



Linee di indirizzo regionale per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di
cura della Salute Mentale:

Recepimento Accordo Rep. Atti n. 174/CSR del 23/10/2025 “Linee di indirizzo per il
superamento della contenzione”.



02c27d8b



A cura del Gruppo tecnico di lavoro istituito con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 11066 del 13.02.2026

Dott. Gemma Capano	Direttore UO Integrazione socio sanitaria Ospedale Territorio Regione del Veneto Coordinatore del Gruppo di Lavoro	
Dr. Massimiliano Pinton	Medico Psichiatra, referente SPDC Belluno	Azienda Ulss 1
Dr. Alessio Mineo	Medico Psichiatra, Responsabile UOS SPDC Conegliano	Azienda Ulss 2
Dr. Tonino Santomauro	Medico Psichiatra, Responsabile UOS SPDC Treviso	Azienda Ulss 2
Dr. Giovanni Zanuttigh	Responsabile UOS SPDC di Mestre	Azienda Ulss 3
Dr.ssa Chiara Garon	Medico Psichiatra, Referente SPDC San Donà di Piave	Azienda Ulss 4
Dr.ssa Laura Fusaro	Medico Psichiatra, Responsabile UOS SPDC Rovigo	Azienda Ulss 5
Dr. Gianni Ivo Tamiello	Medico Psichiatra, Direttore UOC Psichiatria 3	Azienda Ulss 6
Dr.ssa Silvia Tomelleri	Medico Psichiatra Responsabile UOS SPDC e Integrazione Ospedale Territorio Alto Vicentino	Azienda Ulss 7
Dr.ssa Elisa Pilotto	Medico Psichiatra, Responsabile UOS Percorsi Diagnostici-Terapeutici 1	Azienda Ulss 8
Dr. Antonio Zonin	Medico Psichiatra Responsabile SPDC B.Trento	Azienda Ulss 9
Dr.ssa Eva Dalla Costa	Medico Psichiatra, Responsabile UOS Gestione Continuità assistenziale Ospedale-Territorio	Azienda Ospedale Università Padova
Dr.ssa Rosa Perrone	Direttore f.f. UOC R.E.M.S. del Veneto	Azienda Ulss 9
Prof.ssa Michela Gatta	Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza SINPIA e Direttore UOC di Neuropsichiatria Infantile	Azienda Ospedale Università Padova
Dr.ssa Katia De Santi	Medico psichiatra Responsabile SPDC	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
Dr. Stefano Kusstatscher	Direttore UOC Rischio Clinico	Azienda Zero



02c27d8b



Dr.ssa Maria Vittoria Nesoti	Direttore Medico UOC Ospedale Sant'Antonio	Azienda Ospedale Università Padova
Dr.ssa Sara Mondino	Direttore Direzione Medica di Arzignano	Azienda Ulss 8
Dr. Luca Calò	Responsabile del Servizio Professioni Sanitarie Territoriali per i Distretti di Treviso	Azienda Ulss 2
Dr.ssa Anna Franceschini	Direttore UOC Ser.D.	Azienda Ulss 1
Dott.ssa Rosanna Bartolotta	Direttore UOS Disabilità non autosufficienza	Azienda Ulss 6
Dott.ssa Marilena Agresta	A supporto U.O. Integrazione socio sanitaria Ospedale Territorio	Regione Veneto



02c27d8b



Sommarrio

Premessa.....	4
1. Introduzione	5
2. Scopo del Documento.....	6
3. Campo di Applicazione.....	6
4. Abbreviazioni.....	6
5. Aspetti Etico Giuridici.....	7
6. Interventi per l'assessment elagestione dell'agitazione psicomotoria dell'aggressività.....	9
6.1. Scale di Valutazione	
6.2. De Escalation	
7. Interventi prioritari per il progressivo Superamento della Contenzione.....	13
7.1 Promuovere il rispetto dei diritti e della dignità delle persone	
7.2 Monitoraggio del fenomeno della contenzione meccanica	
7.3 Rafforzare le attività di formazione specifica a tutto il personale	
7.4 Rafforzare i percorsi di presa in carico territoriale e il lavoro in rete	
7.5 Migliorare la qualità dei luoghi di cura e l'accessibilità dei servizi	
8. La specificità del reparto ospedaliero di Neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza.....	21
9. La specificità della Residenza per l'Esecuzione delle misure di sicurezza	22
10. Aspetti trasversali - La sicurezza.....	24
11. Monitoraggio a carico della Aziende.....	25
Allegati.....	26
Allegato 1 - Scheda di rilevazione e monitoraggio della contenzione meccanica	
Allegato 2 - Scheda di monitoraggio clinico assistenziale	
Bibliografia.....	28



02c27d8b



Premessa

Il presente documento definisce le "Linee regionali di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale". Esso aggiorna le *Linee di indirizzo per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa* (DGR 1106 del 06 agosto 2020), e contestualmente recepisce l'Accordo Rep. Atti n. 174/CSR del 23/10/2025 "Linee di indirizzo per il superamento della contenzione".

Queste linee di indirizzo mirano a favorire il progressivo superamento della contenzione meccanica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), nei reparti ospedalieri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), come previsto dall'Intesa Stato-Regioni.

Sul tema della contenzione meccanica in luogo di cura già nell'aprile 2015 il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel parere "la Contenzione: problemi bioetici" affermava: "Sul piano giuridico, poiché vengono in rilievo i diritti fondamentali della persona, si sottolineano i limiti rigorosi della giustificazione per la contenzione. Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'extrema ratio e si deve ritenere che – anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a 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."

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

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

1. Introduzione



02c27d8b



Il presente documento mira a delineare un quadro puntuale dei setting di cura, e delle loro specificità, fornendo indicazioni mirate per supportare un graduale abbandono delle pratiche di contenzione meccanica nei contesti assistenziali.

Esso promuove la prevenzione della contenzione meccanica nell'ambito di strategie volte a prevenire e contrastare i comportamenti aggressivi, verbali e agiti, sposando il principio che "prevenire aggressioni rende efficace la cura" e che "la contenzione è antiterapeutica".

Vieppiù, nell'ambito della cura in tema di salute mentale, il fenomeno della contenzione assume un significato particolare, in primo luogo per l'importanza che in psichiatria assume il tema della libertà personale in riferimento al soggetto e alla sua capacità/incapacità di agire in quanto tale e in secondo luogo perché investe la percezione sociale della professione e della malattia mentale.

Il concetto di "contenzione" varia ampiamente in letteratura scientifica ed etico-giuridica nazionale e internazionale. Innanzitutto, occorre specificare che in questo documento ci si riferisce alla contenzione meccanica: essa è definita come "metodica manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall'individuo e che ne limita la libertà dei movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo" (Bleijlevens et al., 2016).

Generalmente si distingue anche tra la "contenzione fisica" e la "contenzione farmacologica o chimica", quest'ultima consistente nella somministrazione di farmaci tranquillanti o sedativi per ottenere una rapida "tranquillizzazione". Tra le tecniche di contenzione fisica, si può ulteriormente distinguere tra "contenzione meccanica" e "contenzione manuale", che consiste nell'uso della forza fisica da parte del personale sanitario al fine di bloccare il paziente, ma senza presidi meccanici esterni. Esistono, inoltre, la "contenzione relazionale" e la "contenzione ambientale", che varia dalla limitazione di visite e contatti con l'esterno fino alla chiusura delle porte del reparto. È chiaro che non tutte le forme di contenzione suscitano le stesse problematiche dal punto di vista costituzionale.

In Italia, la contenzione meccanica è un fenomeno che ha iniziato ad essere oggetto di un'attenzione specifica a livello nazionale alcuni anni fa. La Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato della Repubblica ha svolto nel corso del 2016 e del 2017 un'indagine conoscitiva sul ricorso alla contenzione meccanica in Italia, focalizzando il tema dal punto di vista del rispetto della dignità e dei diritti della persona.

