
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA I Area Direzione Ospedaliera Dir. P. Chierchini		 REGIONE LAZIO	
			Rev. I del 04/02/2025	Pag. I di 42
	Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica in ambiente ospedaliero		0 ADO PRO 01	

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO E OBIETTIVI	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	5
5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ	7
6. I FATTORI E GLI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E IL SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE MECCANICA	7
7. LA CONTENZIONE MECCANICA	12
8. FORMAZIONE	24
9. ALLEGATI/MODULISTICA	25
10. INDICATORI	25
11. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	25
12. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI	25
13. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	28

REVISIONE	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. I (- aggiornamento secondo Linee Guida e normativa di riferimento - modalità operative e strumenti di registrazione/monitoraggio)	04/02/2025	GdL	Dir. UOC SQRM Dott.ssa M. Quintili Dir. Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini Dir. DSM Dott. G. Ducci Dir. Area Medicina Legale Dott.ssa Dalila Ranalletta Dir. UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica Dott. C. Turci	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle Direttore Sanitario Dott. G. D'Agostino Direttore Amministrativo Dott. F. Quagliarello Data: _____
REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Rev.0 (Emissione)	14/06/2017	GdL	Direttore UOC SPRM Dr. M. Quintili: 28/06/2017 PO UO Rischio Clinico Dr. S. Greghini Direttore DSM Dr. G. Ducci	Area Direzione Ospedaliera Dr. P. Chierchini Data: 10/07/2017

Gruppo di Lavoro

Coordinamento: UOC SQRM - S. Greghini FO Risk Management; A. Bossi Dirigente Medico UOC Sicurezza Qualità e Risk Management

Cristina Sagrafoli Dirigente Medico UOC PS/MU SFN

Luigina Di Benedetto Resp. di FO di Coordinamento UOC PS/MU SFN

Adele Crispino Infermiere UOC PS/MU SFN

Maria Giuseppa Elmo Dirigente Medico UOC SPDC/SFN

Massimo Di Genio Dirigente Medico UOC SPDC/SFN

Federica Fiaschè, Dirigente Medico UOC SPDC SFN

Leonardo Monaco, Dirigente Medico UOC SPDC SFN

Manuela Trevisi, Dirigente Medico UOC SPDC SFN

Maria Carmela Costa Resp. di FO di Coordinamento UOC SPDC SFN

Mario Lacava Infermiere UOC SPDC SFN

Massimiliano Carriero Infermiere UOC Anestesia e Rianimazione SFN

Marco Grosso Ciponte Infermiere UOC Medicina A SFN

Margherita Guarini Resp. di FO di Coordinamento UOC Medicina A SFN

Marco Carosella Resp. di FO di Coordinamento UOC PS/MU SS

Manuel Proietti Infermiere UOC PS/MU SS

Cavociello Marco Michele Infermiere UOC Anestesia e Rianimazione SS

Eleonora Salustri Resp. di FO di Coordinamento UOC SPDC SS

Gabriella Neroni Mercati Direttore Sostituto UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura SS

Paola Venturini Dirigente Medico UOC SPDC SS

Vanessa Toracchio Resp. di FO di Coordinamento UOC Medicina SS

Stefania Londi Infermiera UOC Anestesia e Rianimazione SS

Laura Rosa Fenudi Medico Legale Dirigente Responsabile UOSD Medicina Legale per il Governo Clinico

I. PREMESSA

Il fenomeno della contenzione è oggetto di attenzione e di confronto in ambito sanitario, deontologico, giuridico, etico e culturale.

Il ricorso alla contenzione fisica e meccanica nel processo assistenziale sanitario è un fenomeno che non riguarda solo la Psichiatria, ma anche la Medicina in genere tra cui i Pronto Soccorso, i reparti per acuti, l'area degli interventi di emergenza extra-ospedaliera, nonché le residenze sanitarie assistite per anziani.

La quantificazione del fenomeno contenzione non è semplice, trattandosi di un fenomeno sommerso maggiormente negli ambienti sanitari non psichiatrici; per quanto riguarda le realtà psichiatriche italiane, in un recente studio di Aguglia del 2023 si è rilevata una prevalenza di circa il 14% nei pazienti ricoverati in un reparto di psichiatria.

A livello internazionale, la prevalenza ha un'ampia variabilità a seconda del paese osservato e della tipologia delle strutture sanitarie, con oscillazioni dal 6% al 70%.

La contenzione meccanica è da intendersi come uno strumento cui ricorrere in condizioni eccezionali al fine di preservare l'immediato pericolo per l'incolumità del paziente, degli operatori sanitari e di terzi, quando altri strumenti relazionali o farmacologici, impiegati nella gestione clinica del caso abbiano fallito nel raggiungimento dello scopo, e al fine di consentire l'erogazione di un atto medico necessario, ad esempio la stabilizzazione di alterazioni comportamentali fortemente alterate e/o di gravi quadri di agitazione psicomotoria riconducibili a eziopatogenesi differenti.

Il campo applicativo della contenzione meccanica è definito e ristretto sul piano clinico, deontologico, giuridico ed etico e all'interno di tali limiti i professionisti sanitari che ne sono responsabili nella decisione di ricorrervi e di applicarla, devono sempre osservare linee guida e/o protocolli di riferimento per garantirne l'esatto uso all'interno dell'erogazione ottimale dell'assistenza sanitaria.

L'immobilizzazione del paziente è una procedura che, se non effettuata a norma può comportare possibili complicanze di tipo biologico, psicologico e sociale, nonché esporre chi la applica, a rilevanti responsabilità penali e sanitarie.

L'elaborazione della presente procedura condivisa intende fornire, ad ogni operatore sanitario e ad ogni UOC ospedaliera, un valido strumento procedurale e clinico finalizzato:

- alla prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica e alla diffusione della cultura per il suo superamento;
- ad una adeguata formazione degli operatori sanitari sulle strategie non coercitive alternative alla contenzione nel trattamento delle emergenze/urgenze comportamentali;
- ad una adeguata formazione degli operatori sanitari sul piano normativo e applicativo per attuare, nelle circostanze eccezionali suddette, il ricorso alla pratica della contenzione meccanica con precisione, cura, congruità e professionalità, limitando i rischi per l'incolumità del paziente e degli altri soggetti coinvolti.

2. SCOPO E OBIETTIVI

Scopo di questa procedura è produrre un documento aggiornato e condiviso e definire delle buone prassi che perseguano i seguenti obiettivi:

- ✓ promuovere la cultura della non-contenzione e la formazione degli operatori sanitari per la prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica in ambito ospedaliero, utilizzando quale prassi della pratica clinica quotidiana gli interventi non coercitivi, l'umanizzazione, il rispetto dei diritti individuali e della dignità della persona nell'organizzazione assistenziale e nell'erogazione delle cure;
- ✓ promuovere una solida formazione degli operatori sugli interventi non coercitivi preventivi e alternativi alla contenzione meccanica;

Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica in ambiente ospedaliero	0 ADO PRO 01	Rev. I del 04/02/2025	Pag. 3 di 42
---	--------------	-----------------------	--------------

- ✓ promuovere la prevenzione dell'instaurarsi di condizioni di aggressività non gestibile (prevenendo, ad esempio, eventi trigger), riconoscendone i prodromi e utilizzando procedure di riduzione dell'aggressività con attivazione di accorgimenti, tecnici, organizzativi e relazionali utili allo scopo;
- ✓ promuovere la formazione degli operatori sulle caratteristiche del ristretto campo applicativo della contenzione meccanica sul piano clinico-assistenziale, applicativo, giuridico, etico e deontologico al fine di non incorrere in violazione dei diritti fondamentali della persona e della sua dignità, in abusi, in malpractice e di non esporsi a profili di responsabilità per violazione delle norme;
- ✓ promuovere e definire che il ricorso alla contenzione meccanica da parte degli operatori sanitari debba avere carattere di eccezionalità ed essere limitato ai casi in cui tutti gli altri interventi preventivi/alternativi di tipo relazionale e/o farmacologico siano risultati inefficaci ed esistano condizioni che causano un rischio di immediato pericolo per l'incolumità fisica o la vita del paziente, o di un danno grave alla salute, nonché per l'incolumità delle persone presenti (altri pazienti, visitatori, operatori sanitari, etc);
- ✓ definire i criteri di maggiore sicurezza cui attenersi nell'applicazione della pratica dell'immobilizzazione e della contenzione meccanica per la diminuzione del rischio clinico per il paziente e per l'aumento della sicurezza degli operatori sanitari e di altre persone presenti;
- ✓ definire le modalità di registrazione e monitoraggio dell'evento della contenzione meccanica cui attenersi;
- ✓ promuovere periodici audit per l'individuazione dei possibili fattori (organizzativi, culturali) su cui intervenire per la riduzione della contenzione meccanica.

In ogni caso, gli indirizzi della presente procedura prevedono che la pratica della contenzione meccanica non deve essere mai attuata:

- per sopperire a mancanze organizzative e a carenza di risorse umane;
- utilizzando dispositivi di contenzione fisica eccedenti le reali necessità;
- oltre lo stretto tempo necessario qualora cessino le condizioni che hanno motivato il provvedimento;
- utilizzando dispositivi impropri o auto-costruiti. I dispositivi di contenzione devono rispondere ai requisiti di sicurezza e comfort per la persona dichiarati dal produttore.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

A CHI	La procedura è rivolta a tutti gli Operatori Sanitari e Tecnici delle Unità Operative Ospedaliere di degenza della ASL Roma I
DOVE	La procedura si applica all'interno delle Unità Operative Ospedaliere di degenza della ASL Roma I compresi i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura- SPDC.
PER CHI	La procedura riguarda tutti gli assistiti presi in carico nelle Unità Operative Ospedaliere di degenza della ASL Roma I

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Personale sanitario	Professionista responsabile nella specifica area medica, infermieristica, ostetrica, tecnica riabilitativa.
Personale tecnico	Operatore che eroga assistenza di base e/o di supporto alle attività di vita quotidiana.
Contenzione	Uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita.
Contenzione fisica/meccanica	Tutti quelli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un segmento di essi.
Dispositivi di contenzione fisica/meccanica	Sono da considerarsi mezzi di contenzione fisica ed utilizzati come tali, esclusivamente i dispositivi prodotti specificatamente per questo scopo.
<u>Condizioni non considerate contenzione</u>	<p>Non sono da considerarsi atti contenitivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento sponde del letto allo scopo di favorire il movimento autonomo della persona; • Posizionamento di dispositivi su richiesta del degente/caregiver per rispondere ad una richiesta di maggior sicurezza o per continuità con le modalità adottate al domicilio (es. posizionamento delle sponde al letto); • Posizionamento di sponde al letto di pazienti in stato di coma; • Uso di dispositivi finalizzati al mantenimento della corretta postura in carrozzina del degente, anche parzialmente collaborante, mediante fasce a corpo o tavolini per brevi e circoscritti periodi di tempo; • Uso di dispositivi finalizzati al mantenimento della corretta postura per indagini diagnostiche/terapeutiche (es. in sala operatoria, radiologia diagnostica interventistica ecc.) mediante fasce per brevi e circoscritti periodi.
<u>Dispositivi non considerati di contenzione</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Gessi ortopedici; • Dispositivi per conservare la corretta postura sul letto operatorio/radiologico; • Bracciali che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa; • Sponde laterali delle barelle durante il trasporto e durante la sosta; • Cinture per seggette utilizzate durante il trasporto e la sosta; • Letti pediatrici; • Dispositivi predisposti per il corretto allineamento e per la sicurezza del degente nel progetto riabilitativo; • Sponde che ricoprono i 2/3 del lato lungo del letto se gli operatori sanitari hanno valutato possibile la movimentazione volontaria del degente in base alla capacità cognitiva e/o allo stato fisico. <p>L'operatore sanitario deve porsi due domande per discriminare cosa è o non è una contenzione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) il dispositivo limita il movimento individuale? 2) l'individuo ha difficoltà a rimuovere/aggirare l'ostacolo? <p>Se la risposta è sì a tutte due le domande, il dispositivo è un mezzo di contenzione. Nella fattispecie le sponde parziali diventano mezzo di contenzione se le capacità cognitive e/o lo stato fisico del degente comportano l'impossibilità di scendere oppure di passare in mezzo all'apertura (e il tentativo di scavalcarle lo espone a rischio di caduto o da lesione da caduta). <u>La valutazione deve essere rintracciabile nella documentazione clinica.</u></p>
Mezzi di contenzione¹	<p>Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:</p> <p>I. FISICA: utilizza presidi che riducono o controllano i movimenti. Possono essere presidi</p>

¹ Piano Regionale Cadute Det. Regione Lazio del 25/10/2016 n. G12356

posizionati sulla persona (*mezzi di contenzione meccanica*)² oppure inseriti come barriere nell'ambiente (Allegato I).

