>stato di necessità</i> che l'hanno motivata	R	C	C	I	C
Riordino ambienti e materiali, loro manutenzione e conservazione	I	I	S	R	S
Debriefing	R (Responsabile SPDC)	C	C	C	C
Invio dati al Dipartimento Salute	R (Direttore Dipartimento)	C	C	C	C
Organizzazione della formazione del personale	R (Direttore Dipartimento)	C	C	C	C

#### Legenda

R: responsabile  
C: coinvolto

S: supervisione  
I: informato

R/C: responsabile o coinvolto in base alla presenza in servizio

## 7. BIBLIOGRAFIA (in ordine alfabetico)

1. American Psychiatric Association (APA). (2022). *Resource Document Outlines Principles on Use of Seclusion, Restraint*.
2. Bleijlevens, M. H., et al. (2016). *Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique*.
3. Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). (2015). *La contenzione: problemi bioetici*.
4. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (CR). (2010), *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*.
5. Conferenza Regioni e delle Province autonome (CR). (2017). *Documento da rappresentare alla commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani 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*
6. Conferenza Stato-Regioni, Intesa n. 58/CSR del 28 aprile 2022, *Intesa, ai sensi dell'allegato sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR - , tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali*
7. Council of Europe – CPT. (2023). *Report to the Italian Government on the periodic visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of the Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 28 March to 8 April 2022*.
8. De Cuyper, R., et al. (2023). *Best practice recommendations on the application of seclusion and restraint in mental health services: An evidence, human rights and consensus-based approach*.
9. De Girolamo et al. (2006), *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,
10. Dell'Acqua et al. (2007). *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale Progres-Acuti*, "Giornale Italiano di Psicopatologia"
11. Gleerup, K. et al. (2019). *Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry - a systematic review*.
12. Gov.UK. (2024). *Reducing the need for restraint and restrictive intervention*.
13. Hupé, C., et al. (2024). *Defining Chemical Restraint: A Preliminary Step Towards Measurement and Quality Assessment*. *Aggression and Violent Behavior*
14. Maier G.J. & Van Rybroek G.J. (1995), *Managing countertransference reactions to aggressive patients*, in/B./S./Eichelman & A./C./Hartwig (Eds.), *Patient Violence and the Clinician*
15. Negroni A.A. et al. (2017), *On the concept of restraint in psychiatry*, *The European Journal of Psychiatry*.
16. NICE (2015) *Guideline. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

17. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*.
18. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2023). *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*. (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights).
19. Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) - Accordo Conferenza unificata n.4 del 24 gennaio 2013
20. Ridley, J. and Leitch, S. (2019). *Restraint Reduction Network (RRN) Training Standards. First edition*.
21. Robins, L., et al. (2021). *Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review*.
22. Savage, R., et al. (2024). *Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies*.
23. Società Italiana di Psichiatria. (SIP). (2012). *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica. Quaderni italiani di Psichiatria*.
24. Stevenson, S. (1991). *Heading off violence with verbal de-escalation*.
25. Tavolo tecnico salute mentale (2021) - Documento di sintesi [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3084\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf)
26. Terzian, E., & Tognoni, G. (2003), *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*.

Nella redazione del presente documento sono stati presi in considerazione i seguenti documenti:

27. Costituzione della Repubblica Italiana
28. Codice Penale Italiano, R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398 e s.m.i.
29. Codice Deontologico del Medico 2015
30. Codice Deontologico dell'infermiere 2025
31. Codice Deontologico del fisioterapista 2011
32. Legge 13 maggio 1978, n. 180 – “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”.
33. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 – “Istituzione del servizio sanitario nazionale”.
34. R.D. 16 agosto 1909, n. 615
35. Determina del Direttore Generale ASUR n. 627 del 13/11/2018
36. Protocollo a firma del Direttore della SOD Clinica Psichiatrica PO01.CLSP, luglio 2018
37. DGRM n. 950 del 11/07/2022

**Ulteriore normativa e riferimenti non normativi**

1. Per l'attuazione della contenzione in modo inappropriato

- **Art. 571 c.p., Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina.**
- **Art. 572 c.p., Maltrattamenti contro familiari o conviventi**, qualora si instauri, anche a causa della contenzione abusivamente applicata, un clima di vessazione e di indifferenza nei confronti dei bisogni primari degli assistiti, (Cassazione Penale, Sez. VI, Sentenza, 02/07/2021, n. 35591).
- **Art. 575 c.p., Omicidio**, nella forma colposa o dolosa, come nel caso trattato dalla nota sentenza della Corte di Cassazione nel caso “Mastrogiovanni” (Penale Sent. Sez. 5 Num. 50497 Anno 2018).
- **Art. 582 c.p., Lesione personale**, nel caso in cui l'intervento abbia provocato una delle conseguenze previste dalla suddetta norma penale.
- **Art. 586 c.p., Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto**, qualora le condotte di privazione della libertà personale consistita nella contenzione illecita cagioni la morte o la lesione dell'assistito.
- **Art. 590, Lesioni personali colpose.**
- **Art. 605 c.p., Sequestro di persona.**
- **Art. 610 c.p., Violenza privata**

2. Norme riferite all'ordinamento penitenziario e manicomiale

**Art. 82 DPR 230/2000** (Regolamento sull'ordinamento penitenziario e sulle misure private e limitative della libertà – 30 giugno 2000)

La coercizione fisica, consentita solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto, si effettua sotto il controllo sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le medesime finalità presso le istituzioni ospedaliere pubbliche

**Art. 60 del R.D. 16 agosto 1909, n. 615**

Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto.

Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione.

Secondo alcune interpretazioni l'articolo 11 della legge 13 maggio 1978, n. 180, (*Legge Basaglia*), si ritiene abbia implicitamente abrogato, per incompatibilità, le disposizioni sopra citate (Corte di Cassazione, V sezione penale, sentenza n. 50497 del 20 giugno 2018, Mastrogiovanni).

3. Altre fonti

**Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)** definisce con il termine la contenzione «una violazione dei diritti fondamentali della persona» il cui superamento deve essere considerato «un tassello fondamentale nell'avanzamento di una cultura della cura in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario». Il CNB afferma che «il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona è il presupposto per un intervento terapeutico efficace. Ci sono diversi ordini di motivi per non legare, di natura etica, e insieme di sicurezza, di prevenzione e di buon governo dei servizi: la gestione non violenta e non coercitiva [in SPDC]

elimina il clima di paura (per pazienti e per operatori) e riduce lo stigma. E ci sono ragioni terapeutiche, in primis di evitare di compromettere la relazione terapeutica tramite il circolo vizioso che la contenzione meccanica innesca: l'agitazione della persona legata si aggrava, richiedendo quindi più alte dosi di farmaci sedativi, col risultato di peggiorare lo stato di confusione del paziente, che a sua volta riduce la comunicazione fra la persona legata e il personale».

Comitato Nazionale per la Bioetica, La contenzione: problemi etici, 2015, [http://bioetica.governo.it/media/1808/p120\\_2015\\_la-contenzione-problemi-bioetici\\_it.pdf](http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf).

**La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU)** ha definito recentemente la contenzione come un atto di limitazione della libertà personale che può essere disposto «solo ed esclusivamente come *last resort*» e il cui utilizzo «[...] deve essere commisurato a garanzie adeguate contro qualsiasi abuso, fornire una sufficiente protezione procedurale, essere in grado di dimostrare che i requisiti di necessità e proporzionalità sono stati rispettati e che tutte le altre opzioni ragionevoli non sono riuscite a contenere in modo soddisfacente il rischio di danni al paziente o ad altri. Si deve inoltre dimostrare che la misura coercitiva controversa non è stata prorogata oltre il termine strettamente necessario. [...] Infine, i pazienti contenuti devono essere sotto stretta sorveglianza e ogni uso di contenzione deve essere adeguatamente registrato».

European Court of Human Rights, Case of Agg. v. Denmark, no. 45439/18, 15 September 2020,

**Estratto dalla Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 7 novembre 2024** - Ricorso n. 8436/21 - Causa Lavorgna c. Italia; Sentenza della Corte di cassazione, Quinta Sezione penale, n. 50497 del 20 giugno 2018 (sentenza "Mastrogiovanni")

«113. Nei confronti delle persone private della libertà, il ricorso alla forza fisica che non è stato reso strettamente necessario dallo loro stessa condotta sminuisce la dignità umana e costituisce violazione del diritto sancito dall'articolo 3 della Convenzione

114. Nella sua giurisprudenza la Corte ha riconosciuto la particolare vulnerabilità delle persone affette da malattie mentali e la valutazione volta a stabilire se il trattamento o la pena in questione sia incompatibile con i requisiti dell'articolo 3 deve tenere conto in particolare di tale vulnerabilità (si veda, inter alia, S. c. Croazia (n. 2), sopra citata, § 96, con ulteriori rinvii). Inoltre, la Corte ribadisce che la posizione di inferiorità e di impotenza tipica dei pazienti internati negli ospedali psichiatrici esige una maggiore vigilanza nel riesaminare se la Convenzione sia stata osservata (si veda Aggerholm, sopra citata, § 83).

115. In ordine all'uso di misure di contenzione meccanica su pazienti ricoverati in ospedali psichiatrici, gli sviluppi delle norme giuridiche contemporanee sull'isolamento e su altre forme di misure coercitive e non consensuali nei confronti di pazienti con disabilità psicologiche o intellettive negli ospedali e in qualsiasi altro luogo di privazione della libertà esigono che tali misure siano impiegate come *extrema ratio*, quando la loro applicazione è l'unico mezzo disponibile per impedire un danno immediato o imminente per il paziente o per altri (si veda Aggerholm, sopra citata, § 84). Inoltre, l'uso di tali misure deve essere commisurato ad adeguate garanzie contro qualsiasi abuso, fornire una sufficiente tutela procedurale, ed essere in grado di dimostrare una sufficiente giustificazione che i requisiti di fondamentale necessità e proporzionalità siano stati osservati e che ogni altra opzione ragionevole non sia riuscita a contenere soddisfacentemente il rischio di danno per il paziente o per altri. Deve essere inoltre dimostrato che la misura coercitiva in questione non era stata prolungata oltre il periodo strettamente necessario per tale fine.