2. Scopo del documento

Lo scopo del documento è di aggiornare le Linee di indirizzo regionali per il superamento della contenzione orientate a:



02c27d8b



- **promuovere modelli di cura relazionali ed efficaci** (ambiente terapeutico, attività strutturate, formazione del personale, lavoro di equipe), in linea con gli indirizzi nazionali e con l'accordo Stato-Regioni sull'eliminazione progressiva della contenzione
- **ridurre e, progressivamente, superare l'uso della contenzione meccanica** nei luoghi di cura della salute mentale, limitandone l'impiego a casi eccezionali, strettamente motivati e temporanei.
- **fornire indicazioni aggiornate e condivise alle Aziende Sanitarie** su criteri di utilizzo, durata, monitoraggio, registrazione della stessa.

3. Campo di applicazione

L'ambito di applicazione delle presenti linee di indirizzo è rappresentato dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dai reparti ospedalieri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e dalla Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS, struttura del SSSR). Le indicazioni proposte possano costituire uno strumento utile per lo sviluppo di strategie di prevenzione e contrasto della contenzione meccanica in tutti i contesti che necessitano di specifica attenzione.

4. Abbreviazioni

SPDC: Servizio psichiatrico di diagnosi e cura

NPIA : Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

REMS: Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

CNB: Comitato nazionale di Bioetica

CEDU: Corte Europea dei Diritti dell'Uomo

SSSR : Servizio Socio-Sanitario Regionale

CP: Codice penale

CD in diritto : Cosiddetta

PANSM: Piano di Azioni Nazionali Salute mentale

ATS: Ambiti territoriali sociali

MMG: Medico di Medicina Generale

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

DEC: stanza di decompressione

ONSEPS: Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Sociosanitarie

5. Aspetti etico giuridici

Sotto il profilo normativo non vi è una specifica norma positiva di legge che attribuisca al medico la liceità di contenere fisicamente il paziente. L'utilizzo della contenzione è anzitutto vincolato a precisi obblighi di ottemperanza che derivano dalla Costituzione, dalle norme del codice penale, del codice civile e del codice etico e deontologico in tema di violazione di libertà individuale, di consenso alle cure e di tutela della salute.



02c27d8b



Sul piano etico, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha fissato i seguenti punti fermi: «il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio*» e, anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio, essa deve avvenire «solamente in situazioni di reale necessità ed 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» (Parere 23 aprile 2015).

Sul piano costituzionale, in materia di contenzione i riferimenti normativi sono dati dagli articoli della Costituzione 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. 13 (che sancisce il principio dell'inviolabilità della libertà personale) prevede, al quarto comma, la punizione di ogni violenza fisica e morale "sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà" e riguarda gli interventi coercitivi, mentre invece 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.

Sul piano normativo, la contenzione meccanica non è considerata come atto terapeutico e, se non scriminata dallo stato di necessità, da valutarsi in base a criteri rigorosi, comporta per i sanitari la responsabilità per sequestro di persona, ovvero responsabilità del medico per atti compiuti in mancanza di consenso del paziente – inquadri tra i delitti (dolosi) contro la libertà individuale.

Nel nostro ordinamento non esiste una disposizione di legge che autorizzi esplicitamente l'uso dei mezzi di contenzione. La legittimazione giuridica della contenzione si fonda esclusivamente sullo stato di necessità (art. 54 c.p.), il quale sussiste quando il danno o il pericolo a cui si espone il paziente è proporzionato a quello che si intende evitare.

L'art. 54 del codice penale stabilisce: «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo».

Per poter richiamare uno 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)

La decisione di mettere in pratica la contenzione è del medico ma non è un "atto medico" in quanto, non terapeutico. Si tratta di una misura eccezionale, cautelare e temporanea, che comporta l'assunzione di responsabilità penale, civile o disciplinare da parte di chi la prescrive e di tutte le figure sanitarie coinvolte nell'assistenza.

Il medico, quando sussiste il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicide 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).

Il ricorso alla contenzione, comunque, deve essere assolutamente limitato al tempo strettamente necessario. Deve essere effettuato con mezzi idonei e proporzionali alle circostanze, da personale debitamente formato con continua e stretta sorveglianza dell'assistito, al fine di prevenire le complicanze e garantire la sicurezza, va annotato in cartella clinica ogni dato necessario al monitoraggio della contenzione.

Si riporta un elenco sintetico delle sentenze più rilevanti e recenti riguardanti la contenzione meccanica in ambito sanitario e psichiatrico:



02c27d8b



Cassazione Penale, Sez. V, n. 50497 – 2018 (Sentenza Mastrogiovanni): Sentenza cardine degli ultimi anni che definisce la contenzione priva di base legale se non strettamente necessaria a evitare un danno imminente; in caso contrario, configura il reato di sequestro di persona.

Cassazione Penale, Sez. V, n. 32053 – 2021: Conferma che la contenzione meccanica non è mai un atto medico-terapeutico, ma una misura eccezionale basata esclusivamente sullo stato di necessità (Art. 54 c.p.).

Cassazione Penale, Sez. IV, n. 18413 – 2022: Ribadisce la responsabilità della struttura e dei medici per omessa vigilanza e carenza di protocolli di sicurezza nella gestione di pazienti fragili sottoposti a restrizione.

Corte Costituzionale, Sentenza n. 22 – 2022: Pur non trattando direttamente la contenzione meccanica, interviene sulla tutela della libertà personale dei soggetti fragili, sottolineando che ogni restrizione deve essere circondata da garanzie giurisdizionali.

Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU), Lavorgna c. Italia (Ricorso n. 17743/20) – 2024: Condanna l'Italia per trattamento inumano e degradante (Art. 3 CEDU) a causa di una contenzione prolungata per 8 giorni in un SPDC.

6. Interventi per l'assessment e la gestione dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività

L'agitazione psicomotoria e l'aggressività rappresentano manifestazioni cliniche complesse, spesso legate a condizioni psichiatriche, neurologiche, tossiche/farmacologiche e/o di altra natura organica, che possono rapidamente compromettere la sicurezza del paziente, degli altri utenti e del personale. La gestione di tali episodi richiede un approccio strutturato, graduale e centrato sulla persona, che integri valutazione del rischio e interventi non farmacologici (soprattutto la de-escalation verbale e non verbale) sempre nel rispetto della dignità del soggetto.

6.1 Scale di valutazione

La valutazione sistematica del comportamento aggressivo è fondamentale per identificare tempestivamente il



02c27d8b



rischio di violenza, monitorare l'evoluzione del comportamento nel tempo e la risposta agli interventi e pianificare strategie di gestione personalizzate e appropriate al contesto clinico. Le scale di valutazione qui presentate costituiscono alcuni degli strumenti validati per la misurazione oggettiva della frequenza, gravità e tipologia degli episodi aggressivi, da utilizzare in integrazione con la valutazione clinica globale del paziente.

- BARS Behaviorally Anchored Rating Scales <https://minicoursegenerator.com/dictionary-of-education-terms/it/behaviorally-anchored-rating-scale-bars>.

La BARS (Behavioral Activity Rating Scale) è uno strumento standardizzato utilizzato per valutare rapidamente il livello di agitazione psicomotoria o sedazione di un paziente.

Scopo della BARS (Agitazione): lo scopo principale è fornire una valutazione oggettiva e immediata dell'attività comportamentale per aiutare le decisioni cliniche. È particolarmente utile in contesti di emergenza (Pronto Soccorso) e reparti psichiatrici per prevenire episodi di violenza.

- Brøset <https://www.risk-assessment.no/files/bvc-versions/BVC%20Italian.pdf>

Brøset Violence Checklist (BVC). È uno strumento clinico utilizzato per valutare il rischio imminente di violenza e agitazione grave in pazienti psichiatrici o in Pronto Soccorso.

Scopo della scala BVC (Brøset). A differenza della BARS (che misura il livello attuale di attività), la BVC serve a prevedere se un paziente diventerà violento nelle successive 24 ore. Aiuta il personale sanitario nel decidere di intervenire preventivamente con tecniche di de-escalation o modifiche ambientali prima che la situazione degeneri.

- MOAS: <https://thereachinstitute.org/wp-content/uploads/2021/06/MOAS.pdf>

La scala MOAS (Modified Overt Aggression Scale) è una delle scale più utilizzate in ambito psichiatrico e riabilitativo per valutare e documentare la frequenza e la gravità dei comportamenti aggressivi e di agitazione.