- a) *Spondine per letto*: possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza o essere asportabili da parte del personale. Devono comunque costituire un dislivello di almeno 28 cm tra bordo superiore e piano del materasso. Possono ricoprire l'intera lunghezza del lato del letto o una sua frazione (ad es. sponde per il letto a 2/3). Possono fungere tanto da strumento di contenzione, quanto da ostacolo ambientale al movimento, a seconda dello stato di coscienza del paziente e alla sua capacità di movimento autonomo. Sono in genere utilizzate per impedire il passaggio del paziente alla posizione eretta e alla deambulazione autonoma in reparto, in particolare durante la notte. Sono inoltre utilizzate per prevenire la caduta dal letto involontaria di un paziente con scarso equilibrio e durante la fase del sonno. Non vanno mai utilizzate se esiste la concreta possibilità, da parte del paziente in stato di agitazione psicomotoria, di scavalcarle.
- b) *Bracciali di immobilizzazione*: Sono in numero di quattro (uno per arto) e presentano due estremità: una diretta ad avvolgere il polso/caviglia dell'assistito, fissata in sede da un sistema di chiusura a calamita; L'altra diretta a fissarsi sulla superficie rigida laterale del letto all'altezza che meglio garantisce il confort del paziente, che viene assicurata in sede da un ulteriore sistema di chiusura a calamita. Le fasce sono in generale composte da materiale sintetico imbottito, ignifugo e resistente alle sollecitazioni meccaniche. Presentano lungo la loro lunghezza numerosi fori per regolare la lunghezza della fascia e la maggiore o minore aderenza al corpo del paziente, dipendentemente dal confort, dagli indici antropometrici del paziente e dalla escursione di movimento consentita. Le altre fasce presentano caratteristiche analoghe, differenziandosi per forma, per porzione del corpo contenuta e per supporto a cui si fissano (banda del letto o schienale della carrozzina). Il materiale di cui sono costituite deve permetterne il lavaggio/igienizzazione. *Fascia toracica*: sistema di contenzione che lascia il paziente parzialmente libero di muoversi nel letto (decubito laterale), ma ne impedisce la discesa e l'allontanamento. Lasciando libere le mani del paziente non impedisce manomissione dei dispositivi di infusione, tubi, drenaggi e catetere da parte dello stesso.
- c) *Fascia toracica*: Presenta tre estremità, la prima si avvolge intorno al tronco del paziente e le altre due, con vettori a direzione opposta, si fissano da entrambi i lati a letto del paziente. Può o meno essere munita di bretelle, che assicurano la fascia al cingolo scapolo omerale e/o alla regione pubica
- d) *Fascia pubica*: Simile alla precedente, ma posizionata in sede pubica. Può essere utilizzata per contenere il paziente a letto o per la contenzione su carrozzina.
- e) *Fascia addominale*: Generalmente utilizzata per la fissazione del tronco del paziente allo schienale della carrozzina. Viene posizionata in sede addominali. Per questioni di sicurezza è da evitarne l'uso sulle normali sedie che, data la loro leggerezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinare con sé la sedia.
- f) *Gilet*: Composto da fascia addominale e bretelle. Spesso viene utilizzata una combinazione di gilet e fascia pubica, per meglio stabilizzare la posizione del paziente sulla carrozzina.
- g) *Tavolino*: Utilizzato per consentire al paziente un piano di appoggio, utile per consumare i pasti o per svolgere altre attività. Può essere fissato sul letto del paziente o sulla carrozzina. Quando in sede, limita i movimenti del paziente e ne impedisce il passaggio alla stazione eretta e la deambulazione autonoma.

II. CHIMICA: utilizza farmaci con il fine di una tranquillizzazione/modulazione dei comportamenti aggressivi e degli stati di agitazione psicomotoria che modificano il comportamento quali tranquillanti e sedativi;

III. AMBIENTALE: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti (locali atraumatici, ambienti confinati);

IV. PSICOLOGICA O RELAZIONALE.

² ndr

5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

FUNZIONI ATTIVITÀ	Medico	Infermiere	Coordinatore	OSS
Valutazione dello stato cognitivo e comportamentale del paziente	R	C	C	C
Valutazione del mezzo contenitivo più appropriato	R	C	C	-
Prescrizione della contenzione e del dispositivo da utilizzare cartella medica	R	C	C	I
Applicazione del dispositivo di contenzione	R*	R*	I	C
Controllo e assistenza durante la contenzione fisica dei parametri vitali, dei bisogni primari e di possibili lesioni da mezzi contenitivi	C	R*	R*	C
Controllo periodico della situazione psicopatologica	R*	R*	R*	C
Prescrizione della decontenzione	R	C	I	C
Attuazione della decontenzione	I	R	I	C

R=Responsabile; R*=Per ambiti di competenza e specifici contesti; C= Coinvolto; I=Informato

6. I FATTORI E GLI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E IL SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE MECCANICA

Deve essere garantita la formazione degli operatori sanitari per la conoscenza dei diversi fattori e del corretto utilizzo delle strategie di intervento non coercitive che possono permettere di evitare il ricorso alla contenzione meccanica e di promuoverne il suo superamento, privilegiando il ricorso ad un contenimento ambientale e relazionale.

Sono strumenti essenziali per la gestione dei comportamenti aggressivi e violenti e per la prevenzione della contenzione meccanica, sia la capacità di valutare le diverse variabili strutturali, organizzative e di personale, cliniche, culturali che possono correlarsi ai quadri di agitazione psico-motoria e alla loro escalation, che la conoscenza accurata delle tecniche di comunicazione e de-escalation.

6.1.1 I fattori di prevenzione

È possibile individuare vari fattori che possono prevenire agiti aggressivi e violenti in ambito sanitario, tra cui: fattori strutturali, fattori umani, fattori strumentali

Per **fattori strutturali** si intendono *architettura di reparto, arredi, organizzazione e gestione degli spazi*. Sappiamo che ambienti chiusi, ristretti e fatiscenti aumentano il rischio di aggressività da parte degli utenti. È chiaro che agire sui fattori strutturali richiede impegno sul piano delle risorse finanziarie e di tempo per la realizzazione di spazi adeguati. Dato l'impatto comportamentale è una soluzione sicuramente da adottare, ma che è maggiormente perseguibile per i servizi che stanno nascendo o che abbiano previsto un piano di ristrutturazione architettonica.

In ogni caso, la prima prevenzione degli episodi di agitazione psicomotoria e aggressività consiste in un'adeguata cura dell'ambiente del luogo sanitario (luce, ventilazione, buone condizioni degli arredi).

Inoltre, ai fini della sicurezza, poiché spesso eventi auto ed etero-aggressivi sono facilitati dall'accesso a oggetti 'utili' allo scopo deve essere ben organizzato che l'accesso a farmaci e ad oggetti potenzialmente atti

ad offendere (oggetti contundenti/taglienti, corde, lacci o cinture, accendini etc) sia riservato al personale di reparto

I **fattori umani** sono tutti gli elementi legati direttamente agli operatori che sono impiegati nei servizi sanitari. Il *clima di reparto* ha un impatto considerevole, infatti relazioni sane e comunicazione efficace tra dirigenza, staff e utenza possono influire sul numero e la gravità delle aggressioni in ambito ospedaliero. Altro elemento positivo è la presenza di una forte leadership e la definizione chiara dei ruoli e delle funzioni, le quali contribuiscono ad eliminare le esitazioni che favoriscono le condotte aggressive.

Il *numero degli operatori*, le *attitudini*, la *motivazione* e la *formazione* sono anch'essi fattori umani importanti nella gestione degli agiti potenzialmente lesivi. Un alto numero di personale, ad esempio, è considerata una risposta organizzativa alla violenza e ne riduce la frequenza e l'intensità. Altro elemento non trascurabile è che operatori di recente assunzione o che non abbiano ricevuto una specifica formazione sono a più alto rischio d'incidenti.

I **fattori strumentali** sono costituiti dalle *linee guida*, *protocolli* e *procedure* finalizzate a ridurre gli eventi critici. Una linea di condotta chiara e definita esplicita ruoli, competenze, e responsabilità di ciascuno operatore, evita strumentalizzazioni da parte del paziente e riduce lo stato d'incertezza che favorisce l'insorgere di condotte aggressive. Il gruppo e i singoli operatori devono essere formati e svolgere un aggiornamento continuo nella gestione delle aggressioni. È inoltre fondamentale monitorare i comportamenti potenzialmente a rischio; tale monitoraggio si effettua con l'osservazione dei segnali di attivazione psicomotoria, oltre che anche con l'utilizzo di scale di valutazione e compilando schede descrittive dell'accaduto, queste ultime utili per evidenziare e correggere quando possibile le variabili che hanno condotto all'agito aggressivo.

Per una adeguata valutazione del rischio ci si può avvalere anche di assessment strutturati, il cui utilizzo può diventare parte integrante di una valutazione predittiva.

Il Risk Assessment, dunque, è composto da protocolli che permettono l'individuazione di specifici parametri con valore predittivo usando test compilati dall'operatore, sulla base dell'osservazione clinica. Tra queste scale si annoverano, ad esempio, la *MOAS (Modified Overt Aggressivity Scale)* che consente di classificare vari tipi di comportamento auto ed eteroaggressivo e di valutare il livello di intenzionalità dell'agito, nonché il tipo di intervento adottato.

Per le UOC SPDC del DSM della ASL Roma I, si rinvia anche alla Procedura aziendale R.O.M.A. I. 2 (Risk Observation Measurement Assessment).

Per riconoscere e gestire adeguatamente una situazione potenzialmente aggressiva è dunque necessario riconoscerla e quindi definire tre concetti chiave: arousal; ciclo dell'aggressività; de-escalation.

Con il termine **arousal** si intende l'attivazione psicomotoria con cambiamenti emotivi, fisici, psicologici. È il tipico meccanismo messo in atto dall'organismo che si prepara all'attacco o alla fuga, con conseguente attivazione dell'apparato cardiocircolatorio, della muscolatura scheletrica, del sistema nervoso centrale (sistema limbico) e periferico. Nella persona in stato di arousal abbiamo inoltre inibizione delle abituali capacità di comunicazione e risoluzione dei problemi.

I segni riconoscibili con l'osservazione clinica di arousal sono i seguenti:

- Sudorazione profusa e midriasi
- Alzarsi in piedi
- Volto rosso o paonazzo
- Voce alta con minacce verbali
- Respiro rapido
- Contatto oculare diretto e prolungato
- Gestualità esagerata

- Tensione muscolare (contrattura della muscolatura facciale, stringere i pugni)
- Sguardo minaccioso
- Mancanza di recettività al primo intervento degli operatori

Per **ciclo dell'aggressività** si intende lo schema di evoluzione di un agito; apprendere le sue fasi rappresenta uno strumento predittivo di un comportamento violento. Il ciclo è composto da 5 fasi:

1. **Fase del trigger:** i fattori scatenanti sono un insieme di elementi, detti anche "trigger", che provocano uno scostamento della linea psicoemotiva dovuto a:
 - Disinibizione indotta da sostanze
 - Percezione di mancanza di alternative alla violenza
 - Fattori di provocazione (veri o presunti)
 - Eventi stressanti

Bisogna riconoscere il trigger e formulare un tentativo di rimozione per evitare l'innesco delle fasi successive (ad es. far capire al paziente che nessuno ha inteso deriderlo, o che è possibile effettuare una negoziazione).

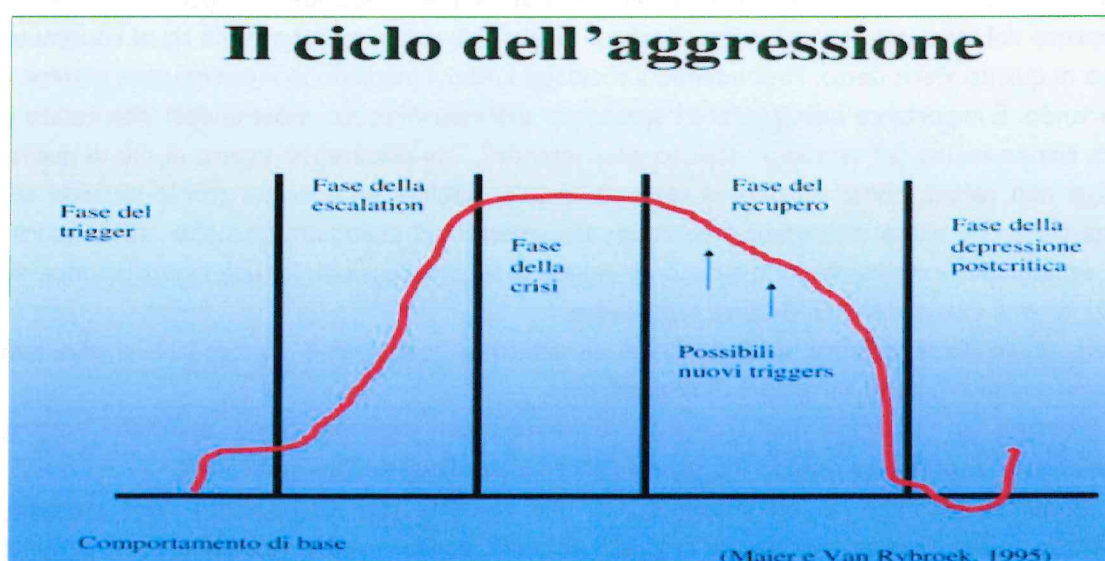
2. **Fase dell'Escalation:** ulteriore scostamento dalla linea basale, se non bloccato in tempo con tecniche di de-escalation si raggiunge il punto di non ritorno.