116. Infine, i pazienti sottoposti a contenzione devono essere tenuti sotto stretta sorveglianza, e ogni uso della contenzione deve essere correttamente verbalizzato (si veda, tra gli altri precedenti, Bureš, sopra citata, § 101-103)».

## **Il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti (CPT)**

Nel marzo 2022, si è svolta una visita da parte CPT del Consiglio d'Europa in Italia, in cui la delegazione ha esaminato il trattamento dei pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici di quattro ospedali civili (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura o SPDC) in due Regioni. Nel report di sintesi conclusivo si legge quanto segue: «si prende nota degli sforzi compiuti dalle autorità italiane in vista della progressiva riduzione e della possibile abolizione del ricorso alla contenzione meccanica per i pazienti ricoverati negli SPDC. Tuttavia, le conclusioni del CPT indicano che i pazienti affetti da disturbi mentali in grave stato di agitazione venivano frequentemente sottoposti a contenzione meccanica per periodi di tempo che raggiungevano anche i nove giorni senza variazione del loro status giuridico (in termini di avvio di una procedura di trattamento sanitario obbligatorio o TSO). Sebbene la misura di contenzione meccanica fosse in linea di principio adeguatamente monitorata e registrata dal personale sanitario degli SPDC, il CPT ha espresso preoccupazione per il quadro giuridico non chiaro che ne regola l'applicazione, nonché l'eccessiva durata e la natura ripetuta». Il CPT ha quindi raccomandato che le autorità italiane, nell'ambito dei loro sforzi per la progressiva riduzione del ricorso alla contenzione meccanica dei pazienti con disturbo mentale, adottino linee guida obbligatorie uniformi a livello nazionale.

Council of Europe anti-torture Committee (CPT) 2023, <https://www.coe.int/it/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-cpt-publishes-report-on-its-2022-periodic-visit-to-italy>

### 4. Codici deontologici delle professioni sanitarie

#### **Codice deontologico del medico (2014)**

All'Art. 32 prevede che: «...il medico prescrive ed attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona» e, all'art. 51, che «[...] il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti».

#### **Codice deontologico dell'infermiere (2025)**

All'art. 38 recita «Contenzione - L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita».

#### **Codice deontologico del fisioterapista (2011)**

All'art. 28 recita «La contenzione non è atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e dell'assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e si adopera per il superamento della contenzione, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche contenitive».

**SCHEMA DI REGISTRAZIONE DEGLI ATTI CONTENITIVI**

<b>ANNO DELLA RILEVAZIONE</b>	
<b>CODICE STRUTTURA</b>	

**DATI ANAGRAFICI PAZIENTE**

Nome			
Cognome			
Codice Paziente			
Sesso			
Data di nascita		Maggiorenne al momento dell'atto contenitivo	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Residenza			

**INFORMAZIONI CLINICHE**

Data ingresso		
Data dimissioni		
Diagnosi principale		
Diagnosi secondaria		
Segni e sintomi da intossicazione acuta, o da astinenza, da sostanze psicoattive al momento del ricovero		
Paziente in TSO	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

## INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CONTENITIVO

Interventi alternativi messi in atto prima del ricorso alla contenzione	
Esito degli interventi alternativi	
Segni e sintomi da intossicazione acuta, o da astinenza, da sostanze psicoattive al momento dell'atto contenitivo	
Fattori determinanti l'atto contenitivo	
Descrizione della tipologia di contenzione adottata (arti bloccati, utilizzo della fascia toracica, ecc.)	
Data e ora inizio atto contenitivo	Data:            Ora:
Eventuali interruzioni dell'atto contenitivo*	1. Data:        dalle ore:        alle ore:        operatore/i:
	2. Data:        dalle ore:        alle ore:        operatore/i:
	3. Data:        dalle ore:        alle ore:        operatore/i:
	4. Data:        dalle ore:        alle ore:        operatore/i:
	5. Data:        dalle ore:        alle ore:        operatore/i:
	6. Data:        dalle ore:        alle ore:        operatore/i:
Data e ora fine atto contenitivo	Data:            Ora:
Eventuali esiti negativi derivanti dall'atto contenitivo	

Atto contenitivo iniziato in PS	Sì <input type="checkbox"/>	Data inizio:
		Ora inizio:
	NO <input type="checkbox"/>	Data fine:
Ora fine:		

*\* nota: ogni “episodio di contenzione” è identificato all’interno di una data e orario di inizio ed una data ed orario di fine. Ad episodio di contenzione in atto, di qualunque intervento che interrompa a vario titolo, l’utilizzo dei dispositivi di restrizione meccanica, anche per brevissimi periodi (si cita, ad esempio, la scontenzione per raggiungere i servizi igienici, per alimentarsi, per igiene personale), deve essere registrata la data e l’orario di fine.*

*Si distingue tra interruzioni temporanee e scontenzione vera e propria: nel secondo caso, se segue un nuovo atto contenitivo, deve essere compilata una nuova scheda di registrazione.*