Scopo della scala MOAS. Lo scopo principale è fornire una misurazione oggettiva dell'aggressività manifesta in un arco temporale definito (solitamente l'ultima settimana o le ultime 24 ore). Serve a monitorare l'efficacia delle terapie (farmacologiche o comportamentali), valutare il rischio di recidiva di episodi violenti, standardizzare la cartella clinica trasformando osservazioni soggettive in dati numerici confrontabili.

6.2 De-escalation

La de-escalation rappresenta la risposta di prima linea e la tecnica più efficace per la gestione del comportamento aggressivo in ambito sanitario, in particolare nei servizi di salute mentale. Per De-escalation si intende un intervento che utilizza la regolazione emozionale o tecniche di autogestione per contrastare il comportamento aggressivo o violento (NICE 2015) attraverso tecniche verbali e non verbali, con l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale, prevenendo l'evoluzione verso l'aggressione fisica.

Nell'approccio al paziente agitato, ma sufficientemente cooperativo è buona pratica attuare le tecniche di de-escalation verbale, nelle modalità ribadite nella Raccomandazione Ministeriale n.8/2025 e che prevedono che l'operatore padroneggi tre aspetti:

- Il controllo di sé stesso;
- La posizione fisica;



02c27d8b



- La de-escalation verbale.

La conoscenza e la padronanza di tali tecniche consentono al soggetto di gestire le proprie emozioni, riprendere il controllo di sé e mantenere la sicurezza. I comportamenti aggressivi esprimono sovente uno stato di esasperazione ed una richiesta di aiuto, forte e distorta. Valutare le situazioni di potenziale aggressività, quando si entra in contatto con un paziente/utente, è fondamentale per la gestione dell'evento e per ridurre le conseguenze.

L'episodio di violenza è frutto di una progressione di fasi la cui conoscenza può consentire al personale di comprendere quanto accade, interrompere il peggioramento della situazione e favorire il rientro alla normalità.

L'escalation avviene in genere in quattro fasi:

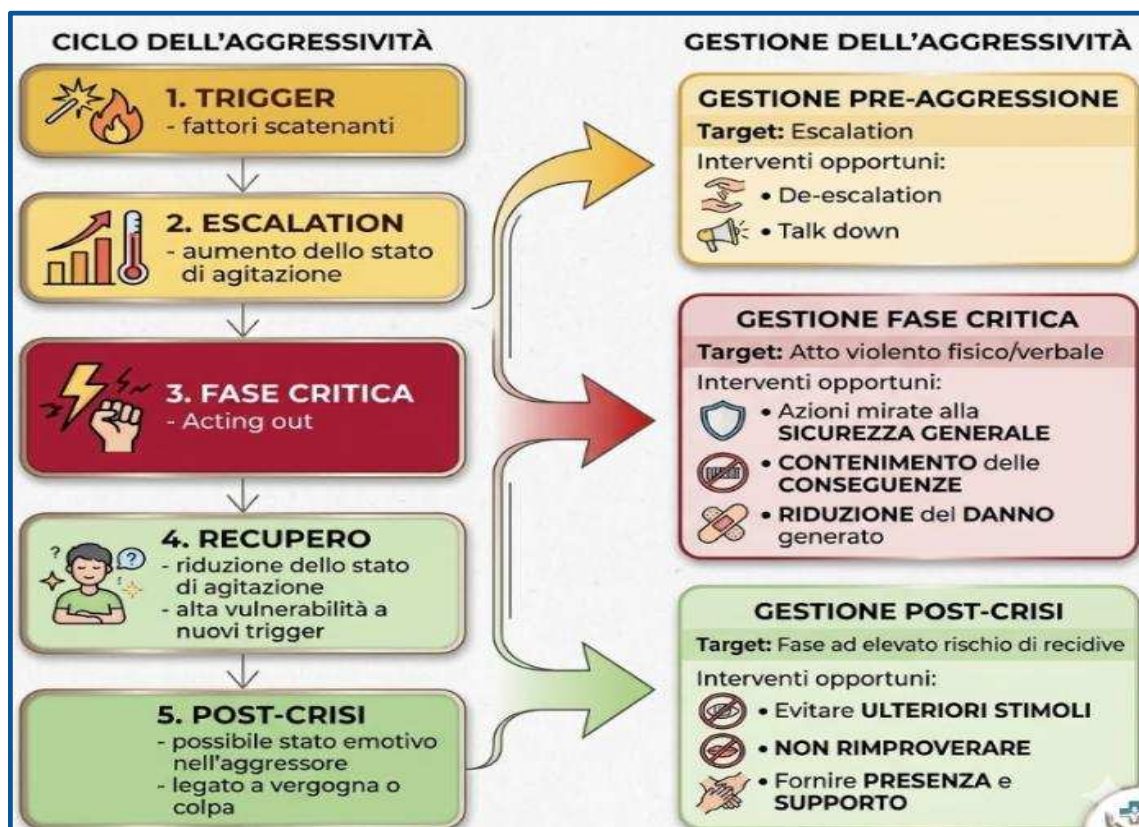
- Fase del fattore scatenante, nella quale comportamenti verbali, mimici o comportamentali rendono percepibile l'avvio del processo.
- Fase dell'aumento progressivo di intensità, in cui le probabilità di successo degli interventi sono legate alla tempestività con cui vengono messi in atto.
- Fase critica, rappresentata dal punto culminante di eccitamento, in cui l'attenzione deve essere focalizzata sulla sicurezza e sul contenimento delle conseguenze.
- Fase del recupero, particolarmente delicata in quanto interventi troppo precoci, volti all'elaborazione dell'episodio, possono scatenare una riacutizzazione della crisi.

Fig.1 Ciclo e gestione dell'aggressività



02c27d8b





Nella fase dell'aumento progressivo di intensità, e molto meno nella fase critica, è possibile utilizzare delle tecniche di de-escalation che prevedono un approccio verbale (Talk Down) mirato al contenimento progressivo dell'aggressore, tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze e l'avvio di una procedura di negoziazione, che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi deviando il percorso comportamentale. Le tecniche di de-escalation prevedono una serie di azioni da attuare in relazione al contesto con cui ci si confronta, come ad esempio procedere con un approccio verbale mirato al contenimento graduale dell'aggressività tramite il riconoscimento positivo delle difficoltà/necessità/motivazioni espresse dal soggetto aggressivo al fine di innescare un cambiamento comportamentale. In questo ambito si colloca il **talk down**, ossia una modalità comunicativa calma, ferma e rassicurante, finalizzata a ridurre la tensione e a favorire la collaborazione della persona. Lo scopo è quello di instaurare una comunicazione adeguata e una relazione stabile e fiduciosa con il soggetto, chiamandolo per nome, utilizzando frasi brevi con termini semplici, mantenendo un tono di voce pacato, assertivo e rassicurante e ponendosi in maniera accogliente. La fermezza, l'orientamento agli obiettivi, la razionalità e l'empatia sono aspetti fondamentali da trasmettere al soggetto nelle fasi iniziali per tentare di contenere e risolvere il comportamento dirompente. Una volta abbassati i toni dell'interazione, occorre interagire applicando una comunicazione fondata sulle strategie di negoziazione. La rabbia della persona aumenta spesso per la sensazione di non essere compresa, per tale ragione occorre utilizzare una comunicazione non giudicante riconoscendo in modo positivo i sentimenti e le motivazioni dell'altro, senza legittimare i comportamenti, sviluppare comprensione volta a contenere l'aggressività e creare un clima di collaborazione finalizzato al problem solving.