3. **Fase della Crisi:** Viene raggiunto il massimo discostamento dalla linea basale

L'attenzione degli operatori deve essere focalizzata sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze. In tale fase risulta difficile mettere in atto strategie cliniche, poiché il rapporto terapeutico risulta compromesso.

4. **Fase del Recupero:** Graduale ritorno al comportamento normale. Un livello di arousal ancora elevato e potenzialmente recettivo a nuovi fattori scatenanti può favorire una nuova crisi. Bisogna evitare interventi troppo precoci volti all'elaborazione dell'episodio, perché si potrebbe scatenare una riacutizzazione.

5. **Fase della Depressione post-critica**



6.2 Le tecniche di comunicazione e de-escalation

Nonostante gli studi di valutazione sulla loro efficacia secondo evidenze scientifiche siano pochi, queste strategie sono, comunque, diffusamente riconosciute quali buone pratiche ed il loro uso è imprescindibile

nei contesti sanitari di emergenza, tra cui in particolare i SPDC e i Pronto Soccorso, dove i comportamenti aggressivi sono purtroppo frequenti e nei reparti per acuti.

La loro corretta applicazione può ridurre notevolmente l'uso di pratiche estreme come la contenzione, che sono da considerare come ultima risorsa in caso di insuccesso di tutte le strategie non coercitive adottate.

In linea generale, il riconoscimento degli eventi potenzialmente lesivi e l'adozione di tecniche di de-escalation mirano a evitare che l'aggressione venga adottata dal paziente in modo indistinto per la soluzione di conflitti interpersonali ed emotivi, adottando schemi di intervento volti a trasformare uno scontro in una negoziazione. Se, nonostante gli sforzi, non si può evitare l'insorgere della crisi, occorre innanzitutto mettere in sicurezza il paziente e gli operatori per limitare le conseguenze dell'azione violenta.

Con il termine de-escalation si intende l'insieme di interventi di desensibilizzazione che hanno come obiettivo il contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività, agendo in particolare modo sulla fase 2 del ciclo dell'aggressività. Comporta, imparando a mantenere calma e controllo dei propri stati emotivi, l'uso di stili e di regole di comunicazione verbale e non verbale. Di seguito vengono descritte le varie tecniche.

-Talk down: approccio verbale volto al progressivo contenimento di una situazione potenzialmente aggressiva basato principalmente, ma non solo, sul contenuto del linguaggio. È utile stabilire un contatto verbale con il paziente, usando frasi brevi dal contenuto molto chiaro e, se il paziente non ha compreso il significato, semplificarle sempre più, anche a scapito della completezza, della coerenza o logica. Occorre servirsi di un tono di voce caldo e rassicurante, chiedendo al paziente come preferisce essere chiamato (usando solo il cognome, il nome, dare del "lei" o del "tu"). Ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo e disponibile alla ricerca di una soluzione comune, senza polemizzare o contrastare apertamente l'utente. Risulta efficace porre domande aperte e offrire scelte alternative al paziente. È consigliabile evitare questa serie di comportamenti: dare ordini o avvertimenti, moraleggiare, discutere, biasimare e giudicare, ironizzare, fare del sarcasmo, elogiare o al contrario sminuire.

-Ascolto attivo: è un metodo per migliorare la capacità di ascolto; è un feedback su quello che si è appena ascoltato che il ricevente dà alla sua fonte di comunicazione. L'ascoltatore risponde a chi parla basandosi su quanto ha compreso del messaggio che gli è stato inviato. Risulta utile prestare attenzione sia al contenuto che al significato di quanto viene detto, rispondendo a messaggi emotivi evitando di interrompere mentre il paziente sta parlando. È importante non ignorare i sentimenti dell'interlocutore, mostrandosi interessato e riconoscendo la sua posizione (ad esempio "capisco cosa intende", "mi piacerebbe sapere di più di questa cosa"). I messaggi non verbali, come inclinare la testa da un lato, stabilire un contatto con lo sguardo e/o annuire, rafforza l'idea che siamo interessati e partecipiamo attivamente nel colloquio. L'ascolto attivo ha vari effetti positivi, ad esempio migliora la comunicazione, riduce le incomprensioni, induce l'interlocutore ad esprimersi senza timore e costruisce un'alleanza terapeutica.

-Negoziazione ed accordarsi: cercare di individuare un punto su cui si può concordare e che può rappresentare una possibile base di accordo e di negoziazione.

-Time out: spostarsi in un luogo più tranquillo e vissuto dal paziente come neutrale. Tecnica particolarmente efficace soprattutto quando il trigger è determinato da un fattore ambientale.

L'applicazione di queste tecniche va accompagnata ad una corretta **comunicazione non verbale**. Durante il colloquio infatti occorre mantenere la giusta distanza, posizionandosi lateralmente al paziente (rotazione di circa 30° rispetto all'utente), posizionando le braccia lungo il corpo con le mani aperte (ulteriore segnale corporeo di apertura all'interlocutore). La posizione deve essere comoda e rilassata con gestualità lenta e delicata, comunicando allo stesso livello della persona a cui ci si rivolge (es. entrambi seduti o in piedi). Anche il tono di voce ha una influenza in contesti a rischio di aggressività; risulta importante perciò modulare il volume, il tono e l'intensità. Lo sguardo accompagna la comunicazione, insieme ad accenni del capo che rafforzano l'ascolto attivo, trattato precedentemente.

Va richiamato che, riconosciuta una condizione di escalation e avviato un intervento di de-escalation, gli operatori devono mantenere comportamenti e azioni improntati alla sicurezza del paziente, propria e di terzi e alla ricerca di un canale comunicativo/relazionale con il paziente, quali:

1. mantenere un'osservazione intensiva dell'utente, valutando costantemente la variazione dei segni clinici (contatto visivo costante e no "sguardo fisso");
2. non lasciare solo il paziente, non rimanere soli con lui e non voltare le spalle;
3. rispettare l'eventuale sua scelta di un privilegiato tra gli operatori;
4. stabilire una comunicazione verbale: Talking Down, utilizzando frasi brevi e semplici servendosi di un tono di voce calda e rassicurante;
5. proporre al paziente delle scelte alternative ad esempio offrendo cibo, caffè e sigarette, oppure l'assunzione di terapia per ridurre lo stato di tensione;
6. adottare una postura neutrale con braccia abbassate, non incrociate e mani aperte, testa dritta che s'inclina o che annuisce rafforza l'ascolto attivo;
7. lasciare uno spazio sufficiente per l'utente e per gli operatori sanitari;
8. gli operatori sanitari devono muoversi verso spazi di sicurezza, mantenendo sempre una via di fuga e allontanarsi ai primi segni di allarme e di franco pericolo;
9. avere con sé un cellulare o cordless;
10. allontanare tutti gli effetti personali e gli oggetti ritenuti pericolosi;
11. interporre qualcosa tra noi e l'utente (poltrona, tavolo)

Sono da evitare comportamenti quali: dare ordini o avvertimenti, moraleggiare, discutere, biasimare, rimproverare o giudicare, elogiare o sminuire, ironizzare o fare del sarcasmo, interrompere il paziente mentre sta parlando, non sotto/sovrastimare pregressi agiti aggressivi.

Gli operatori sanitari in questa fase devono:

- controllare, mediante monitoraggio, la natura del comportamento aggressivo e la frequenza;
- cercare di individuare con il paziente quali siano le situazioni che gli scatenano comportamenti aggressivi, quali e quanto siano efficaci gli sforzi per ridurli, verbalizzando i vantaggi di esprimere la rabbia in modo non distruttivo e ricompensando ogni sforzo di gestire la collera in modo meno aggressivo;
- valutare se utile e possibile il coinvolgimento dei familiari e del caregiver;
- escludere quadri organici e di intossicazione da alcool e/o sostanze stupefacenti;
- stabilire all'utente chiari limiti di comportamento;
- richiedere l'ausilio della Forza Pubblica per supporto all'intervento sanitario e segnalare alle Forze dell'Ordine quei comportamenti aggressivi e violenti che possono implicare un reato per le loro relative azioni di prevenzione e/o repressione.

I segnali di successo dell'intervento di de-escalation sono: dissipazione della tensione della voce; movimenti meno rigidi del corpo e degli arti del paziente; respiro più regolare; sguardo meno fisso e sfidante.

Per la corretta applicazione delle tecniche di comunicazione e de-escalation, va ricordato che l'utenza può provenire da vari contesti culturali, con conseguenti differenze di modelli comunicativi e inter-relazionali di cui bisogna tener conto.

È utile richiamare alcuni esempi di differenze comunicative che possono risultare utili nella pratica clinica:

- il sorriso: spesso chi ascolta sorride. In Europa questo esprime un generico accordo. Nella cultura Giapponese il sorriso non esprime necessariamente un accordo;
- gli occhi: in Occidente guardare l'interlocutore negli occhi è inteso come un segno di franchezza. In Asia, il fissare una persona dritto negli occhi può essere una sfida. Mentre in Cina guardare negli

Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica in ambiente ospedaliero	0 ADO PRO 01	Rev. I del 04/02/2025	Pag. 11 di 42
---	--------------	--------------------------	---------------

occhi di chi parla è un segno di attenzione, in Giappone ci si guarda di quando in quando, ma mai durante un commiato;

- le espressioni del viso: esprimere le proprie emozioni, sensazioni, giudizi, pensieri con la mimica facciale è una cosa “ovvia” nell’Europa mediterranea, in Russia. In Europa settentrionale ci si attende che queste espressioni siano abbastanza controllate, mentre in Oriente esse sono poco gradite. Si educano i bambini fin da piccoli ad una certa imperscrutabilità, cioè ad una riservatezza riguardo i propri sentimenti.

Per una completa formazione sulle tecniche di comunicazione e de-escalation si rinvia al materiale formativo *Le Tecniche di Comunicazione e De-escalation nei quadri di agitazione psico-motoria e dei comportamenti aggressivi e violenti* DSM ASL Roma I - <https://sqrm.aslroma1.it/accedi.html>

6.3 Il trattamento farmacologico non coercitivo

Rientra nella gestione di questa fase non coercitiva da parte del team degli operatori sanitari, il ricorso al contenimento farmacologico che, concordato con il paziente che riconosce la difficoltà nel gestire i suoi comportamenti, comprende anche la via di somministrazione per via orale. Questa via di somministrazione dovrebbe essere privilegiata in un paziente con buona compliance al trattamento che non presenti deficit organici o iatrogeni della deglutizione o che non presenti altre controindicazioni alla assunzione orale (es: intolleranza agli eccipienti contenuti nella formulazione orale; danni significativi all'apparato gastrointestinale in pazienti con tentato suicidio per ingestione di caustici; patologie gastrointestinali che ne controindichino la somministrazione, come il vomito; occlusioni di natura neoplastica fobia relativa alla deglutizione delle compresse).

Qualora fosse controindicata la somministrazione orale, si può ricorrere alla somministrazione per via endovenosa di soluzione fisiologica, addizionata con uno o più farmaci sedativi diretti a ridurre l'aggressività, seguendo le relative linee guida.

Una valida alternativa è la somministrazione intramuscolare, che amplia la tipologia di farmaci utilizzabile.

La via intramuscolare è di più rapida somministrazione e non costringe il paziente ad attendere il termine della infusione; inoltre, non espone al rischio di dover gestire una eventuale ripresa della agitazione in un paziente con agocannula in sede, che potrebbe contaminare l' ambiente e/o contagiare gli operatori per fuoriuscita ematica dall'accesso venoso, oltre ad essere causa di lesioni.

