



Piano utilizzo delle contenzioni 2026

RSA Maria Regina

di Orentano (PI)

1. Finalità e modalità operative:

La finalità del presente piano annuale, attuativo della PRO 00, è quello di svolgere un'approfondita riflessione annuale sulle motivazioni, modalità e cause dell'utilizzo delle contenzioni nelle strutture gestite dall'ente Fondazione, con particolare riferimento alla RSA Maria Regina di Orentano (PI), con la finalità e l'obiettivo specifico di giungere rapidamente alla riduzione e, possibilmente, all'eliminazione dell'applicazione della contenzione in struttura. Si tratta del primo Piano approvato per la struttura Maria Regina. E' stato elaborato in equipe, valutato in riunione di coordinamento ed approvato definitivamente nella seduta del 22 settembre 2025 con valenza programmatica per il 2026. Partiamo dalla consapevolezza che la contenzione rappresenta il modo estremo di 'contenere', dunque limitare, la libertà di una persona al sommo scopo di eliminare un danno imminente e maggiore alla sua salute e sicurezza. Essendo 'in gioco' due 'beni' tutelati nel massimo grado dalla Carta costituzionale – libertà e salute – si rende necessario definire le modalità e responsabilità sull'utilizzo dei mezzi di contenzione nella struttura ed individuare le modalità operative ed organizzative per arrivare ad un annullamento delle necessità che portano al loro utilizzo. E' bene specificare sin dall'inizio che il ricorso ai mezzi di contenzione deve rappresentare l'estrema ratio e può avvenire solo in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze, utilizzando le modalità meno invasive e solo per il tempo strettamente necessario alla tutela del bene della salute dell'utente.

2. Modalità di elaborazione del documento

Il presente documento ed è stato elaborato in maniera condivisa e partecipata. In particolare si dà atto che il Piano è stato elaborato e condiviso nel corso dell'anno con:

- Organo di coordinamento del 22 Settembre 2025.

Il documento è stato approvato definitivamente e congiuntamente nella stessa seduta dell'organo di Coordinamento dell'ente del 22 Settembre 2025.

3. Campo di applicazione:

Il presente Piano si applica alla RSA Maria Regina di Orentano.

4. Riferimenti Normativi:

- Principio di inviolabilità della libertà personale (art. 13 Costituzione italiana);
- Consenso all'atto terapeutico (art. 32 Costituzione italiana);
- Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente (...)” (art. 571 Codice penale)
- Difesa della libertà e della dignità della persona (art. 2 Codice deontologico dell'infermiere, art. 5 Codice deontologico del medico)
- “L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali” (art. 4.10 Codice deontologico);
- “L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza” (art. 610 Codice penale), “Va dall'altro canto ricordato che se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (art. 54 Codice penale), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) può essere applicata;

- Altro riferimento ‘storicamente’ rilevante per giustificare la contenzione rimane l’art. 60 del R.D. n° 615 del 1909: “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 del mezzo di coercizione (...)”;

- Si giunge quindi alla riforma psichiatrica n. 180 del 1978, intitolata “*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*”, poi inserita all’interno della legge n. 833/78 per cui, giustamente, il principio ispiratore diventa il fatto che il malato di mente ha gli stessi diritti degli altri pazienti e quindi non deve più essere curato in base alla pericolosità sociale con la custodia. La cura e il ricovero diventano una libera scelta della persona, solo in casi particolari si può intervenire contro la sua volontà tramite un trattamento sanitario obbligatorio definito un atto sanitario e mai di controllo sociale.

Naturalmente, ai disposti normativi si affianca una ricca giurisprudenza che non riportiamo nel presente protocollo limitandoci, per competenza e prossimità, a citare la sentenza della Corte di Cassazione del 20/6/2018 n 50497 la quale pone giustamente seri limiti all’utilizzo della contenzione e la inquadra normativamente affermando anche esplicitamente che non ha una finalità di carattere terapeutico.