Fig. 2 Tecniche di comunicazione verbale e non verbale



02c27d8b



VERBALI	NON VERBALI
Utilizzare un tono di voce basso e monotono, calmo e rassicurante	Cercare di far sedere l'altro sedendoti anche tu; sedersi può di per sé abbassare la tensione; se l'altro non vuole sedersi, rimanere in piedi
Non aumentare il tono della voce; se l'altro aumenta il tono mantenere lo stesso tono di voce o addirittura abbassarla	Non toccare anche bonariamente l'altro; non invadere il suo spazio
Essere consapevoli che un soggetto agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto; mostrare sempre rispetto, pur ponendo dei limiti con fermezza	Modellare una postura rilassata; evitare posture chiuse interpretabili come difensive o aggressive (non stare a braccia conserte o muoversi rapidamente o puntare l'indice o gesticolare); rendere i gesti fluidi e rilassati
Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta, senza spostare il discorso su altri temi	Non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi
Non rimproverare, non giudicare, non rispondere con toni aggressivi simmetrici o con minacce	Senza fissare negli occhi. Mantenere sempre il contatto visivo con la persona rilassando i muscoli del volto, permettendo all'altro di sospenderlo
Verificare sempre di aver compreso e di essere stato compreso, ripetendo o parafrasando quanto detto	Rilassare i muscoli del volto, non esprimere rabbia o paura, ma apparire sicuro e centrato
Non argomentare per provare a far cambiare idea, ma, se possibile suggerire nuove possibilità e scelte alternative	Non sorridere
Non dare ordini; evitare espressioni radicali come "no", "non si può", tu devi", ecc.	Rimuovere dalle vicinanze o dalla propria persona oggetti taglienti e potenzialmente pericolosi

7. Interventi prioritari per il Progressivo Superamento della Contenzione



02c27d8b



Le indicazioni di seguito elencate si rivolgono ai differenti livelli di governance dei servizi sanitari e socio sanitari, coinvolgendo tutti gli attori interessati al percorso assistenziale, negli SPDC, nei reparti ospedalieri di NPJA e nelle REMS e tutti gli operatori della salute mentale, oltreché gli assistiti, i familiari e i caregiver.

Nell'ambito dei setting assistenziali del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) rappresenta il luogo di riferimento per la gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica, risultando pertanto particolarmente coinvolto rispetto a questo tema.

Nel continuo processo di promozione della qualità delle cure, negli SPDC, il risk management è uno strumento fondamentale che mette insieme strategie, pratiche e processi per la sicurezza della cura (PANSIM 2025-2030). Tra le azioni da implementare viene posta attenzione alla segnalazione e all'analisi di eventi avversi legati all'aggressività etero diretta e segnalazioni di eventi verificatisi per problematiche strutturali/ambientali e la presenza di procedure specifiche di prevenzione e gestione dell'aggressività.

7.1 Promozione attiva dei diritti e della dignità delle persone

Nell'ambito di questo tema l'accesso all'informazione rappresenta un elemento cruciale per garantire trasparenza, partecipazione e qualità delle cure nei servizi di salute mentale. È pertanto essenziale che tutte le persone coinvolte — pazienti, familiari, caregiver, operatori sanitari, associazioni del territorio e la comunità più ampia — dispongano di informazioni chiare, aggiornate e facilmente fruibili.

Indicazioni

- a) Adozione nei luoghi di cura della Salute Mentale di strategie per favorire un'informazione capillare.

Le Aziende promuovono la predisposizione e la diffusione capillare di materiale informativo. In particolare:

- Ogni Servizio deve essere dotato di Carta dei Servizi.
- Le informazioni devono essere di facile accessibilità sui siti istituzionali.
- Laddove possibile, un set di informazioni deve essere trasmesso sugli schermi delle sale d'attesa con brevi spot.
- Le informazioni presenti in forma cartacea nelle carte dei Servizi, devono poter essere accessibili in più lingue e tramite QR code, per facilitare la consultazione in sede e a distanza, e garantire così la massima inclusività e usabilità.

- b) Adozione, nei luoghi di cura della salute mentale, di strategie e strumenti volti a migliorare la disponibilità all'ascolto e l'empatia all'interno della relazione terapeutica

Per quanto riguarda la relazione di cura, è fondamentale che le modalità di interazione e comunicazione con le persone assistite – e tra gli operatori stessi – siano orientate alla costruzione di una relazione terapeutica di fiducia. Sono promosse e raccomandate:

- La qualità dell'interazione: uno stile empatico e accogliente e non giudicante.
- Costruzione della fiducia tra utente e operatore.
- Il coinvolgimento dei familiari ove possibile anche durante la degenza.
- Il coinvolgimento del paziente nel piano di cura.
- Empowerment e supporto.

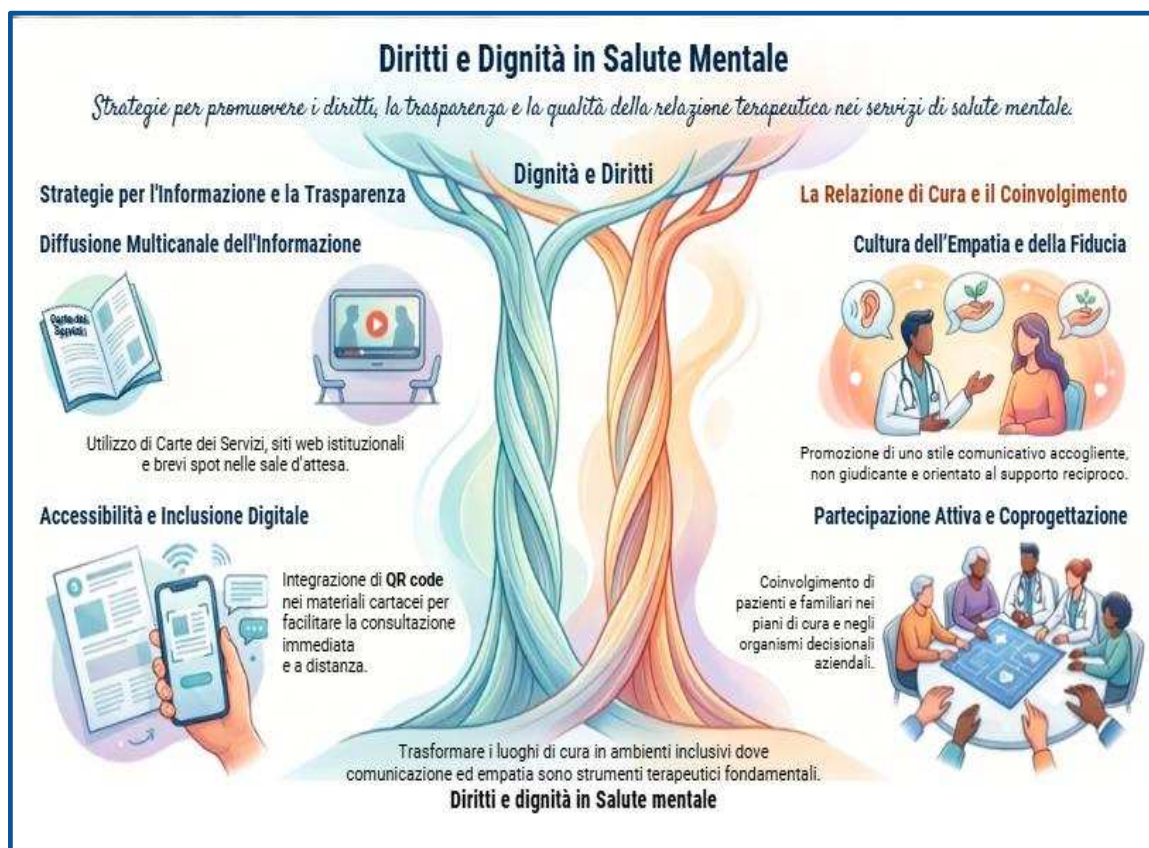
- c) Coinvolgimento di forme associative di assistiti e familiari negli organismi decisionali relativi alla cura nell'ambito della salute mentale

- Sono raccomandate la rappresentanza degli stakeholders negli organismi rappresentativi e la coprogettazione di programmi di partnership.



02c27d8b





7.2 Monitoraggio del fenomeno della contenzione meccanica

La prescrizione della contenzione è un atto di competenza medica che valuta indicazioni/controindicazioni e potenziali eventi avversi e deve essere registrata nella cartella clinica. L'intervento di contenzione non dovrebbe superare le 12-24 ore e la prosecuzione oltre le 12/24 ore, dovrà essere supervisionata dal medico Responsabile del SPDC e/o il Direttore dell'UOC.