Tenendo conto dei differenti effetti collaterali relativi ai singoli farmaci utilizzabili, la scelta del farmaco necessita di un preliminare inquadramento clinico generale (esami ematici, tossicologia, ECG con QTc., eventuali esami strumentali). Fondamentale è l' osservazione dei pazienti e la pronta assistenza ove necessario, in quanto la indotta tranquillizzazione farmacologica aumenta il rischio cadute.

7. LA CONTENZIONE MECCANICA

Nell'ordinamento giuridico italiano non esiste una norma che preveda specificamente la pratica della contenzione meccanica, ma esiste un perimetro di norme entro le quali possono collocarsi, da un lato, la scriminante per la realizzazione dell'atto contenitivo, dall'altro le situazioni di illegittimità della stessa.

La contenzione meccanica rappresenta, infatti, un presidio restrittivo della libertà personale del soggetto che può configurare un sequestro di persona (art. 605 C.P.) al quale si può ricorrere - avendo riguardo anche al principio di proporzionalità - solo quando si sia di fronte ad una situazione di pericolo attuale ed imminente di un danno grave al paziente (in virtù della posizione di garanzia specificamente attribuita al medico e agli infermieri) o ad altre persone che con lui interagiscono e tale danno non sia evitabile con altri mezzi.

Occorre dunque tener presente che il ricorso alla contenzione fisica non costituisce un atto medico - in quanto non ha finalità terapeutica o diagnostica o comunque non produce di per sé un miglioramento delle condizioni cliniche – ma unicamente una mera funzione di tipo “cautelare, “essendo diretto a salvaguardare l'integrità fisica del paziente, o di coloro che vengono in contatto con quest'ultimo, allorquando ricorra una situazione di concreto pericolo per l'incolumità dei medesimi”³.

La contenzione fisica, dunque, trova indicazione unicamente in circostanze straordinarie e per il tempo strettamente necessario alla cessazione delle condizioni che hanno determinato gli operatori alla sua adozione, resa necessaria, si ribadisce, dalla necessità di salvaguardare l'integrità fisica del paziente e di chi con lui viene a contatto, in una situazione di immediato e attuale pericolo, non altrimenti evitabile. Per tali circostanze è infatti applicabile la scriminante dello stato di necessità (art. 54 CP).

Un altro cardine della non punibilità della contenzione meccanica è rappresentato dal controllo sanitario continuo e costante, sia al fine di verificare le condizioni di salute del soggetto che vi è sottoposto sia per individuare eventuali condizioni che richiedano attenzione e trattamento, sia per verificare l'eventuale persistenza o la cessazione delle condizioni che hanno dato luogo alla sua prescrizione.

Quindi, il ricorso alla contenzione fisica può avvenire quando ci si trovi di fronte ad uno stato di necessità, integrato da alcuni requisiti e condizioni imprescindibili:

- 1) Deve essere considerato un atto straordinario, eccezionale, condizione che si configura quando vi sia evidenza di un pericolo attuale ed immediato;
- 2) Le circostanze del pericolo devono essere riferite a un danno alla vita o all'integrità personale, sia essa del paziente o di terzi;
- 3) La gravità del danno deve essere imminente e oggettiva;
- 4) L'atto della contenzione deve essere proporzionato al pericolo da evitare;
- 5) L'indicazione deve rilevarsi in caso di necessità reale e solo quando altre opzioni di gestione del caso hanno fallito, quindi il danno non può essere altrimenti evitabile;
- 6) La contenzione deve essere di durata limitata al tempo necessario per la risoluzione delle condizioni che l'hanno motivata;
- 7) La prescrizione deve essere fatta dal medico, che deve provvedere alla puntuale registrazione in cartella clinica sia delle condizioni cliniche del paziente che delle strategie poste in essere per evitare la crisi prima di ricorrere alla contenzione, sia della presumibile durata della stessa, nonché delle indicazioni puntuali per i controlli da parte degli operatori che si succedono nell'assistenza.

Oltre a quanto già espresso, non si può trascurare il dovere di informazione del medico nei confronti del paziente: si tratta di un obbligo assoluto, che ricorre anche nelle circostanze delle quali si sta trattando, ossia circostanze di urgenza o emergenza, nelle quali non solo si è verificata la sussistenza di un pericolo attuale di un danno grave alla persona, altrimenti non evitabile, ma si è rilevata l'impossibilità da parte del paziente - a causa di una condizione patologica, non necessariamente psichiatrica – di avere consapevolezza delle sue condizioni morbose e dunque fornire un valido consenso alle cure. In tali casi l'intervento sanitario è doveroso al fine di evitare il danno.

Giova ricordare che non è mai legittimo il TSO per patologie non psichiatriche, nelle quali può essere indicata l'applicazione di una procedura sanitaria d'urgenza, sempre che ricorra e sia documentato adeguatamente lo stato di necessità.

Ancora, occorre considerare che il TSO in regime di degenza ospedaliera⁴ non costituisce fonte di giustificazione, sul piano giuridico, dell'applicazione della contenzione fisica. Si possono determinare circostanze nelle quali l'imminente pericolo di agiti auto- ed eteroaggressivi, causati da gravi alterazioni

³ " Cass., Sez. V, Sentenza N°50497/2018

⁴ Previsto e normato dagli artt. 33, 34 e 35 della Legge 23 dicembre 1978, n°833 – Istituzione del SSN

Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica in ambiente ospedaliero	0 ADO PRO 01	Rev. I del 04/02/2025	Pag. 13 di 42
---	--------------	-----------------------	---------------

psichiche, possano riguardare soggetti che, pur accettando gli interventi terapeutici necessari, non sono in grado di controllare l'impulso di realizzare tali agiti. Mentre il TSO è previsto da una precisa normativa, non altrettanto può dirsi della contenzione meccanica, come già esposto; essi rispondono a finalità diverse:

- Il TSO ha la finalità terapeutica di somministrazione di trattamenti, di solito farmacologici, che il soggetto rifiuta a causa del proprio stato di alterazione psichica
- la contenzione ha l'unica finalità di evitare un pericolo derivante da agiti incontrollabili.

Un'ultima annotazione deve essere qui proposta: è noto che la contenzione meccanica – se non utilizzata con le dovute cautele - può provocare lesioni fisiche, fino alla morte, ed esiti psichici. Se sul piano penalistico può essere provata e documentata, caso per caso, la ricorrenza della scriminante dello stato di necessità, l'art. 54 C.P. non esclude la risarcibilità del danno che si sia verificato al paziente.

7.1 Descrizione delle attività e degli interventi procedurali per la contenzione fisica/meccanica

Le indicazioni del ricorso alla contenzione fisica/meccanica quale atto eccezionale e straordinario, riguardano quelle condizioni cliniche di etiologia diversa (metabolica, neurologica, infettiva, tossicologica, primariamente psichiatrica) che comportano un pericolo attuale ed immediato per la vita o l'integrità personale del paziente o di terzi, nella cornice e nei limiti giuridici illustrati pocanzi.

La **decisione** di ricorrere alla contenzione può avviarsi una volta esperiti, senza successo, tutti gli interventi clinici e relazionali non coercitivi.

Il processo decisionale deve vedere coinvolti, laddove possibile, tutti gli attori del processo stesso: medico, infermieri, paziente, familiari, caregiver, eventuale Amministratore di Sostegno e/o tutore. I familiari e caregiver, se presenti, sono un punto di riferimento per il paziente e rappresentano una risorsa utilizzabile come parte attiva del processo di cura, pertanto è necessario poter concordare con loro anche la presenza accanto all'assistito.

Ad essi bisogna comunicare tutte le informazioni riguardo la contenzione: rischi, benefici, motivazione, come collaborare con i sanitari nella gestione del paziente, definendo di perseguire l'obiettivo comune della de-contenzione del paziente.

Delle informazioni fornite, deve rimanere traccia nella documentazione clinica del paziente.

L'atto della contenzione fisica è un procedimento complesso. Al fine di praticare tale procedura con precisione, prevenendo eventuali rischi e complicanze, occorre approcciare la contenzione fisica in ogni aspetto che a questa sia direttamente o indirettamente correlato.

In particolare occorre:

- ✓ gestire adeguatamente l'ambiente di reparto, prevenendo l'insorgenza di ostacoli o complicazioni durante l'atto della contenzione;
- ✓ eseguire adeguate valutazioni relativamente alla durata della contenzione, che dovrà limitarsi alla remissione delle condizioni cliniche e giuridiche che ne ha richiesto l'attuazione;
- ✓ definire un protocollo del monitoraggio clinico-assistenziale del paziente contenuto, relativamente al periodo della sua contenzione, così come al periodo successivo alla de-contenzione.

La **Gestione dell'ambiente** comporta che esso vada adeguatamente organizzato anche in previsione della procedura della contenzione fisica; eventuali visitatori o familiari presenti in quel momento andrebbero allontanati quanto prima, preferibilmente sin dalla fase di escalation (nel caso in cui l'urgenza/emergenza fosse una crisi di agitazione psicomotoria). Gli operatori sanitari devono allontanare gli altri pazienti dalla

scena, onde evitare coinvolgimenti o eccessive stimolazioni sensoriali per il paziente. L'ambiente dovrebbe essere sempre adeguatamente mantenuto in ordine, evitando che oggetti o mobili ostacolino le operazioni del personale sanitario o siano utilizzati come strumenti atti ad offendere. Bisogna porre attenzione a eventuali liquidi o soluzioni dispersi sul pavimento, che potrebbero causare scivolamenti e traumatismi.

Il medico presente, o eventualmente un operatore sanitario con cui il paziente fosse entrato maggiormente in relazione, deve continuare a cercare di interloquire col paziente, facendo ricorso anche in questa fase agli interventi di de-escalation dell'aggressività.

Possibilmente su indicazione medica, e solo se necessario, uno o più operatori iniziano a predisporre il letto (preferibilmente non dove si sta interloquendo col paziente per evitare che questa operazione sia un ulteriore trigger di aggressività) con le fasce di contenzione per i quattro arti; è necessario che parte del personale resti con il paziente, avendo premura che non rimanga incustodito. Se nella stanza del paziente fosse presente un eventuale altro degente, questi va allontanato, nel rispetto della sua incolumità e della riservatezza.

Procedura della contenzione

L'intervento di immobilizzazione del paziente e di contenzione meccanica deve essere effettuato avendo cura di evitare effetti meccanici lesivi diretti e fornendo al paziente ogni informazione e spiegazione sull'intervento stesso. Anche in questa fase è importante l'approccio relazionale: il paziente, in nessun caso, deve percepire la contenzione come atto punitivo e, anche quando le condizioni cognitive sono compromesse, è importante continuare a spiegargli cosa stiamo facendo, come e perché.

Il numero di operatori (varie figure professionali) per attuare la contenzione fisica a letto del paziente, di norma deve essere congruo e non inferiore a quattro, per assicurare un intervento efficace in termini di sicurezza sia per il paziente che per il personale stesso.

Nei casi in cui il medico preveda una contenzione particolarmente difficoltosa ed impegnativa, o pericolosa anche per lo stesso personale del reparto, è preferibile che il numero degli operatori non sia inferiore a cinque (uno per ogni arto ed uno per la testa) ed è opportuno richiedere personale di supporto e l'ausilio delle guardie giurate dell'Ospedale e, qualora non presenti/disponibili/sufficienti, quello delle Forze dell'Ordine (TULPS Art. 1 T.U. 1926; art. 1 R.D.L. 14 aprile 1927, n. 593, Capo I delle attribuzioni dell'autorità di pubblica sicurezza e dei provvedimenti di urgenza o per grave necessità pubblica).

La procedura di contenzione deve essere effettuata solo con risorse di personale sufficienti.

Tutti gli operatori devono indossare dispositivi di protezione individuale, quali mascherine, guanti, e camici, anche al fine di proteggersi da possibili atti aggressivi, quali ad esempio sputi, morsi con conseguente rischio di contaminazione con materiale biologico.

La responsabilità della prescrizione della contenzione fisica è del medico che la dispone e collabora con gli infermieri e gli altri operatori, per la sua attuazione e per il monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

L'applicazione della contenzione richiede un'azione combinata e sinergica e di squadra del team sanitario e gli operatori devono essere formati per garantire precisione e cura degli atti necessari.

Uno degli operatori assume il ruolo di leader e gli altri devono agire in modo sincrono e coordinato per l'immobilizzazione del paziente, e per posizionarlo a letto ed applicare le fasce di contenzione.

Il leader (colui che entra in relazione con il paziente, solitamente il medico ma anche un altro operatore che riesce maggiormente a rapportarsi al paziente) si occuperà di dirigere la contenzione fornendo, se necessario, indicazioni chiare agli altri operatori.