5. Tipologie di contenzioni

Di contenzioni vi sono diverse tipologie e diverse modalità operative in considerazione delle diverse necessità emergenti e dei bisogni dell’utente. Le principali sono:

a. Contenzione farmacologica

La restrizione chimica descrive l’uso deliberato di farmaci per controllare il comportamento e/o limitare la libertà di movimento, ma che non è richiesto per trattare clinicamente una condizione identificata. Questi farmaci possono inoltre essere appositamente somministrati per sedare un paziente come mezzo di convenienza per le modalità organizzative e di gestione dell’utente.

b. Contenzione ambientale

La restrizione ambientale consiste nell'apportare modifiche all'ambiente di vita del paziente, al fine di limitarne o controllarne i movimenti (esempio tenere le porte del reparto chiuse a chiave, le sbarre sulle finestre e la limitazione di visite da parte dei familiari).

c. Contenzione relazionale

La contenzione relazionale mette in campo l'ascolto e l'osservazione empatica del paziente. Si tratta di interventi di desensibilizzazione, de-escalation, praticati applicando delle tecniche di comunicazione, volte principalmente a ridurre e placare l'aggressività di taluni pazienti. Quella della contenzione è una pratica tuttora applicata ed applicabile, nonostante la letteratura scientifica e giuridica continui a definirla come extrema ratio e tralasciando spesso la componente etico-morale insita nella pratica assistenziale.

d. Contenzione fisica

L'applicazione di strumenti o dispositivi al corpo o parti di esso all'utente, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari o involontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

I principali mezzi di contenzione applicabili in RSA possono essere così classificati a titolo meramente esemplificativo e in casi eccezionali di urgenza e necessità per la tutela della salute dell'utente:

1. cintura per carrozzina o poltrona,
2. fascia pelvica;
3. tavolino per carrozzina;
4. spondine per letto;
5. fasce di sicurezza per il letto a polso e/o piedi;
6. guantone.

6. Criteri generali per l'applicazione delle contenzioni

Per prima cosa occorre confermare la volontà di giungere rapidamente all'eliminazione

dell'eventuale ricorso al sistema di contenzione mediante una progressiva rimozione delle condizioni che possono indurre alla sua applicazione. L'utilizzo della contenzione deve comunque sempre rappresentare la ratio estrema e rispettare ognuno e tutti i seguenti principi:

a – Non è un sistema sostitutivo: cioè l'applicazione della contenzione non deve avvenire per facilitare la risposta del servizio a un problema di gestione del paziente, inevitabile non per ragioni oggettive ma per ragioni soggettive interne all'organizzazione dello stesso, come conseguenza dell'assenza di risorse in grado di offrire una modalità d'intervento differente e alternativo in linea ordinaria;

b – Estrema ratio: l'utilizzo della contenzione si può giustificare solo se sia l'unico modo per prevenire un reale e grave pericolo per la salute e sicurezza dell'utente e – congiuntamente – non si ravveda altra possibile e praticabile soluzione e per il tempo minimo necessario ad evitare il pericolo;

c – Consenso informato: è bene qui ricordare che una prescrizione, per essere valida, dovrà essere accompagnata dal consenso informato. Solo in questo modo la contenzione assumerà dignità propria. E' chiaro, quindi, che la contenzione rimane una pratica illegale, laddove applicata senza il consenso del paziente. Con riferimento a soggetti cognitivamente integri il medico avrà quindi il dovere di informarli al fine dell'acquisizione del consenso, tenendo conto di alcune peculiarità non potendo prescindere dal livello culturale e dalle capacità di comprensione del singolo individuo ed avendo quindi cura di usare un linguaggio semplice e accessibile (cfr. art. 30 Codice Deontologico medico). Nel caso, invece, di soggetto dichiarato legalmente interdetto l'obbligo informativo andrà espletato nei confronti del tutore (cfr. art. 33 Codice Deontologico medico). Quando però la perdita di competenza è tale da rendere difficoltoso il coinvolgimento dell'anziano nell'iter decisionale sarà il medico a dover decidere assumendosi ogni responsabilità in merito. Corre onere evidenziare, infatti, che la posizione di garanzia rivestita dal sanitario pubblico costituisce espressione dell'obbligo di solidarietà