Il consolidamento delle iniziative già attive a livello aziendale e l'uniformazione delle modalità di monitoraggio consentono di costruire sistemi di rilevazione affidabili e realmente utili, capaci di restituire una conoscenza analitica del fenomeno in termini di frequenza, durata, circostanze e setting assistenziale in cui esso si verifica. La disponibilità di dati omogenei e strutturati permette di trasformare le informazioni raccolte in azioni concrete di miglioramento, orientando le risorse verso strategie di prevenzione delle crisi comportamentali che riducono il ricorso alla contenzione, nel rispetto della dignità delle persone assistite e della sicurezza degli operatori.

Indicazioni

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

Ogni Azienda deve dotarsi e promuovere il corretto utilizzo e vigilare sulla corretta implementazione di

- Un modello di scheda di rilevazione e monitoraggio della contenzione che illustri i contenuti informativi minimi (Allegato 1) tenendo distinti gli ambiti diagnostici.
- Azioni di monitoraggio anche in altri contesti assistenziali nei quali sia potenziale il ricorso alla contenzione meccanica.

- b) Predisposizione di interventi volti ad individuare fattori di rischio per il ricorso alla contenzione e azioni di



02c27d8b



prevenzione e riduzione del rischio

Oltre al monitoraggio del fenomeno della contenzione ogni Azienda deve:

- Identificare un gruppo di lavoro dedicato alla gestione del rischio clinico.
- Monitorare segnalazioni ed analisi di eventi avversi legati all'aggressività eterodiretta e attuazione di procedure di prevenzione e gestione dell'aggressività.
- Utilizzare l'audit per ogni evento rilevante connesso a comportamenti aggressivi e report annuale per casistica eventi sentinella.
- Aggiornare periodicamente le procedure sulla base degli audit.



7.3 Rafforzare le attività di formazione specifica a tutto il personale

La formazione risulta fondamentale per fortificare una cultura comune a tutto il personale, che contempli la capacità di corretta analisi degli aspetti del fenomeno a partire dai principi della prevenzione della contenzione meccanica con particolare attenzione ai determinanti correlati alla potenziale riduzione del fenomeno (fattori predisponenti, precipitanti, strategie di prevenzione, interventi alternativi, comunicazione, consenso) fino ai principi di gestione del rischio clinico.

Indicazioni

Realizzazione di percorsi formativi e di aggiornamento per gli operatori con particolare attenzione ai neoassunti/neo inseriti.

Ogni azienda deve prevedere una formazione obbligatoria che comprenda le seguenti tematiche:

- Principi giuridici, rischio clinico, consenso e responsabilità professionale.
- Conoscere le strategie alternative alla contenzione.
- Conoscere i segni precoci di escalation e le tecniche di de-escalation.
- Conoscere gli stili comunicativi nella relazione professionale e di aiuto.
- La presa in carico del paziente contenuto o sedato con monitoraggio clinico assistenziale.
- Prevedere refresh annuale e formazione mirata per i neoassunti e personale di nuova assegnazione.



02c27d8b



- Prevedere la possibilità di visiting a reparti no restraint.



7.4 Rafforzare i percorsi di presa in carico territoriale attraverso l'integrazione e il coordinamento con altre aree

La prevenzione del ricorso alla contenzione passa necessariamente anche attraverso il rafforzamento della presa in carico multidisciplinare e dell'integrazione tra rete dei servizi ospedalieri e rete dei servizi territoriali. Le persone con disturbi mentali gravi hanno maggiori probabilità di sperimentare una situazione sociale complessa, caratterizzata da povertà, isolamento sociale, esclusione, disoccupazione, stigma, bisogni abitativi e maggiore probabilità di morte prematura. Doversi misurare con variabili così differenti implica la strutturazione di percorsi assistenziali complessi. Tali percorsi necessitano di:

- Facilità di accesso dell'utenza, in particolare per i giovani.
- Percorsi diagnostico-terapeutici definiti e dedicati.
- Competenze elevate degli operatori sanitari.
- Coinvolgimento dell'utenza, delle famiglie e degli stakeholders.
- Interazioni con altre Istituzioni pubbliche e private da parte dei servizi sanitari.
- Gestione delle risorse economiche volta all'integrazione socio sanitaria (Budget di salute).
- Lotta allo stigma e alla discriminazione.
- Percorsi di inclusione sociale anche in collaborazione con il Terzo Settore.

Una risposta coordinata ed integrata tra i servizi e relativi professionisti contribuisce ad una efficace ed efficiente gestione degli assistiti, in particolar modo laddove si palesano elementi di possibile complessità (comorbidità psichiatrica, disabilità, non autosufficienza, ambito emergenza urgenza, specifici aspetti socio culturali).

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



02c27d8b



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

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

Il modello "a matrice" richiamato dall'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 rappresenta il fulcro teorico e organizzativo per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale nell'ambito della salute mentale.

E'uno strumento organizzativo integrato e inclusivo concepito per superare la frammentazione dei servizi sanitari e sociali. L'obiettivo principale è spostare il baricentro dell'assistenza dai luoghi di cura alla persona, garantendo la continuità terapeutica direttamente nel tessuto di prossimità. Si basa all'incrocio di due assi principali:

- I Servizi Specialistici rappresentati dai Dipartimenti di Salute Mentale, dai Servizi per le dipendenze (SerD) e dalla Neuropsichiatria Infantile (NPIA).
- La rete territoriale di prossimità rappresentata dai Distretti Sanitari, dalle Case di Comunità, dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dai servizi sociali dei Comuni, ora ATS, e dagli attori del Terzo Settore.

Il trattamento integrato risulta l'unica modalità di erogazione di cura percorribile per una condizione di complessità assistenziale che caratterizza le persone con disturbi dello spettro schizofrenico, la depressione, il disturbo bipolare e i gravi disturbi di personalità.

Indicazioni

In Tutti i servizi che si occupano della presa in carico di pazienti con problematiche di salute mentale vanno istituite e periodicamente revisionate:

- Procedure della presa in carico con particolare attenzione all'assessment multidisciplinare e multidimensionale e alla definizione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)
- Procedure per garantire la continuità assistenziale in tutti i SPDC, i reparti ospedalieri di NPIA e nella REMS e che dettagliano il percorso del paziente e gli step relativi al trasferimento di informazioni e delle dimissioni programmate.
- Protocolli a livello di ogni singola Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria di collaborazione finalizzato all'implementazione di una rete di assistenza e supporto per gli assistiti e i familiari.
- Protocolli o istruzioni operative con i Dipartimenti di Emergenza Urgenza e con le Forze dell'Ordine.

Rispetto a quest'ultimo aspetto, un coordinamento efficace con le Forze dell'Ordine e con l'eventuale servizio di vigilanza interno rappresenta un valido supporto allo staff curante in caso sia presente un rischio effettivo imminente di atti aggressivi, limitando così il ricorso a pratiche coercitive come la contenzione e permettendo di lavorare con strategie volte alla de-escalation in un contesto di adeguata sicurezza. Insieme a questi, la definizione di protocolli o istruzioni operative con i Dipartimenti di Emergenza e Urgenza hanno la finalità di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri in SPDC.

Il Piano Azioni Salute Mentale 2025-2030 (PANSM) dedica all'uopo un paragrafo specifico nell'ambito della trattazione del Risk management.

Nel PANSM si legge che *"Nei casi di aggressività manifesta ovvero potenziale e imminente..., è compito delle Forze dell'Ordine agire per un'azione a carattere repressivo ovvero preventivo, ove necessario, adeguatamente proporzionata all'evento stesso. L'azione preventiva/repressiva, inquadrabile all'interno della tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica, sarà quindi finalizzata alla salvaguardia dell'incolumità del soggetto ovvero degli altri"*



02c27d8b



soggetti presenti, ivi compresi gli operatori sanitari, indipendentemente dalle eventuali alterazioni delle facoltà mentali del soggetto aggressivo. L'obiettivo delle attività trattamentali in capo al personale sanitario è sempre orientato alla cura dei quadri clinici eventualmente diagnosticati e può prevedere un contenimento farmacologico dell'aggressività secondo linee di indirizzo condivise.