Il primo compito, ove possibile, consiste nel convincere il paziente ad allontanarsi dallo scenario della urgenza, recandosi con l'operatore leader dell'intervento in un luogo più sicuro e riservato dove potersi confrontare sulle problematiche lamentate dal paziente; il leader dovrà cercare di convincere il paziente a raggiungere la propria stanza; gli operatori del team dedicato alla contenzione dovrà accompagnare il leader seguendo il paziente. Una volta raggiunta la stanza del paziente, l'operatore che coordina l'intervento esporrà al paziente la necessità di praticare in via straordinaria e temporanea la contenzione fisica e cercherà di ottenerne il consenso e la collaborazione; nel farlo, gli dovrà mostrare garantire rispetto e mantenere un atteggiamento calmo ed empatico, come previsto dalla tecnica della de-escalation.

All'atto della contenzione, ciascun infermiere dovrà praticare il contenimento sincrono di uno dei quattro arti e l'applicazione delle fasce (o sincrona o in sequenza, dipendentemente dal grado di irrequietezza del paziente), limitando le possibilità di movimento del paziente e prevenendo tentativi di fuga o di aggressione. Nell'immobilizzare l'arto si avrà premura di non traumatizzare le articolazioni. Durante il contenimento, si dovrà mantenere un colloquio con il paziente quanto più possibile finalizzato a rasserenarlo, fornirgli informazioni sulla procedura ridefinendone la condizione di necessità e la durata limitata.

Se si è nel numero di 5 operatori (necessario in condizioni di notevole aggressività del paziente), chi dirige la contenzione controlla, in maniera adeguata, i movimenti della testa e del tronco.

L'immobilizzazione va eseguita sempre con la mano a palmo, esercitando una pressione sulla guancia del paziente, con il collo del paziente rivolto verso il lato opposto rispetto al posizionamento dell'operatore, ponendo attenzione a non cagionare distorsioni/distrazioni del tratto cervicale o ferite al volto del paziente. L'immobilizzazione del capo ha lo scopo di limitare eccessive escursioni del tronco, prevenire contaminazioni con la saliva espettorata dal paziente ed evitare lesioni da morso.

La contenzione fisica può essere traumatica o atraumatica. In genere, avviene in maniera atraumatica soprattutto se:

- ✓ il paziente è collaborante alla contenzione;
- ✓ il paziente viene contenuto in stato di parziale tranquillizzazione ottenuta con terapie farmacologiche;
- ✓ il team della contenzione è esperto e ben addestrato;
- ✓ le condizioni cliniche psichiche del paziente non sono eccessivamente severe;
- ✓ il paziente non mostra condotte tossicomane e/o sintomi compatibili con astinenza o intossicazione da sostanze d'abuso.

Se il paziente si mostrasse aggressivo, violento e oppositivo fino al punto di rifiutare aprioristicamente di interloquire con gli operatori (ad es. per raggiunge un ambiente idoneo al colloquio), potrebbe risultare necessario praticare una immobilizzazione temporanea avvalendosi nell'immediato di un **trattamento farmacologico coercitivo di tranquillizzazione con somministrazione di farmaci per via intramuscolare, endovenosa o intranasale**; il vantaggio di tale scelta (ove la misura adottata fosse proporzionale al quadro clinico e non controindicata da questa) sta nel rendere atraumatica una contenzione fisica che, inevitabilmente, diventerebbe traumatica, prevenendo lesioni personali involontarie ad eventuali persone coinvolte.

Anche in questo caso, può essere necessario avere il supporto del personale di Agenti della Vigilanza interna o delle FF.OO.

Il personale sanitario, infermieristico e tecnico, deve garantire, per tutta la durata della contenzione, la tenuta delle fasce⁵ e il loro adeguato posizionamento.

Tutte le fasi della decisione e dell'attuazione della contenzione devono essere documentate e registrate sulla Scheda registro di contenzione da conservare in un raccoglitore dedicato nella UOC/UO e sulla Scheda di monitoraggio che è parte integrante della cartella clinica.

Nello specifico:

- nelle UU.OO.CC/UU.OO dei Presidi Ospedalieri S. Spirito e S. Filippo Neri il medico e gli infermieri devono utilizzare L'ALLEGATO 3 REGISTRO DI REPARTO e L'ALLEGATO 4 SCHEDA DI MONITORAGGIO
- Nelle UOC di Pronto Soccorso per la registrazione delle informazioni, utilizzerà il sistema GIPSE-WEB
- Nelle **UU.OO.CC. SPDC** il medico e gli infermieri, per le attività di registrazione e monitoraggio delle attività assistenziali e di quelle di monitoraggio ed analisi degli eventi, devono utilizzare:
 1. L'ALLEGATO 5 - SCHEDA DI PRESCRIZIONE MEDICA DELLA CONTENZIONE MECCANICA E DEL MONITORAGGIO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO che, deve essere inclusa nella cartella clinica del paziente alla dimissione;
 2. L'ALLEGATO 6 - REGISTRO DELLA CONTENZIONE MECCANICA da compilare da parte del medico e del team infermieristico presente, con codificazione dei nominativi dei pazienti; il registro rimane in dotazione alla UOC per il monitoraggio dell'evento contenzione, a garanzia della trasparenza delle attività svolte e della possibile richiesta delle Autorità competenti;
 3. L'ALLEGATO 7 - SCHEDA DI DESCRIZIONE DELL'EVENTO CONTENZIONE (solo SPDC SFN) da compilare da parte del medico e del team infermieristico presente al momento dell'avvio della contenzione. La scheda, con codificazione del nominativo del paziente, rimane in dotazione alla UOC SPDC e si collega al de-briefing post-contenzione per valutare gli aspetti del paziente, le dinamiche della contenzione ed i fattori scatenanti/causali, ponendo attenzione all'analisi del comportamento del personale coinvolto e di eventuali conseguenze/complicazioni insorte durante o dopo l'atto della contenzione.

Il **de-briefing** è uno strumento di apprendimento esperienziale rapido e potente per migliorare le prestazioni del team. Durante un debriefing, i membri del team riflettono sulla recente esperienza, discutono su cosa è andato bene e cosa non ha funzionato e identificano le opportunità di miglioramento. Esso è uno strumento necessario per rivalutare eventuali problematiche, pratiche ed emotive, dell'intervento effettuato. Nello specifico, nel de-briefing post-contenzione si effettua l'analisi esperienziale ed emozionale delle motivazioni che hanno condotto alla contenzione fisica, delle caratteristiche della sua applicazione e si individuano le scelte strategiche da adottare per il benessere del paziente e la riduzione al minimo dei tempi di contenzione.

La **durata** della contenzione fisica idealmente non dovrebbe durare per più di 12 ore consecutive; concretamente, la contenzione fisica deve essere mantenuta per il tempo necessario (e non oltre) alla risoluzione del quadro clinico che ne ha richiesto la messa in atto.

⁵ Le fasce di contenzione devono essere applicate come descritto nelle istruzioni allegate al dispositivo dal produttore. È fatto assoluto divieto un uso diverso da quello descritto: l'uso improprio aumenta il rischio di eventi avversi. La sicurezza del paziente dipende dal corretto posizionamento e utilizzo dei dispositivi. È obbligatorio addestrare e qualificare il personale all'uso di detti dispositivi.

Ove il medico decida di proseguire la contenzione fisica oltre le 12 ore, tale disposizione va registrata nel diario della cartella clinica e nella cartella infermieristica, specificando le motivazioni che hanno richiesto la prosecuzione della contenzione fisica oltre il tempo ideale.

Le UOC SPDC e le UOC/UO dei Presidi Ospedalieri registrano, inoltre, anche sui rispettivi registri delle contenzioni e schede di monitoraggio assistenziale (come da All. 3-4-5-6)

Nel caso in cui la contenzione duri per più di 12 ore, bisogna provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della Trombosi Venosa Profonda con prescrizione e somministrazione di idoneo trattamento farmacologico preventivo.

Inoltre, nelle contenzioni con durata superiore alle 12 ore ed in presenza di eventuali comorbidità (obesità, patologie cardio-vascolari, patologie respiratorie etc.), il medico potrà valutare la richiesta di valutazione multispecialistica e fornire indicazioni per un più stretto monitoraggio clinico-assistenziale.

In ogni caso, ad ogni cambio guardia, il medico, consultandosi con il gruppo infermieristico, deve riconfermare o interrompere la contenzione prescritta. Di ciò deve esserne data evidenza:

- ✓ sulla cartella clinica
- ✓ sulla cartella infermieristica
- ✓ sui rispettivi registri delle contenzioni e schede di monitoraggio assistenziale (come da All. 3-4-5-6)

Il Monitoraggio ed assistenza del paziente sottoposto a contenzione fisica deve prevedere che, a contenzione avvenuta, lo staff controlli che non rimangano in possibile uso al paziente oggetti potenzialmente pericolosi, quali forbici o altri oggetti taglienti, accendini etc.

Il monitoraggio del paziente, oltre all'osservazione a vista frequente (anche, ove disponibile, con telecamera a circuito chiuso) deve prevedere la rilevazione di segni e sintomi presenti e dei parametri vitali.

Devono essere garantite le attività assistenziali correlate all'idratazione, all'alimentazione, ai bisogni fisiologici, alle cure igieniche, alla mobilitazione.

Il monitoraggio clinico-assistenziale è svolto, per competenza, dal medico, dall'infermiere che ha la responsabilità dell'atto pratico della assistenza e del monitoraggio e dagli OSS.

Nel paziente sottoposto a **contenzione parzialmente restrittiva** (ad es. sponde per il letto; fascia addominale/pubica di fissaggio del tronco alla carrozzina; tavolino per carrozzina), il **controllo medico** è disposto in base alle necessità cliniche del paziente e a discrezione del medico prescrittore, così come la frequenza del monitoraggio assistenziale e dei controlli del personale infermieristico. Il controllo medico del paziente deve essere eseguito sempre nel caso in cui l'infermiere lo sollecitasse o il quadro clinico lo richiedesse. Il controllo medico va comunque ripetuto ad ogni cambio turno.

Il controllo visivo del paziente deve avvenire ad intervalli **di almeno trenta minuti o a frequenza variabile** secondo le indicazioni mediche, come anche il monitoraggio dei parametri vitali.

Nel paziente sottoposto a **contenzione altamente restrittiva a letto**, il **controllo medico** deve essere eseguito **almeno ogni due ore** e deve essere garantito sempre nel caso in cui l'infermiere lo sollecitasse o il quadro clinico del paziente lo richiedesse. Il controllo medico va comunque ripetuto ad ogni cambio turno del personale.

Il controllo visivo del paziente rientra nel monitoraggio assistenziale e **deve avvenire ad intervalli di almeno trenta minuti**; il medico può disporre l'osservazione continua (in presenza o tramite il monitor delle videocamere) del paziente se lo ritiene opportuno, in base al quadro clinico emerso.

Il monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa; frequenza cardiaca; temperatura corporea; saturazione dell'ossigeno) **va praticato almeno ogni 4 ore, o con intervalli anche inferiori se le condizioni cliniche lo richiedano secondo le valutazioni del medico.**

In caso di contenzione fisica con fascia toracica, risulta necessario monitorare anche la frequenza respiratoria, con intervalli tra le misurazioni disposte a discrezione del medico prescrittore, onde identificare precocemente un eventuale quadro di asfissia da compressione della gabbia toracica.

Vanno inoltre **controllate le superfici di sfregamento con i bracciali e la fascia toracica di contenzione almeno quattro volte al giorno**, onde rilevare e medicare eventuali lesioni insorte in sede.

Onde prevenire il rischio di trombosi venosa profonda ed atrofizzazione dei muscoli, bisogna eseguire la **mobilizzazione passiva degli arti a rotazione, per la durata di almeno dieci minuti ogni due ore.**

La frequenza dei controlli può essere intensificata su indicazione del medico prescrittore o se le condizioni cliniche del paziente lo richiedano (ad es. controllo della frequenza respiratoria e della saturazione dell'ossigeno in paziente con polmonite o con BPCO; controllo visivo intensificato per paziente in grave stato di agitazione; controllo intensificato dei parametri cardiaci in paziente con insufficienza cardiaca cronica, condizioni di obesità). In queste condizioni il medico può valutare la necessità di controlli ematici, cardiologici, strumentali e/o specialistici.

Ogni variazione significativa delle condizioni cliniche del paziente deve essere tempestivamente comunicata al medico, che valuterà se proseguire la contenzione o interromperla.

Al paziente va garantito rispetto ed assistenza per i suoi bisogni. L'uso di cateteri urinari e pannoloni, permette di ovviare all'impossibilità di usufruire dei servizi igienici. Il cambio del pannolone è giornaliero e, comunque, da praticarsi ogni qualvolta fosse necessario.

