Pubblicato in, www.grusol.it

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA

n. 592 del 18 novembre 2026

Oggetto: Recepimento "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" e adozione "Scheda di registrazione degli atti contenitivi".

VISTA la DGRM n. 2017 del 23/12/2024 con la quale il Dott. Alessandro Marini è stato nominato Direttore Generale dell'AST di Macerata;

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale e dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio-Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

VISTA l'attestazione dei Dirigenti del Servizio Bilancio e del Servizio Controllo di Gestione.

DETERMINA

1. Di recepire, per l'AST di Macerata, 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"*, approvate e recepite dalla Regione Marche con DGRM n. 675/2026, allegate al presente provvedimento quale **Allegato 2**, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale;
2. Di adottare, nell'ambito dell'AST di Macerata, la *"Scheda di registrazione degli atti contenitivi"*, riportata nell'Appendice 2 dell'Allegato 2 al presente provvedimento, quale strumento per la registrazione degli atti contenitivi.
3. Di dare atto infine che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell'albo pretorio informatico aziendale a norma dell'art. 39 della L.R. n. 19 dell'08.08.2022;
4. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28 della L.R. 19/2022.

Il Direttore Generale
Dr. Alessandro Marini

Per i pareri infrascritti

Il Direttore Amministrativo	Il Direttore Sanitario	Il Direttore Socio Sanitario
Dott. Milco Coacci	*Dr.ssa Daniela Corsi*	*Dr. Massimiliano Cannas*

Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO
(U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA)

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. 833/1978 che istituisce il SSN sottolineando il ruolo preminente della salute mentale del momento preventivo;
- 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. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";
- Legge 113/2020 "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'art.9, c.2, lettera c), del d. lgs. 28/8/1997, n.281, tra il Governo, le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali.
- 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".
- DGR Marche n.675 del 8/6/2026 "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".

Motivazione

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.

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

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.

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.

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.

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-intellettiva, 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.

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

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.

La Regione Marche, con DGR n,675/2026, ha recepito l'Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (ai sensi dell'art.4, c.1 del d.lgs. n.281/1997, Rep. atti n.174/CSR del 23/10/2025) recante "Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale", approvato 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 e stabilito che le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Territoriali e dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria delle Marche 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 criteri per la registrazione degli atti contenitivi.

Il Tavolo regionale di coordinamento per la prevenzione e gestione del paziente con alterazioni comportamentali (istituito con il Decreto n. 11/SISS del 24/3/2025) ha poi prodotto il documento di sintesi di cui alla DGRM n.675/2026 al fine di proporre 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.

Il Direttore del Dipartimento Salute Regione Marche con nota del 19/6/2026 ad oggetto "DGR n.675 del 08_06_2026: 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*. Circolare esplicativa su recepimento e adozione scheda di registrazione degli atti contenitivi", repertoriata al n.082447 del protocollo generale AST MC, ha trasmesso ai Direttori Generali delle AA.SS.TT e dell'AOU delle Marche la DGR n. 675/2026 con cui sono state approvate le Linee di indirizzo, di pari oggetto, che recepiscono l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni n.174/2025 e rappresentano il documento finale approvato dalle Direzioni Sanitarie degli Enti del SSR interessati.

Il Direttore del Dipartimento, inoltre, con tale nota ha richiesto d'implementare il suddetto documento con proprie determinazioni e adottare la scheda di registrazione degli atti contenitivi, di cui all'appendice 2 dell'allegato 2, in sostituzione delle attuali modalità di registrazione.

Esito dell'istruttoria
Si propone l'adozione di una determina come segue:

1. Di recepire, per l'AST di Macerata, 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"*, approvate e recepite dalla Regione Marche con DGRM n. 675/2026, allegate al presente provvedimento quale **Allegato 2**, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale;
2. Di adottare, nell'ambito dell'AST di Macerata, la *"Scheda di registrazione degli atti contenitivi"*, riportata nell'Appendice 2 dell'Allegato 2 al presente provvedimento, quale strumento per la registrazione degli atti contenitivi.
3. Di dare atto infine che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell'albo pretorio informatico aziendale a norma dell'art. 39 della L.R. n. 19 dell'08.08.2022;
4. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28 della L.R. 19/2022.