7.5. Migliorare la qualità dei luoghi di cura e l'accessibilità dei servizi

La qualità degli ambienti di cura è componente essenziale dell'intervento terapeutico: lo spazio non è solo contenitore delle azioni cliniche, ma fattore attivo che modula il benessere psicofisico delle persone accolte e delle persone che vi lavorano. Strutture progettate e gestite con attenzione all'accoglienza, al comfort e alla prossimità ai contesti di vita ordinaria favoriscono sicurezza, orientamento e partecipazione, contribuendo alla costruzione di relazioni basate sul rispetto e sulla fiducia. Ambienti curati riducono l'insicurezza e l'isolamento, facilitano la comunicazione e la condivisione, e possono diminuire la comparsa di comportamenti aggressivi o di disturbo,



02c27d8b



migliorando così gli esiti clinici e l'esperienza complessiva dell'assistenza.

Il concetto di umanizzazione in sanità trova i suoi fondamenti nel processo evolutivo che ha visto modificarsi il modo di intendere la "salute" e i mezzi impiegati per garantirla. La transizione dall'approccio biomedicale, secondo cui curare la malattia voleva dire trattare l'organo malato, a quello bio-psico-sociale ha introdotto una visione multidimensionale della salute che ha spostato l'attenzione dall'organo malato all'individuo nella sua totalità, collocandolo nell'ambiente fisico e relazionale in cui viene curato e affermando definitivamente il principio indiscusso della "centralità del paziente". In tale rinnovato contesto culturale il paziente è inteso non solo come portatore di patologia ma come persona con esigenze fisiche, funzionali, psico-emotive e relazionali e anche con un inalienabile mondo di valori. Numerosi studi hanno dimostrato, anche sulla base di rilievi in situ, che il modo in cui il paziente e i familiari vivono e percepiscono l'esperienza della malattia, è influenzato sia da fattori di tipo clinico, medico e professionale, sia da elementi di altra natura, riferibili a sfere diverse da quella strettamente biologica, non solo incidono notevolmente sul modo di vivere e percepire l'esperienza della malattia, ma hanno ricadute sugli stessi esiti clinici. In particolare, ciò che viene indicato come particolarmente significativo riguarda aspetti quali il livello delle interazioni tra personale sanitario e pazienti, l'accesso alle informazioni, la qualità dell'ambiente fisico in cui vengono curati, l'adozione di un approccio che supporti in senso olistico la persona nella sua complessità: la sua mente, il suo corpo, il suo spirito.

Indicazione

- a) Valutazione delle condizioni e delle possibili azioni di adeguamento strutturale degli SPDC, dei reparti ospedalieri di NPIA e delle REMS

Le aziende devono verificare e promuovere una collaborazione tra i responsabili dei servizi e i competenti uffici tecnici aziendali, affinché i luoghi siano effettivamente idonei a svolgere attività sanitarie, riabilitative, ricreative e di socializzazione in condizioni di sicurezza, decoro, riservatezza e comfort ed eventualmente programmare interventi di manutenzione, ristrutturazione e riqualificazione per:

- Adeguare stanze e arredi
- Adeguare le aree comuni
- Adeguare dove possibile l'accesso ad aree esterne

- b) Rivalutazione e eventuale aggiornamento degli standard strutturali di SPDC, reparti ospedalieri di NPIA e REMS

Le aziende devono promuovere una rivalutazione e un aggiornamento dei luoghi di cura della salute mentale, SPDC, NPIA e REMS, così da allineare standard più evoluti di qualità assistenziale. Deve essere garantito:

- Comfort ambientale attraverso spazi adeguati per dimensioni e arredi, presenza di stanze singole ove possibile, disponibilità di aree comuni e spazi esterni fruibili e attrezzati.
- Migliorare l'accessibilità, attraverso una regolazione flessibile degli orari di visita e la valorizzazione del coinvolgimento di familiari, associazioni e altri soggetti del territorio.
- Modelli assistenziali improntati all'umanizzazione delle cure, fondati su ascolto, accoglienza, partecipazione e rispetto della persona. Tale orientamento implica la capacità di riconoscere i bisogni individuali e le differenze legate all'età, al genere, alle condizioni di fragilità fisica e psicologica, nonché alle specificità religiose, etniche e linguistiche



02c27d8b





8. La specificità del reparto ospedaliero di Neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza

Il reparto Ospedaliero di Neuropsichiatria Infantile si occupa di diagnosi, trattamento, assistenza di bambini e adolescenti affetti da malattie Neuropsichiatriche e, in particolare, della gestione delle emergenze e urgenze psichiatriche in età evolutiva e la stabilizzazione di quadri clinici psicopatologici gravi che necessitano di ricovero. Accoglie minori da 0 a 17 anni in un percorso che coinvolge anche la famiglia e gli altri servizi del territorio. In riferimento ai principi e alle strategie di prevenzione della contenzione dei minori vale quanto messo in campo per



02c27d8b



gli adulti; vi sono tuttavia ulteriori note di attenzione di cui, in base alle buone pratiche ed all'esperienza maturata presso questi servizi specifici, è necessario tenere conto:

- a. Coinvolgimento dei genitori: I genitori hanno il diritto di essere informati e coinvolti in tutte le fasi del percorso di cura dei minori, anche nelle situazioni più gravi in cui vi è limitazione o decadenza della responsabilità genitoriale, a meno che l'Autorità Giudiziaria non stabilisca diversamente.
- b. Gestione della crisi: l'agitazione psicomotoria e l'eteroaggressività possono essere improvvise, particolarmente violente ed essere fortemente influenzate, più che dalla psicopatologia di base, dagli elementi ambientali scatenanti e/o dalla presenza di abuso di sostanze, con una maggiore vulnerabilità a corto circuito di agiti e contro agiti. Ciò rende particolarmente importante la gestione ambientale e relazionale (de-escalation);
- c. Piano crisi condiviso: la formalizzazione di un vero e proprio "piano crisi" condiviso è particolarmente utile nelle persone minorenni. Questo strumento aumenta la consapevolezza del paziente, della famiglia e di tutto il contesto di cura, permettendo a tutti di:
 - Identificare precocemente i segnali di crisi
 - Gestire efficacemente l'episodio acuto
 - Intervenire tempestivamente per interrompere la crisi
 - Prevenire le dinamiche di escalation comportamentale
- d. Gestione della crisi nella disabilità intellettiva e autismo: la gestione della crisi e del discontrollo comportamentale nelle persone con disabilità intellettiva e/o autismo, minori o in età adulta, è possibile e richiede l'utilizzo di strategie mirate di analisi e modificazione delle catene comportamentali.

Soprattutto nell'assistenza a persone con disabilità intellettiva e/o autismo, ma non solo in queste fattispecie, e di certo non solo per la popolazione minorenni, si richiama l'attenzione al principio dell'accomodamento ragionevole, regolato principalmente dal D.Lgs. 62/2024 che ha integrato l'art. 5-bis della Legge 104/1992 e dal D.Lgs. 216/2003. Si rende quindi necessario adottare modifiche e adattamenti necessari e appropriati per garantire alle persone con disabilità il pieno godimento dei diritti, in questo caso di salute, su base di uguaglianza.

9. La specificità della Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza

La Residenza Sanitaria per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) accoglie utenti pazienti psichiatrici autori di reato con infermità mentale (totale o parziale) e con pericolosità sociale di grado elevato, per i quali è stata applicata una misura di sicurezza detentiva.

Svolge attività idonee a garantire:



02c27d8b



- La realizzazione di trattamenti specialistici terapeutico-riabilitativi e socio riabilitativi, con l'intento di incrementare l'adesione al trattamento e la consapevolezza del paziente.
- Il miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona, anche al fine della progressiva riduzione o superamento, laddove possibile, della pericolosità sociale. Essendo questo un concetto giuridico non può che essere inteso, da un punto di vista clinico, come una attenta e puntuale valutazione, che porta ad una stima dei fattori di rischio della reiterazione di reati od agiti violenti riconosciuti dalla letteratura scientifica internazionale: tale valutazione avverrà per ogni paziente anche attraverso la somministrazione di una batteria di test psicologici.
- L'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, delle capacità relazionali e delle abilità sociali.
- L'assistenza sanitaria di base e l'assistenza sanitaria specialistica non psichiatrica se eventualmente necessaria.