Alvo e diuresi vanno dunque strettamente controllati, onde eseguire i dovuti approfondimenti clinici in caso di alterazioni biochimico-strumentali. Particolare attenzione va posta al controllo visivo del catetere urinario, in quanto frequentemente viene manomesso dal paziente, con intenzionalità o meno. Per l'indicazione e la gestione del catetere vescicale, fare riferimento alla Procedura aziendale "Prevenzione delle infezioni correlate al cateterismo vescicale" PRO CC-ICA n. 2

Altri aspetti assistenziali fondamentali sono la cura e la pulizia del paziente e la nutrizione: ove le condizioni cliniche e la compliance lo rendessero possibile, bisogna praticare l'igiene del paziente, curandone l'aspetto e prevenendo l'insorgenza di patologie da scarsa igiene.

Per quanto riguarda la nutrizione, è possibile contenere temporaneamente il paziente a tre arti, permettendo che si alimenti autonomamente con il braccio dominante, a patto che sia sufficientemente compliant, sotto controllo visivo diretto e che non abbia alterazioni significative della deglutizione. L'infermiere o l'OSS che assistono il paziente devono porre particolare attenzione a che non rimanga cibo non deglutito, onde prevenire il rischio di soffocamento da corpo estraneo o polmonite ab ingestis. Il medico può valutare secondo le condizioni cliniche del paziente, la prescrizione di dieta semiliquida. Nel caso in cui fosse controindicata l'alimentazione autonoma, è possibile alimentarlo per via enterale con sondino naso gastrico impostando una dieta preferibilmente a seguito di consulenza nutrizionistica, o per via parenterale.

Va assicurata adeguata idratazione al paziente e ove fosse in grado, e con assistenza dell'infermiere/OSS, deve essere aiutato a bere e motivato dal personale di reparto ad assumere acqua nelle quantità adeguate rispetto al fabbisogno giornaliero; in caso di impossibilità o controindicazione, va garantita adeguata idratazione per via endovenosa con soluzione fisiologica e/o glucosata.

La terapia psicofarmacologica/internistica del paziente va proseguita durante la fase della contenzione fisica, con variazioni della posologia a discrezione del medico prescrittore. Sarebbe consigliabile convertire la via

Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica in ambiente ospedaliero	0 ADO PRO 01	Rev. I del 04/02/2025	Pag. 19 di 42
---	--------------	-----------------------	---------------

di somministrazione farmacologica da enterale a parenterale, onde evitare complicazioni da deficit temporanei della deglutizione

Se, durante i controlli, il personale infermieristico rilevasse modificazioni dello stato di salute e/o il manifestarsi di complicanze di qualunque tipo, ha l'obbligo di darne tempestiva comunicazione al medico di guardia affinché si possa procedere a rivalutazione della prosecuzione della contenzione, ovvero alla sua rimozione.

Tutte le attività di monitoraggio assistenziale svolte devono essere registrate, sulle rispettive Schede di monitoraggio assistenziale (come da All. 4 e 5)

La **de-contenzione** del paziente viene disposta su indicazione e prescrizione del medico dopo briefing con gli infermieri e gli altri operatori, a seguito di valutazione e considerando eventuali altri fattori che la controindichino.

Anche la de-contenzione deve essere registrata nel diario clinico e nella cartella infermieristica; il personale delle UOC SPDC della ASL Roma I registra la de-contenzione anche sulla scheda di prescrizione medica della contenzione meccanica e del monitoraggio assistenziale infermieristico e sul registro delle contenzioni (Allegato 5 e 6) e il personale delle UOC/UE dei Presidi Ospedalieri sulla Scheda monitoraggio e registro di reparto (allegato 3 e 4).

La registrazione della de-contenzione deve riportare data e orario, personale sanitario coinvolto nella de-contenzione e motivazione (risoluzione delle condizioni che ne hanno disposto l'attuazione o insorgenza di condizioni cliniche che ne abbiano controindicato la prosecuzione).

Fondamentale è la valutazione della remissione del quadro clinico-comportamentale che ha richiesto in origine la contenzione fisica.

Va inoltre valutata: l'integrità senso-motoria del paziente; l'equilibrio e la coordinazione motoria; lo stato di coscienza e l'eventuale stato di sedazione.

Il personale sanitario informa il paziente sulle azioni che si compiranno, lo aiuteranno ad assumere una posizione semiseduta e poi seduta, rileveranno PA e FC e valuteranno se è il caso o meno di consentirgli di camminare.

Si deve, inoltre, valutare il rischio di caduta o di lesioni involontarie secondario allo stato del paziente e si definisce il rapporto rischio/beneficio della libertà di movimento.

A seguito della de-contenzione, il paziente deve essere assistito ed osservato con attenzione, al fine di riconoscere tempestivamente episodi di riattivazione dell'aggressività e/o per il rischio cadute.

Da un punto di vista cognitivo si deve valutare e monitorare l'orientamento temporo-spaziale, la capacità di aderenza al percorso di cura ed osservare alterazioni nella sua capacità di interazione con l'ambiente e le persone.

Il paziente con equilibrio precario deve essere supportato in base alle proprie necessità, eventualmente con l'assistenza diretta di un operatore sanitario che lo aiuti a recuperare dell'autonomia nelle funzioni quotidiane.

Il medico a discrezione propria può disporre l'assistenza più intensiva del paziente.

La decisione di de-contenere deve essere comunicata al paziente e non appena possibile ai familiari e al rappresentante legale (Amministratore di Sostegno e/o Tutore).

7.2 Complicanze della contenzione e loro gestione

Si riconoscono due differenti tipologie di complicanze della contenzione fisica:

✓Complicanze meccaniche dirette: derivanti dalla compressione/sfregamento/schiacciamento di parti del corpo del paziente o dalla distorsione/distrazione delle strutture muscolo-scheletriche a seguito di una

forza applicata contro resistenza. Sono complicanze dirette, causate direttamente dai dispositivi della contenzione fisica;

✓ Complicanze organiche/psicologiche indirette: non causate dai dispositivi della contenzione, ma comunque correlate/secondarie alla pratica stessa della contenzione fisica.

Le **Complicanze meccaniche (dirette)** comprendono:

Lesioni cutanee: Il paziente contenuto può comunque agitarsi mentre è contenuto: Questo, unitamente a quanto siano stati stretti i bracciali intorno agli arti o la fascia intorno al tronco, può determinare l'insorgenza di lesioni e piaghe, che vanno prontamente riconosciute, deterse e medicate.

Lesioni nervose: Le fasce di contenzione sono imbottite, onde prevenire quanto possibile lesioni alle strutture muscolo-scheletriche, vascolari e nervose del tratto del corpo che assicura alla struttura rigida. Ciò nonostante, lesioni alle tre strutture su menzionate sono comunque possibili, nonché relativamente frequenti.

La lesione nervosa più frequente è la lesione del plesso brachiale nella sua porzione distale, secondaria alla compressione del plesso stesso ad opera della fascia toracica; ciò avviene in genere in caso di scivolamento del paziente e spostamento della fascia toracica arrotolata in sede ascellare, spesso in pazienti contenuti con kit di contenzione completo e con schienale del letto troppo rialzato. Tale situazione è prevenibile prediligendo, quando possibile, la contenzione ai quattro arti alla contenzione altamente restrittiva.

Lesioni vascolari: Bracciali di contenzione troppo stretti o eventuali incarceramenti involontari nelle fasce possono provocare ischemia dell'arto coinvolto. Inoltre, è possibile la lesione ischemica con contrattura dei muscoli intrinseci delle mani, in caso di contenzione delle stesse lungo il bacino con cinta unica; non si dà dunque indicazione a praticare contenzione congiunta del tronco e degli arti superiori tramite l'utilizzo della fascia di contenzione toracica o pubica.

Lesioni Muscolo-scheletriche ed articolari: La lotta contro resistenza e la distrazione dell'arto possono causare lesioni articolari e dei suoi annessi, come lussazioni e sublussazioni; contratture e strappi muscolari; rabdomiolisi da compressione, per posizione errata delle fasce o del corpo del paziente. Alcune lesioni non sono causate direttamente dalle fasce di contenzione, bensì indirettamente dalla caduta per scivolamento del paziente su un lato, mentre il suo corpo è fissato in punti diversi alla struttura rigida del letto. In caso di rabdomiolisi, vanno eseguite misurazioni degli indici di mio-necrosi (troponina; creatin-kinasi; mioglobina) e monitorata la diuresi, disponendo una idratazione per via parenterale congrua al quadro clinico in questione. Una complicanza indiretta è l'atrofia/ipotrofia dei muscoli, secondaria all'immobilizzazione prolungata.

Asfissia: La fascia toracica può comprimere il petto del paziente, riducendo l'escursione respiratoria della gabbia toracica e causando asfissia. Altre condizioni di asfissia sono secondarie allo strangolamento involontario del paziente a seguito di incarceramento nelle fasce di contenzione, nel caso in cui fossero state fissate al letto con giogo troppo lungo consentendo al paziente una eccessiva mobilità. Spesso tali eventi sono correlati a tentativi di allontanarsi dal letto o a fenomeni di agitazione, dunque vanno prevenuti regolando bene il fissaggio delle fasce di contenzione al letto e praticando osservazione a vista del paziente alla frequenza adeguata.

Morte improvvisa: Vengono descritti in letteratura episodi di morte improvvisa secondari alla lotta prolungata ed intensa contro i dispositivi di contenzione fisica.

Le **Complicanze organiche/psicologiche (indirette)** attengono a:

Aumento del rischio di cadute e compromissione dell'out come clinico: La contenzione fisica aumenta il rischio di cadute, per fenomeni secondari alla contenzione stessa e/o alla terapia

psicofarmacologica praticata durante la contenzione. Risulta necessario applicare un adeguato protocollo per la prevenzione e la gestione delle cadute.

L'outcome clinico risulta inoltre compromesso: Il tempo di degenza si prolunga. Aumenta inoltre l'invio del paziente a cliniche di degenza a seguito della dimissione, con riduzione della dimissione a domicilio.

Complicanze psico-patologiche: La relazione terapeutica può risultare fortemente danneggiata dall'atto della contenzione ed è importante essere attivi per mantenere il rapporto con il paziente.

La contenzione fisica è di per sé un evento traumatico, tanto nella sua attuazione, quanto nel suo mantenimento; può dunque causare un disturbo da stress acuto che può successivamente evolvere in un più stabile quadro di disturbo da stress post-traumatico. Il paziente può interpretare la contenzione fisica come una punizione per errori commessi, come un atto di ingiustizia o di discriminazione e può esperire vissuti di abbandono. La contenzione fisica genera inoltre nel paziente un vissuto di vergogna e sentimenti di rivalsa, che possono complicarsi in un vissuto ansioso-depressivo o nella interpretazione persecutoria dell'evento, con insorgenza o aggravamento di una ideazione delirante nei confronti del personale sanitario e del regime di ricovero. Una attenzione costante allo stato psicopatologico, un mantenimento della relazione verbale (oltre che dell'accudimento fisico), una rielaborazione graduale degli eventi che hanno determinato la contenzione e la condivisione dei miglioramenti in corso e di quelli attesi per porvi fine sono buone prassi per scongiurare questo tipo di complicanze.

Polmonite ab ingestis e soffocamento: Il paziente in decubito può soffocarsi con il cibo che ingerisce; inoltre, il contesto della contenzione fisica stessa e la terapia praticata possono alterare la deglutizione del paziente, predisponendo ad episodi di soffocamento o a polmoniti ab ingestis. La posizione in decubito per sua natura porta a maggior ristagno nell'ambiente alveolo-bronchiale ed a minore efficacia del sistema ciliare, aumentando il rischio di polmoniti.

Infezioni nosocomiali: Oltre alla polmonite, altre infezioni nosocomiali possono insorgere nei pazienti contenuti, secondariamente a lesioni cutanee per traumatismi/sfregamenti, o ad altre condizioni correlate a dispositivi applicati al paziente (es: aumento dell'incidenza di infezioni urinarie per contaminazione del catetere vescicale; proctiti per ridotta igiene dei genitali; vasculiti per manomissione degli accessi venosi e/o loro contaminazione; batteriemie ecc...).

Piaghe da decubito: Un decubito mantenuto per un tempo eccessivamente prolungato causa la formazione di piaghe a livello cutaneo, note come piaghe da decubito. In paziente sdraiato, queste compaiono con maggior frequenza in sede sacrale. Il personale infermieristico deve monitorarne l'insorgenza e praticare adeguata medicazione.

Osteoporosi: L'immobilizzazione per un periodo eccessivo, oltre a ridurre il tono ed il trofismo muscolare, riduce la densità e la mineralizzazione delle ossa, con aumento del rischio di cadute e di fratture patologiche.