garantito dalla Costituzione funzione che gli conferisce addirittura l'obbligo giuridico di intervenire sancito dall'art. 40 CP secondo il quale "*non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo*". A questo deve necessariamente aggiungersi che le professioni sanitarie in genere, le quali costituiscono "*servizi di pubblica necessità*" ai sensi dell'art. 359 C.P., implicano talora l'uso di violenza personale nell'interesse del paziente.

È chiaro il riferimento allo stato di necessità disciplinato dall'art. 54 del Codice Penale secondo il quale il medico che abbia applicato la misura di contenzione, pur avendo compiuto un reato (in quanto ha limitato la libertà di movimento di una persona senza il consenso di quest'ultima) non sarà punibile qualora vi sia stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

In tali circostanze il medico ha non solo il diritto ma anche il dovere di agire anche in assenza di esplicito consenso in quanto, in caso contrario, potrebbe incorrere nell'accusa di abbandono d'incapace;

d – Proporzionata: l'utilizzo della contenzione deve esser rigorosamente proporzionata alla necessità di tutelare l'utente dal rischio che è stato rilevato. Perché possa dirsi sussistente lo stato di necessità, e quindi perché il medico che ha applicato la misura di contenzione prescindendo dal consenso del paziente non sia punibile, è però necessario che sussista il cosiddetto principio di proporzionalità. Oltre all'imminenza e alla non evitabilità del pericolo si richiede quindi la proporzionalità del fatto al pericolo; più precisamente si richiede quell'adeguatezza d'intervento verso i rischi cui il soggetto andrebbe incontro non applicando, nel caso concreto, la misura di contenzione;

e – Limitata temporalmente: l'utilizzo della contenzione non può essere permanente ma deve avere una sua limitazione temporale che deve esser definita nel modulo nel consenso informato;

f – Costantemente monitorata: la contenzione, pur rispettando tutti i requisiti sopra indicati, deve esser costantemente monitorata al fine di verificare che il suo impiego non arrechi un danno maggiore all'utente;

g – Massima condivisione: l'intervento e la valutazione medica di cui ai punti e) ed f) deve essere sempre condivisa, soprattutto per la contenzione fisica, con le figure professionali multidimensionali dell'equipe di lavoro della RSA, almeno infermieri, addetti all'assistenza, fisioterapisti e animatori affinché la scelta sia effettivamente il frutto di un'analisi socio-sanitaria approfondita, multidisciplinare e condivisa. A questo processo di condivisione non possono essere esclusi l'utente, se capace di intendere e volere, l'assistente sociale di riferimento e i familiari e/o rappresentanti legali. Questo percorso di profonda condivisione rappresenta anche una garanzia di corretta valutazione applicazione della contenzione;

g – Prescritta-autorizzata: tutto il processo informativo della contenzione fisica, valutativo ed autorizzativo-applicativo deve risultare da atti scritti a garanzia e tracciabilità della valutazione svolta.

7. Principali fattori causali le contenzioni

Dall'analisi dei dati a disposizione presso le RSA della Fondazione si dà atto che i principali fattori causali che danno avvio all'utilizzo delle contenzioni sono principalmente i seguenti:

PATOLOGIE

- decadimento cognitivo;
- demenza senile;
- malattia degenerativa;
- morbo di parkinson;
- malattie psichiatriche;
- demenza senile.

MANIFESTAZIONI E RISCHI CLINICI:

- Agitazione psicomotoria;
- Equilibrio insufficiente;
- Rischio di allontanamento;
- Rischio di violenza contro se stessi o terze persone.