Attività terapeutiche e riabilitative interne alla struttura, secondo i principi della recovery, comprendono :

- Che i pazienti sono tenuti al rispetto di sé stessi e degli altri, pertanto vanno evitati atteggiamenti che producano tensione e disagio, nel rispetto di elementari regole di buona educazione e civile convivenza.
- Che sia continuativamente effettuata l'analisi e l'individuazione dei fattori di rischio di agiti violenti e reati del singolo paziente, anche attraverso l'evoluzione dell'insight sull'agito che ha portato all'internamento.
- Che i pazienti partecipino a colloqui individuali ed almeno un incontro di gruppo settimanale a finalità psicoterapeutica.
- Che i pazienti partecipino a colloqui individuali ed almeno un incontro settimanale finalizzato a condividere le possibilità e le regole legate all'aspetto comunitario.

Sono effettuati inoltre:

- Interventi di informazione e psicoeducazione per gli ospiti e per le famiglie degli ospiti
- Interventi individuali e di gruppo finalizzati al miglioramento della cura di sé ed alla tutela della salute fisica, con particolare attenzione all'educazione alimentare
- Interventi individuali e di gruppo finalizzati al miglioramento della cura del proprio ambiente di vita, dei propri indumenti, della partecipazione alla conduzione della struttura residenziale
- Interventi individuali e di gruppo finalizzati al miglioramento dell'autonomia personale, delle competenze relazionali e sociali, della gestione del denaro (Social Skill)
- Interventi individuali e di gruppo finalizzati al miglioramento della compliance e della conoscenza degli effetti terapeutici e indesiderati dei farmaci psicotropi
- Attività periodiche di ri-socializzazione, culturali, espressive e formative a titolo d'esempio: lettura di quotidiani e libri, ascolto della musica, visione commentata di film, arte-terapia.

L'organizzazione ed il regolamento della vita all'interno della R.E.M.S. si ispirano a principi di apertura, collaborazione, rispetto; si propongono di razionalizzare e migliorare la qualità del servizio e delle attività che vi si svolgono affinché ospiti, operatori e familiari possano trovare una buona integrazione e comunicazione. I pazienti hanno diritto al rispetto delle libertà individuali secondo le esigenze, le capacità e le autonomie di ciascuno, entro le limitazioni imposte dalle Misure di Sicurezza definitive o provvisorie e del Regolamento interno.

Per situazioni meno gravi, momentanei turbamenti dello stato di equilibrio o ancora stati di grande ansietà, si utilizza la stanza di decompressione.

La World Health Organization e il programma Quality Rights sostengono l'adozione di strategie di de-escalation, recovery e ambienti di comfort come alternative alle pratiche coercitive. Analogamente, il Council of Europe raccomanda di privilegiare interventi preventivi e relazionali rispetto a isolamento e contenzione.

In una REMS (ma anche in un SPDC), la stanza di decompressione può essere considerata:

uno spazio terapeutico a bassa stimolazione ambientale, destinato alla gestione precoce delle situazioni di crisi e alla promozione dell'autoregolazione del paziente, finalizzato alla riduzione del ricorso a misure coercitive quali contenzione fisica, isolamento e sedazione urgente.



02c27d8b



La DEC si colloca quindi prima delle misure restrittive, rappresentando un'alternativa terapeutica.

La DEC è uno spazio dedicato alla riduzione dell'attivazione emotiva e comportamentale del paziente, utilizzato nell'ambito delle strategie di prevenzione e gestione delle crisi, con l'obiettivo di evitare il ricorso a interventi più coercitivi quali contenzione fisica, isolamento o trattamento farmacologico urgente.

Si tratta di un ambiente protetto, confortevole e scarsamente stimolante, nel quale il paziente può ritirarsi volontariamente o essere accompagnato dagli operatori per recuperare il controllo emotivo durante situazioni di:

- agitazione psicomotoria iniziale
- escalation conflittuale
- ansia intensa
- crisi comportamentali
- sovraccarico sensoriale

O ancora:

- gestione del rischio comportamentale
- prevenzione dell'aggressività
- riduzione della conflittualità

10. Aspetti trasversali - La sicurezza

Nell'ambito della salute mentale, l'obiettivo della sicurezza delle cure si declina anche con la necessità di garantire la sicurezza del personale sanitario riducendo al minimo gli eventi avversi e promuovendo un ambiente terapeutico sicuro, requisito fondamentale per un buon governo clinico del processo di cura e per la qualità del servizio reso agli utenti.

Pertanto le problematiche implicite nel ricorso alla contenzione si inseriscono invariabilmente all'interno di una più ampia visione che mira in generale alla prevenzione dei comportamenti violenti e non collaborativi.



02c27d8b



In Italia, la gestione il più possibile a-traumatica del rischio di violenza è stato già fatto oggetto di una Raccomandazione da parte del Ministero della Salute rivolta a tutti gli operatori sanitari (Raccomandazione n. 8) e l'efficacia delle strategie di prevenzione dipende dalla implementazione di appropriate pratiche di assistenza e cura, che rappresentano un indice di qualità del miglioramento continuo della pratica clinica.

La Raccomandazione n. 8 (novembre 2025) del Ministero della Salute, pubblicata sul sito ministeriale l'11 marzo 2026, aggiorna le linee guida per la prevenzione e la gestione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e sociosanitari nell'esercizio delle loro funzioni. Rafforza inoltre le indicazioni operative rivolte alle organizzazioni sanitarie per la valutazione del rischio, i sistemi di segnalazione e monitoraggio degli episodi di aggressione, la formazione degli operatori e l'adozione di misure organizzative e tecnologiche di prevenzione, con maggiore attenzione al supporto agli operatori vittime di aggressione e agli effetti che tali eventi possono determinare sul benessere psicologico e sull'organizzazione del lavoro.

La Legge 14 agosto 2020, n. 113 normativa in tema di sicurezza degli operatori, Istituisce l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie presso il Ministero della Salute: con compiti di monitoraggio, studio e promozione di buone pratiche.

Dalla "Relazione attività anno 2025" pubblicata dall' Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (ONSEPS) il 12 marzo 2026, a livello nazionale le segnalazioni di aggressioni raccolte attraverso i sistemi coordinati hanno raggiunto quasi le 18.000 unità, in leggero calo rispetto all'anno 2024, coinvolgendo oltre 23.000 operatori sanitari (contro i 22.000 del 2024).

Le donne risultano essere più frequentemente vittime di episodi di violenza (oltre il 60% delle segnalazioni) e la categoria professionale più esposta è quella del personale infermieristico (55% delle segnalazioni).

Nel contesto nazionale la Regione del Veneto si colloca tra le aree con il maggior numero di eventi segnalati, come riportato nella relazione ONSEPS, si sono registrate un totale di 3.153 segnalazioni di aggressioni, 2.215 verbali e 938 fisiche. Le aggressioni hanno interessato 4.304 operatori (su un totale di 62.886 dipendenti del SSR al 31.12.2024) poiché un episodio di aggressione può coinvolgere più figure.

A livello ospedaliero i servizi maggiormente coinvolti sono il Pronto Soccorso, le Aree di degenza, gli ambulatori e il Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura, luoghi di attesa. A livello territoriale le segnalazioni dai Servizi per le Dipendenze, continuità assistenziale, servizi di dipartimento di Prevenzione come i servizi veterinari.

Il Tavolo regionale permanente per la prevenzione e la protezione dagli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, ha elaborato il documento denominato *"Piano regionale per la sicurezza degli operatori del SSSR e il contrasto agli atti di violenza"* (Allegato b DGR n. 217 del 09 aprile 2026) indicando gli interventi organizzativi, strutturali e formativi. Il Piano sviluppa e contestualizza a livello regionale le indicazioni contenute nella Raccomandazione n. 8/2025.

Sono numerosi i fattori di rischio significativi che connotano l'analisi del fenomeno, tra questi vi sono ad esempio i tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie, il lavoro svolto in solitaria, le caratteristiche legate alla tipologia d'utenza, l'ubicazione e la dimensione delle strutture, la luminosità degli ambienti, gli aspetti socio economici.

La sicurezza del paziente richiede di prevenire anche il rischio di caduta con interventi organizzativi, ambientali e assistenziali mirati, riservando eventuali misure di contenimento solo ai casi eccezionali e per il tempo strettamente necessario.

La Raccomandazione ministeriale n.13 del 2011 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie 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.