Trombo-embolia del circolo venoso profondo ed embolia polmonare: La riduzione del movimento, associata o meno ad una eccessiva costrizione ad opera delle fasce di contenzione, può determinare l'insorgere di una condizione di aumentata coagulabilità ematica, maggiormente spiccata nelle regioni con emodinamica rallentata, ovvero in particolare a livello del circolo venoso, come insegna la triade di Virchow dei fattori coinvolti nel fenomeno trombotico:

- stasi del flusso ematico;
- iper-coagulabilità del sangue;
- danno endoteliale.

Malnutrizione e disidratazione: Il paziente deve essere adeguatamente nutrito ed idratato, onde evitare deperimento delle condizioni fisiche per malnutrizione e per disidratazione. Occorre dunque assistere il paziente nelle sue necessità ed impostare idratazione e alimentazione per via parenterale, ove non fosse

possibile utilizzare la via orale. Può risultare utile richiedere una consulenza nutrizionistica per pianificare adeguatamente il regime alimentare del paziente.

Eventuale sindrome d'astinenza da nicotina e craving: Il paziente contenuto non può allontanarsi dal letto, né fumare in stanza, dal momento che ciò sarebbe contrario alle norme per la prevenzione del rischio incendio ed alla salubrità dell'aria ambiente del reparto. Il paziente fumatore di tabacco può dunque mostrare sintomi da astinenza e craving per la sospensione del fumo di sigaretta, che potrebbe aumentare lo stress percepito e peggiorare lo status psicopatologico.

Complicanze per gli operatori

Traumatismi riportati durante la contenzione: l'operatore deve essere soccorso e l'evento segnalato come infortunio sul lavoro

Contatto con liquidi organici: durante la contenzione l'operatore, nonostante i presidi di protezione obbligatori indossati, può venire a contatto con sangue, saliva e/o altri liquidi organici del paziente. In questi casi va adottata la procedura di monitoraggio e in caso di positività nota dell'utente a malattie infettive attivare immediatamente il percorso di screening e monitoraggio.

7.3 La contenzione del paziente con alterazione del comportamento in Pronto Soccorso

Le condotte aggressive rappresentano un problema emergente nel panorama sanitario e, in particolar modo nel pronto soccorso (PS), dove questa tipologia di malato può presentarsi:

1. inviato dall'ARES 118 come stato di agitazione di natura non determinata;
2. durante la permanenza nell'astanteria di pazienti fragili anziani, giunti per altre condizioni morbose, che possono presentare disturbi del comportamento e divenire aggressivi e violenti con potenziale danno a sé stessi e al personale del Pronto soccorso.
3. inviati come riacutizzazione di psicosi croniche in pazienti con diagnosi psichiatrica nota da parte dei servizi territoriali del DSM.

Modalità di contenzione e isolamento in PS

Con il richiamo a quanto già illustrato, si sottolinea che la procedura di contenzione e isolamento è una pratica il cui ricorso rappresenta una evenienza eccezionale e dopo fallimento di ogni tentativo di approccio collaborativo e farmacologico con il paziente e va ricordato che può portare ad un elevato rischio di lesioni al paziente e al personale.

Inoltre è riportato in letteratura che tale pratica viene spesso percepita come una coercizione o aggressione con possibile trauma psicologico.

Per queste ragioni, il Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) ha stabilito delle Linee Guida riguardanti la contenzione e l'isolamento per i sanitari, precisando che i pazienti non possono essere sottoposti a tale pratica per far fronte a carenza di personale o per punizione.

Nei casi in cui si renda necessario il ricorso alla contenzione, nel PS e nella MU operare secondo le seguenti modalità:

1. La privacy e la dignità del paziente devono essere mantenute durante l'applicazione delle contenzioni
2. Se possibile, occorrono 5 persone adeguatamente addestrate per applicare le contenzioni (una persona ad ogni estremità ed una persona alla testa del letto)
3. Il provvedimento contenitivo deve essere disposto dal Dirigente Medico e deve riguardare un episodio, la sua durata non può essere indefinita, e una volta segnalate le opportune motivazioni vanno esplicitati i mezzi contenitivi utilizzati sul paziente

4. "Riconoscendone la natura eccezionale e temporanea, la contenzione (ndr) può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità [...]" (Art.35 Nuovo Codice Deontologico degli Infermieri)
5. Valutare quanto prima di ricorrere alla contenzione farmacologica.
6. Prestare attenzione ad evitare di lesionare il corpo a causa di un eccesso di forza o di compromettere le capacità del paziente di respirare.
7. Una volta che il paziente è più tranquillo, può essere posizionato in posizione supina con la testata del letto sollevata e le estremità fissate al lato del letto e non possibilmente alle sponde laterali.
8. Ogni oggetto tagliente, appuntito, lacci o accendino devono essere rimossi dalle tasche dal paziente ed il personale infermieristico o sanitario che ha preso parte alla contenzione deve prestare attenzione che i medesimi oggetti non siano stati asportati dalle loro tasche durante la pratica
9. Tutti gli operatori sanitari devono indossare dispositivi di protezione individuale appropriati, soprattutto se il paziente tenta di sputare o cercare di mordere il personale. Se ciò si verifica, considerare anche il posizionamento una maschera di ossigeno sul viso se le patologie sottostanti non lo controindicano (es. BPCO) e se si ipotizza che l'ipossia possa essere un fattore scatenante l'agitazione.
10. I pazienti gravemente agitati vengono trasferiti nell'area di monitoraggio multiparametrico intensivo del PS, se possibile con video sorveglianza, sottoposti a rivalutazione medica con tentativi di ridimensionamento dei toni da parte del medico in attesa di ricovero nel giusto reparto di cure, una volta eseguita la differenziazione diagnostica della causa sottostante per tutte le cure del caso.
11. Il personale infermieristico, tramite accesso a GIPSEWEB, dovrà riportare sulla scheda assistenziale l'avvenuta contenzione fisica, farmacologica o fisica/farmacologica e riportare attraverso la casella "contenzioni" "l'assistenza continua", indicando il tipo di contenzione applicata. La scheda infermieristica andrà aggiornata ad ogni cambiamento assistenziale inerente lo stato della contenzione del paziente
12. Il personale infermieristico documenterà su GIPSE i PV ogni 2 ore e garantirà le corrette posture che il paziente contenuto deve adottare a garanzia della sicurezza del paziente stesso, documentando sul campo "osservazioni" ogni condizione clinica utile.

Registro Contenzioni in PS e Training sulla rivalutazione dei casi

Con l'implementazione della funzione GIPSE per la registrazione elettronica dell'avvenuta contenzione è possibile avere un registro con la lista di tutti i pazienti sottoposti a procedura di contenzione ed isolamento in PS durante l'anno.

Questo con finalità di:

1. fornire l'elenco di tali pazienti su specifica richiesta delle Autorità Competenti
2. effettuare rivalutazione dei casi e delle criticità al fine di discuterne in ambito formativo organizzando corsi PFA per la gestione ed il controllo dell'aggressività in PS.
3. Il registro viene garantito dalla corretta compilazione della scheda infermieristica nel punto "contenzioni".

8. FORMAZIONE

La formazione del personale è strategica per la prevenzione e la gestione della contenzione fisica.

I componenti del gruppo di lavoro che, specificatamente posseggono le competenze specifiche, teoriche e pratiche, provvederanno a garantire la formazione agli operatori sulle tecniche descritte in procedura.

In particolare i programmi formativi, da strutturare e pianificare anche in collaborazione della UOC Formazione, devono essere finalizzati a migliorare il livello di competenza nella gestione dei rischi associati alla contenzione e devono comprendere:

- ✓ Il riconoscimento dei fattori di rischio
- ✓ L'approccio multi-professionale nel potenziamento delle attività e degli interventi per la prevenzione del ricorso alla contenzione
- ✓ La conoscenza degli aspetti etici, giuridici e di responsabilità professionale
- ✓ Le operatività procedurali dei diversi tipi di contenzione e dei rischi connessi

9. ALLEGATI/MODULISTICA

ALLEGATO 1 - Materiali/Dispositivi/Attrezzature e tipologie di contenzione fisica

ALLEGATO 2 - Normativa di riferimento

ALLEGATO 3 - Registro di reparto – per le UOC/UO dei Presidi Ospedalieri

ALLEGATO 4 Scheda di monitoraggio - per le UOC/UO dei Presidi Ospedalieri

ALLEGATO 5 - Scheda di prescrizione medica della contenzione meccanica e del monitoraggio assistenziale infermieristico - per le UOC SPDC

ALLEGATO 6 - Registro della contenzione meccanica

ALLEGATO 7 - Scheda descrittiva dell'evento contenzione (solo UOC SPDC SFN)

10. INDICATORI

- N° delle contenzioni effettuate/N° ricoveri (annuale)
- N° delle contenzioni prolungatesi oltre le 24 ore
- N° totale ore di contenzione effettuate (per trimestre e poi annuale)
- Eventi avversi/sentinella occorsi durante la contenzione

11. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO e disponibile in formato digitale nell'applicativo intranet aziendale SGLS a cui è possibile accedere con le proprie credenziali di dominio.

12. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

1. Costituzione della Repubblica Italiana – Artt. 3, 13, 32
2. Legge 833/1978, artt. 34-35
3. Codice Penale della Repubblica Italiana, Art. 40 “Rapporto di Causalità”; Art. 51 “Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere”; Art. 52 “Difesa legittima”; Art. 54 “Stato di necessità”; Art. 571 “Abuso dei mezzi di correzione e di disciplina”; Art. 590 “Lesioni personali colpose”; Art. 59 “Abbandono di persone minori e incapaci”; Art. 605 “Sequestro di persona”; Art 610 “Violenza privata”.
4. Cassazione Penale - Sez. IV Sentenza n.9739 del 11-03-2005
5. Cassazione Penale - Sez. IV, Sentenza n. 48292 del 27/11/2008, Rv. 242390
6. Cassazione Penale, Sez. IV, Sentenza n. 33609 del 14/06/2016 Ud. (dep. 01/08/2016) Rv. 267446
7. Cassazione Penale – Sez. V Sentenza n. 50497 del 20-06-2018
8. Regio Decreto 16 agosto 1909, art. 60
9. Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina: Consiglio d'Europa 1997, Art. 2 “Primato dell'essere umano”; Art. 5 “Consenso: Regola generale”; Art. 6 “Protezione delle persone che non

hanno la capacità di dare consenso”; Art. 7 “Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale”; Art. 8 “Situazioni d’urgenza”; Art. 9 “Desideri precedentemente espressi”.

10. Comitato Nazionale per la Bioetica, La contenzione: problemi bioetici - 23 aprile 2015.
11. Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, 2019 Regione Marche
12. Garante Nazionale delle persone private della libertà personale, 2021 Regione Lazio
13. Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, 2022 Regione Lazio
14. Codice di Deontologia Medica, revisione 2020. Art. 18 “Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica”; Art. 21 “Competenza professionale”; Art. 32 “Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili”; Art. 33 “Informazione al cittadino”; Art. 34 “Informazione a terzi”; Art. 51 “Obblighi del medico”.
15. Codice di Deontologia dell’Infermiere, 2019. Art. 2 “Azione”; Art. 3 “Rispetto e non discriminazione”; Art. 4 “Relazione di cura”; Art. 35 “Contenzione”.
16. Ministero della Salute – Dipartimento della Programmazione e dell’Ordinamento del SSN, Raccomandazione n. 13, dicembre 2011 “Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”.
17. Ministero della Salute, Raccomandazione n. 4 del Marzo 2008 “Prevenzione di suicidio di paziente in ospedale”.
18. Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8 del 19 novembre 2007. “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”
19. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - “Contenzione fisica in psichiatria: Una strategia possibile di prevenzione”; 10/081/CR07/C7, 29 Luglio 2010.
20. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - “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 nelle realtà internazionali, sulla contenzione meccanica”; 17/178/CR06a/C7, 6 Dicembre 2017.
21. Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 4 agosto 2021, “Intesa, ai sensi dell’articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2021” (Rep. Atti n. 153/CSR).
22. Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali” (Rep. Atti n. 58/CSR del 28 aprile 2022).
23. Regione Veneto *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*. ALLEGATO A DGR n. 1106 del 06 agosto 2020
24. Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambito ospedaliero ASL Roma I, 2017
25. Procedure per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica nelle strutture di ricovero del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche ASL Roma 5, 2023
26. Procedura specifica PS SC DIPSA ASL AL 05 Regione Piemonte, Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica, 2022
27. Regione Lazio - Determinazione G12356/2016 *Piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti*
28. Regione Lazio - Determinazione n. G08249/2022. Approvazione Documento Regionale *Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero*.
29. Deliberazione G.R. Lazio n.865 del 18 ottobre 2022 “Recepimento dell’Intesa n.58/CSR del 28 aprile 2022, ai sensi dell’allegato sub A, lettera o) dell’Intesa 4 agosto 2021, tra Governo, Regioni e Province

Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica in ambiente ospedaliero	0 ADO PRO 01	Rev. I del 04/02/2025	Pag. 26 di 42
---	--------------	-----------------------	---------------

Autonome Trento e Bolzano sul documento “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali”.