8. Piano di miglioramento individuato

8.1. Analisi risultati 2025 (RSA dell'ente)

In sede di equipe e organo di coordinamento non è stato possibile valutare le risultanze dell'anno precedente in quanto la struttura prenderà avvio dal 1 Gennaio 2026.

8.2. Piano di miglioramento 2026

Pur impossibilitati a valutare lo 'storico' dei dati possiamo far fede sulle analisi svolte nelle altre strutture socio-sanitarie gestite dall'ente Fondazione e programmare i seguenti-primi interventi per l'anno 2026:

a) Formazione:

- azione formativa specifica diretta ai quadri aziendali al fine di sensibilizzare anche il gruppo dirigente su tali problematiche;
- azione formativa di aggiornamento in materia rivolta a tutto il personale addetto alla Rsa Maria Regina di Orentano;
- inserimento nell'iter procedurale della formazione sulle contenzioni a tutto il personale che entra in servizio per la prima volta con la finalità di assicurare un personale sempre pienamente formato e informato in materia;

b) Controllo dell'adeguatezza: come nelle altre strutture risulta strategico presidiare il rapporto con i servizi territoriali e l'analisi 'pre ingresso' degli utenti (Soprattutto privati) in maniera da assicurare adeguatezza ed appropriatezza dei bisogni alla natura specifica organizzativa del modulo base non autosufficienti. Infatti, sembra essere un fattore secondario ma è importante

richiamare l'attenzione di tutti i responsabili a valutare, in ingresso e durante l'intero percorso di presa in carico dell'utente, il livello di adeguatezza alla tipologia di struttura. In particolare, tutte le nostre strutture residenziali e semi-residenziali sono – ai sensi dell'Allegato 'A' al Dgrt 2/R del 2018 – classificate come modulo base e, dunque, destinate esclusivamente ad accogliere persone anziane non autosufficienti base, non destinate a modularità specifiche, *ad eccezione di n.8 posti destinati al modulo cure intermedie setting 3 della RSA Maria Regina*. Questo aspetto risulta assai importante in quanto la presenza di utenti con patologie specifiche e destinati ad altre modularità, diverse da quelle sopracitate, non possono essere accolte presso la nostra struttura in quanto non idonea e sprovvista degli adeguati strumenti di assistenza e cura. Tale valutazione attenta va proseguita con costanza e puntualità sia in relazione all'utenza privata che a quella dotata di voucher perché anche la valutazione dei servizi territoriali, vuoi perché svolta da tempo e dunque segnata da altri parametri vuoi per un mero errore valutativo, può risultare talora errata e indurre l'ingresso di un utente non idoneo per il quale è richiesto un carico assistenziale differente;

c) Personale addetto: altro aspetto ed indicazione data dall'analisi congiunta svolta in altre strutture è quella di mantenere in struttura il livello del personale numericamente sopra i livelli minimi richiesti dal Dgrt. 2/R del 2018. Si condivide, infatti, che gli utenti che negli ultimi tempi arrivano in RSA sono caratterizzati da criticità sanitarie ed un livello di non autosufficienza crescente tale da indurre un carico assistenziale abbastanza elevato che – per essere adeguatamente soddisfatto – richiede di una adeguata presenza di personale infermieristico, oltreché assistenziale, al fine di evitare un utilizzo di contenzioni indotto da carenza di personale cosa che nelle nostre realtà non è mai avvenuto;

d) Commissione di studio: come programma 2025 e decisione congiunta adottata si programma per la seconda metà dell'anno 2026 l'effettiva costituzione di una specifica Commissione multidimensionale interna che, anche alla luce delle analisi degli anni precedenti, pervenga ad una programmazione ed organizzazione interna destinata a raggiungere in maniera specifica

l'eliminazione del sistema di contenzione in struttura;

e) Programmazione di 2 (due) audit tra l'equipe multidisciplinare e, ove possibile, con la partecipazione dei familiari e/o con chi li rappresenta legalmente, per casi di contenzione fisica e farmacologica.

Orentano, 22 Settembre 2025

Il Coordinatore

dott. Michele Miceli