11. Monitoraggio annuale a carico delle Aziende



02c27d8b



Le attività di monitoraggio previste nel presente documento sono poste in capo alla Regione, che provvede a rendicontare annualmente al Ministero della Salute lo stato di attuazione e i risultati conseguiti.

- interventi volti a promuovere diritti e dignità delle persone
- attivazione/consolidamento del sistema di rilevazione (scheda di monitoraggio, registro regionale)
- formazione specifica del personale
- procedure/protocolli a supporto della presa in carico territoriale e a supporto del lavoro in rete
- interventi volti a migliorare la qualità dei luoghi di cura e l'accessibilità dei servizi

In particolare, sarà cura di ogni Servizio preposto inviare a cadenza prestabilita le schede di monitoraggio come da modello predisposto. L'insieme delle informazioni di ogni Servizio preposto darà vita al locale registro delle contenzioni meccaniche.

I registri locali andranno poi a popolare il Registro Regionale di monitoraggio del fenomeno della contenzione meccanica.

Monitoraggio Qualitativo: ogni Servizio preposto redige:

- a) Relazione annuale sullo stato di implementazione delle indicazioni, sulle azioni migliorative apportate, sulle eventuali criticità e peculiarità organizzative.
- b) Protocolli e procedure operative con DEU e FF.OO. per ogni Azienda.
- c) Aggiornamento periodico di procedure specifiche a livello DSM sulla base degli audit effettuati.

Monitoraggio quantitativo ogni servizio rileva e redige

- I dati di monitoraggio sono desunti e/o calcolati a partire dalle schede di monitoraggio, e particolare attenzione sarà attribuita al numero assoluto di contenzioni/anno nonché al tasso calcolato come numero delle contenzioni rispetto al numero di ricoveri effettuati. Nel caso della REMS il numero delle contenzioni sarà rapportato al numero degli ospiti transitati nella struttura nell'anno in esame.
- Report annuali con analisi casistica da ASL/AA.OO a Regione per eventi sentinella e indicazione della percentuale di operatori che hanno effettuato corsi di de-escalation.
- Report annuali aziendali e regionali in termini di adeguatezza strutturale e/o miglioramento organizzativo messo in atto in relazione agli eventi sentinella e eventi avversi verificatisi e alle indicazioni regionali

Il monitoraggio è annualmente presentato alla Commissione Salute mentale della Regione del Veneto.



02c27d8b



SCHEDA DI RILEVAZIONE E REGISTRAZIONE CONTENZIONE			
REPARTO _____		DATA EPISODIO CONTENZIONE _____	
		ORA INIZIO CONTENZIONE _____	
ETICHETTA PAZIENTE		NOME E COGNOME _____	
		NATO IL _____	GENERE ☐ M ☐ F
		RICOVERATO DAL _____ AL _____	
INIZIO CONTENZIONE PS ☐ SÌ ☐ NO		TSO ☐ SÌ ☐ NO (se SÌ) DATA INIZIO TSO _____	
MINORE ALL'ATTO DELLA CONTENZIONE ☐ SÌ ☐ NO ETA' _____			
DIAGNOSI		AMBITI DIAGNOSTICI	
PRINCIPALE	ICDX _____	☐ SCOMPENSO PSICHIATRICO	☐ CAUSA CEREBRALE ORGANICA
SECONDARIA	ICDX _____	☐ DISABILITA'	☐ DIPENDENZE
SINTOMI INTOSSICAZIONE/ASTINENZA SOSTANZE PSICOATTIVE AL RICOVERO			☐ SÌ ☐ NO
SINTOMI INTOSSICAZIONE/ASTINENZA SOSTANZE PSICOATTIVE ALMOMENTO DELLA CONTENZIONE			☐ SÌ ☐ NO
FATTORI CHE DETERMINANO LA CONTENZIONE			
☐	COMPORTAMENTO ETEROLESIVO (PERICOLO PER ALTRI)		
☐	COMPORTAMENTO AUTOLESIVO (PERICOLO PER SE')		
☐	STATO DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA GRAVE		
☐	PAZIENTE A RISCHIO GRAVE DI CADUTA (SOLO SE NON EVITABILE CON ALTERNATIVE)		
INTERVENTI ALTERNATIVI MESSI IN ATTO			
		SI	NO
MODIFICA AMBIENTALE		☐	☐
DE ESCALATION		☐	☐
TRANQUILLIZZAZIONE FARMACOLOGICA RAPIDA		☐	☐
AUMENTATA SORVEGLIANZA		☐	☐
ASSISTENZA DA FAMILIARI /CAREGIVER		☐	☐
ALTRO			
DISPOSITIVO DI CONTENZIONE		☐ 4 ARTI + FASCIA CORPO	ALTRO (specificare)
NOME/COGNOME MEDICO			
FIRMA MEDICO			
ORA *	ORA RIVALUTAZIONE	NOME/COGNOME MEDICO E FIRMA	
DATA FINE CONTENZIONE			
ORA FINE CONTENZIONE		MEDICO _____	
* riportare ora di inizio			
la scheda è valida 12 ore. N.B.. qualunque intervento che interrompa a vario titolo, l'utilizzo dei dispositivi anche per brevissimi periodi (ad esempio, per recarsi in bagno) deve essere considerata interruzione dell'episodio registrando data e orario di fine			



02c27d8b



[illegible]

Regione del Veneto – Giunta Regionale. (2007). *Deliberazione n. 3542 del 06 novembre 2007, "Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo"*

Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 847 del 31 marzo 2009 approva le *"Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)"*, in attuazione degli artt. 33 e 34 della Legge n. 833/1978 e della Legge n. 180/1978

Legge 22 dicembre 2017, n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, art. 1 ribadisce, i diritti e i principi sanciti dalla Costituzione del rispetto della dignità e dell'autodeterminazione;

Senato della Repubblica, Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, *Contenere la contenzione in Italia. Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare i pazienti psichiatrici nei SPDC*, XVII Legislatura.(2017)

Italia, legge 14 agosto 2020, n. 113, *Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*.

Ministero della Salute, *Raccomandazione n. 8. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e sociosanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni*, novembre 2025.

Regione Veneto, Giunta Regionale (2026). *Deliberazione n. 217 del 9 aprile 2026: Recepimento della Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e sociosanitario... e contestuale adozione del Piano regionale per la sicurezza degli operatori del SSSR e il contrasto agli atti di violenza*.

Regione del Veneto, DGR n. 1106 del 6 agosto 2020, *Adozione delle Linee di indirizzo regionali per la riduzione e per il progressivo superamento della contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante *Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale*.(2025)

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento recante *Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030*.

Ministero della Salute, *Raccomandazione n. 13. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*, 2011.

Codice deontologico delle professioni infermieristiche, 2025.

Codice di deontologia medica, 2014 e successive modifiche e integrazioni.

-Comitato Nazionale per la Bioetica, *La contenzione: problemi etici*, 23 aprile 2015.

-European Court of Human Rights, *Case of Agger v. Denmark*, ric. n. 45439/18, 15 settembre 2020.

State Operations Manual, Appendix PP, *Guidance for Surveyors for Long Term Care Facilities*, Centers for Medicare & Medicaid Services.

Frampton, S. B., & Charmel, P. A. (2008). *Putting patients first: Best practices in patient-centered care*

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*

Olagnero J.M. Gugliotta C., Stornelli M., D'Uffizi L., Egidi S., Marino E.M.I., Sartania E.C., D'Agostino M. La contenzione fisica in ambito sanitario: un dibattito complesso tra clinica, etica e diritti. (pubblicato su CTS promesa 30.07.2025)



02c27d8b



Del Nord, R., & Peretti, G. (Coord.). (a cura di). *L'umanizzazione delle strutture socio-sanitarie: la nuova dimensione dell'architettura ospedaliera*. Ricerca svolta in convenzione tra il Ministero della Salute e il Centro Interuniversitario di ricerca TESIS (Università degli Studi di Firenze) e il Politecnico di Torino (DINSE)

Mortari Luigina, Saiani Luisa (a cura di) *La contenzione degli anziani: una questione etica. Proposte per un nuovo umanesimo sanitario* . Editore: Carocci.



02c27d8b