Il Direttore UOC DAO
Dott.ssa Cristiana Valerii

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Angelica Callarelli

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E DI LEGITTIMITA'
Il sottoscritto esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del presente provvedimento e ne propone l'adozione al Direttore Generale AST.

Si richiede la pubblicazione all'*Albo on line*:
[X] INTEGRALE

Il Direttore UOC DAO
Dott.ssa Cristiana Valerii

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

1. Attestazione Contabile
2. "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) ***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***

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-intellettiva, 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 parta 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 unna 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 multinfartuale, 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 necessità 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

Tecniche di *de-escalation* Le tecniche di *de-escalation* si strutturano in 5 fasi.	
APPROCCIARE	Ottenere l'attenzione della persona tesa/arrabbiata chiamandola per nome oppure se non la conosciamo usando il termine "Signore/a!" o se la situazione necessità 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).
METTERSI A DISPOSIZIONE	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 ***(ascolto attivo di Rogers)*** consiste nel mostrare attenzione (cognitiva e emotiva) senza giudicare e si palesa con: - ***rispecchiamento non verbale:*** muoversi insieme, lasciare spazio alla persona arrabbiata/agitata (distanza e ambiente), non tentare di toccarla); - ***rispecchiamento verbale:*** 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.
APPROFONDIRE	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.
TRATTARE	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).
TROVARE UN ACCORDO	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).

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

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.	Interventi nelle fasi del fattore scatenante: • 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) • 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; • 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; • 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); • 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; • attuare le tecniche di de-escalation precedentemente indicate.

Fase 3 della crisi (*arousal*): 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	Interventi nella fase della crisi: • individuare con chiarezza all'interno dello staff "chi fa che cosa", in particolare durante le urgenze, al fine di gestire l'aggressione in acuto • 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); • spostare l'interazione con un paziente – quando possibile – in un luogo a bassa stimolazione, con pochi suppellettili e oggetti potenzialmente lesivi; • considerare l'allontanamento dell'operatore se la semplice distanza di sicurezza non ne garantisce l'incolumità.
Fase 4 del recupero Graduale ritorno alla linea basale psico-emotiva ma con un livello di *arousal* ancora elevato e potenzialmente reattivo. Fase particolarmente delicata poiché il paziente è ancora molto recettivo verso eventuali nuovi trigger	Interventi nella fase del recupero: • evitare situazioni che possano re-innescare la sequenza di *arousal*; • proseguire il monitoraggio attivo e il mantenimento della distanza di sicurezza; • evitare comunicazioni troppo tempestive e inadeguate nei tempi e nei modi, rielaborazioni, giudizi ecc., che potrebbero innescare nuovi triggers
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: • 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; • segnalare l'evento nella documentazione clinica, compilando la scheda relativa alla gravità dell'evento aggressivo e, se indicato, la modulistica relativa agli eventi sentinella.

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 rapidi, 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 attutate,
  - 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 sanitari.

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 *de-escalation*	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 *stato di necessità* 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 *in stato di necessità*	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 *stato di necessità* 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 priodic 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

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

Appendice 1

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 privative 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 .

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».

Appendice 2

SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEGLI ATTI CONTENITIVI

ANNO DELLA RILEVAZIONE	
CODICE STRUTTURA	

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

Nome				
Cognome				
Codice Paziente				
Sesso				
Data di nascita		Maggiorenne al momento dell'atto contenitivo	Sì ☐	NO ☐
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 ☐	NO ☐

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 ☐	Data inizio: Ora inizio:
		Data fine: Ora fine:
	NO ☐	

** 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.