30. Regione Lazio Determinazione G09913/2022 - Progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali.
31. Deliberazione Direttore Generale ASL Roma I, n. 49/2023
32. Procedura per la gestione operativa dell'utenza con alterazioni comportamentali presso il PS dell'Ospedale San Filippo Neri (Rev. I del 22-05-2022)
33. Aguglia A, Corsini GP, Berardelli I et al. *Mechanical Restraint in Inpatient Psychiatric Unit: Prevalence and Associated Clinical Variables* Medicina 2023, 59, 1847. <https://doi.org/10.3390/medicina59101847>
34. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E et al *International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique.* J Am Geriatr Soc. 2016 Nov;64(11):2307-2310. doi: 10.1111/jgs.14435. Epub 2016 Sep 19. PMID: 27640335
35. *Le Tecniche di Comunicazione e De-escalation nei quadri di agitazione psico-motoria e dei comportamenti aggressivi e violenti* DSM ASL Roma I - <https://sqrm.aslroma1.it/accedi.html>
36. *De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults* - Spencer S et al, Review Cochrane Database Syst Rev 2018 Jul 18;7(7)
37. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*, NICE guideline Published: 28 May 2015 www.nice.org.uk/guidance/ng10
38. *Violent and aggressive behaviours in people with mental health problems*, NICE guideline Published: 29 June 2017 www.nice.org.uk/guidance/qs154
39. Procedura aziendale DSM ASL ROMA I R.O.M.A. I.2 (Risk Observation Measurement and Observation) <http://intranet.asl-rme.local/index.php?p=12294>
40. Taylor DM, Barnes TRE, Young AH, *Prescribing Guidelines in Psychiatry, The Maudsley (13th edition, 2018);* con particolare riferimento ai Capitoli: 1. *Schizophrenia and related psychoses (Acutely disturbed or violent behaviour, pg 54)*, 2. *Drug treatment of other psychiatric conditions (Delirium, pg 672)*
41. Ferioli V. (2013), «Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psico-dinamici», *Psichiatria e Psicoterapia*, 32(1): 29-44
42. Hirsch S, Steinert T. *Measures to avoid coercion in psychiatry* Dtsch Arztebl Int. 2019 May 10;116(19):336-343
43. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD (2012). *A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death.* Medicine, Science and the Law, 52(3), 137–142.
44. Junrong Ye, Chen Wang, Aixiang Xiao et al. *Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis;* International Journal of Nursing Sciences, n .6, 2019, 343-348.
45. Nicolò G, Pompili E *Psichiatria territoriale. Strumenti clinici e modelli organizzativi* Raffaele Cortina Editore, 2021
46. Venturini P, Bassi G, Salcuni S et al. *Psychometric properties of the Italian version of the staff attitude to coercion scale: an exploratory factor analysis.* Front. Psychiatry 14:1172803. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1172803
47. Schunemann H, Cushman M et al. *American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: prophylaxis for hospitalized and nonhospitalized medical patients.* The American Society of Hematology, Blood Advances, 27 Giugno 2018, DOI 10.1182/bloodadvances.2018022954.
48. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - *Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism;* Linee guida NICE, 21 Marzo 2018; <https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>.
49. Nijman H, Palmstierra T *Measuring aggression with the staff observation aggression scale: revised;* Acta Psychiatrica Scandinavica n. 412, 2002.

50. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD *A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death*. *Medicine, Science and the Law*, 52(3), 137–142, 2012
51. Junrong Ye, Chen Wang, Aixiang Xiao et al *Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis* *International Journal of Nursing Sciences*, n .6, 2019, 343-348.
52. Kersting X, Hirsch S, Steinert T *Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review* *Frontiers in Psychiatry*, volume 10, 2019.
53. Gendusa Serges A., “*Restraint or not restraint indagine qualitativa multicentrica sul vissuto della contenzione nel nursing psichiatrico*”, *Infermiere oggi*, 3; 2012;
54. Nadler Moodie M., “*Clinical practice guideline*”, *Journal of psycosocial nursing*, 2009, vol47, no6,
55. Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria*, Mc Graw Hill II ed.
56. Busti S, Milana I et al. *Una revisione narrativa della letteratura sulla contenzione fisica in Italia dal 1960 ad oggi*, *Scienze infermieristiche* n.2-2024

13. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

Le revisioni della presente procedura saranno effettuate in caso di modifica organizzativa e/o aggiornamento della normativa di riferimento e delle linee guida.

ALLEGATO I

Materiali/Dispositivi/Attrezzature e tipologie di contenzione fisica



Set di contenzione a letto



Sponde letto



Tavolino per carrozzine



Set monouso a velcro

Contenzioni per sedute:



gilet



fascia addominale



fascia addominale



fascia pubica



gilet + fascia pubica

I dispositivi di contenzione devono essere applicati come descritto nelle istruzioni allegate al dispositivo dal produttore. È fatto assoluto divieto un uso diverso da quello descritto: l'uso improprio aumenta il rischio di eventi avversi. La sicurezza del paziente dipende dal corretto posizionamento e utilizzo dei dispositivi. È obbligatorio addestrare e qualificare il personale all'uso di detti dispositivi. Si riconoscono differenti

tipologie di contenzione fisica con fasce, secondo il numero di arti immobilizzati e/o dall'utilizzo di fasce addominali/pubiche per immobilizzare il tronco:

✓ *contenzione ai quattro arti* - generalmente utilizzata per la contenzione fisica del paziente a letto. Tra le contenzioni fisiche, è la più diffusa;

✓ *contenzione altamente restrittiva (con kit completo di contenzione)* - oltre che dalle fasce a bracciale di contenzione per gli arti, il paziente è fissato al letto anche a livello del tronco, con fascia toracica. Questa contenzione è indicata per livelli elevati di agitazione psicomotoria, al fine di limitare ulteriormente il movimento e l'escursione del tronco. Andrebbe prediletta la contenzione ai quattro arti quando possibile, dato che la contenzione altamente restrittiva pone maggiori rischi per l'incolumità del paziente;

✓ *contenzione a tre arti* - in genere si lascia libero il braccio dominante ed è utilizzata per permettere al paziente contenuto di alimentarsi autonomamente. Viene utilizzata anche nella mobilizzazione periodica degli arti durante il monitoraggio della contenzione. Può essere mantenuta temporaneamente e sotto stretta sorveglianza con osservazione diretta, fino a riavvenuta contenzione dell'arto;

✓ *contenzione a due arti* - controindicata per il rischio di lesioni, solitamente non viene utilizzata, in quanto permette al paziente una libertà di movimento eccessiva in condizioni in cui il rischio diventa lesivo per le parti vincolate; è, altresì, indicata come sopra se gestita dagli operatori e finalizzata alla mobilizzazione o alle cure igieniche;

✓ *contenzione ad un arto* - solitamente non utilizzata e controindicata;

✓ *contenzione con fascia per il tronco*: in genere, si usano gilet, fasce pubiche, fasce addominali o fasce ibride che combinino le caratteristiche di questi. Sono solitamente utilizzate per limitare la deambulazione autonoma del paziente in carrozzina e per stabilizzarne l'equilibrio. L'uso esclusivo delle fasce pubiche/addominali a letto non viene di solito praticato, in quanto il paziente è a maggior rischio di lesioni secondarie alla contenzione e cadute dal letto.

ALLEGATO 2 Normativa di riferimento

Costituzione Italiana

Articolo 3, “Principio di uguaglianza”: “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla Legge, senza distinzione di sesso, di razza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.

Articolo 13, “Libertà personale”: “La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla Legge l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà...”.

Articolo 32, “Diritto alla salute e consenso al trattamento”: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Legge 833 del 23 dicembre 1978.

Articolo 33: Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato, possono essere disposti dall'autorità sanitari accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. [...] Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. [...]

Articolo 34: (...) Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere. [...]

Codice Penale

Articolo 40 “Rapporto di causalità”: Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla Legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

Articolo 51 “Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere”: L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità (...)

Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica in ambiente ospedaliero	0 ADO PRO 01	Rev. I del 04/02/2025	Pag. 31 di 42
---	--------------	-----------------------	---------------

Articolo 52 “Difesa legittima”: Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di un'offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa. (...)

Articolo 54 “Stato di necessità”: Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od 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. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

Articolo 571 “Abuso dei mezzi di correzione e di disciplina”: Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni.

Articolo 590 “Lesioni personali colpose”: Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309. Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da euro 123 a euro 619, se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da euro 309 a euro 1.239. (...)

Articolo 591 “Abbandono di persone minori e incapaci”: Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. (...) La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte.

Articolo 605 “Sequestro di persona”: Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso:

- 1) in danno di un ascendente, di un discendente, o del coniuge;
- 2) da un pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni.

Se il fatto di cui al primo comma è commesso in danno di un minore, si applica la pena della reclusione da tre a dodici anni. Se il fatto è commesso in presenza di taluna delle circostanze di cui al secondo comma, ovvero in danno di minore di anni quattordici o se il minore sequestrato è condotto o trattenuto all'estero, si applica la pena della reclusione da tre a quindici anni.

Articolo 610 “Violenza privata”: Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni. (...)

Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina: Consiglio d'Europa 1997

Articolo 2, Primato dell'essere umano: “L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza”.

Articolo 5, Consenso: Regola generale: “Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona

Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica in ambiente ospedaliero	0 ADO PRO 01	Rev. I del 04/02/2025	Pag. 32 di 42
---	--------------	-----------------------	---------------

riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”.

Articolo 6, Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso:

- “1. Sotto riserva degli articoli 17 e 20, un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa.
2. Quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare consenso a un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità.
3. Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. La persona interessata deve nei limiti del possibile essere associata alla procedura di autorizzazione.
4. Il rappresentante, l'autorità, la persona o l'organo menzionati ai paragrafi 2 e 3 ricevono, alle stesse condizioni, l'informazione menzionata all'articolo 5.
5. L'autorizzazione menzionata ai paragrafi 2 e 3 può, in qualsiasi momento, essere ritirata nell'interesse della persona interessata”.

Articolo 7, Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale: “La persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso”.

Articolo 8, Situazioni d'urgenza: “Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata”.

Articolo 9, Desideri precedentemente espressi: “I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione”.

Codice di Deontologia Medica

Articolo 18, Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica: “I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze”.

Articolo 21, Competenza professionale: “Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. Egli deve affrontare nell'ambito delle specifiche responsabilità e competenze ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per una accurata valutazione dei dati oggettivi, in particolare dei dati anamnestici, avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo e assicurando attenzione alla disponibilità dei presidi e delle risorse”.

Articolo 32, Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili: “Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l’ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all’Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all’Autorità competente. Il medico prescrive e 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”.

Articolo 33, Informazione al cittadino: “Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l’adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta”.

Articolo 34, Informazione a terzi: “L’informazione a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all’art. 10 e all’art. 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri. In caso di paziente ricoverato, il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili”.

Articolo 51, Obblighi del medico: “Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni. In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve richiedere o porre in essere misure coattive, salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge”.

Codice di Deontologia dell’Infermiere

Articolo 2, Azione: “L’Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell’ambito della pratica clinica, dell’organizzazione, dell’educazione e della ricerca”

Articolo 3, Rispetto e non discriminazione: “L’Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell’eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare”.

Articolo 4, Relazione di cura: “Nell’agire professionale l’Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l’ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell’interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura”.

Articolo 35, 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.

Altri Riferimenti Normativi

Art. 60 del Regio Decreto 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. [...] L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private [...]”.

Posizione di Garanzia: Il tema della Posizione di Garanzia in psichiatria è andato via via sempre più delineandosi nel corso degli ultimi anni; pur non toccando specificamente il tema della Contenzione fisica, dagli argomenti portati in sede di giudizio sull'operato degli operatori sanitari si evince facilmente che, tra gli obblighi di cura, non si intendono soltanto le procedure di diagnosi e i conseguenziali interventi terapeutici, ma anche la messa in atto di comportamenti e iniziative - non strettamente intese come atti medici - che tutelino la salute o la vita dei pazienti. Cassazione Penale. Sez. 4, Sentenza n. 48292 del 27/11/2008, Rv. 242390)

Allegato 3 SCHEDA REGISTRO DI CONTENZIONE (per UOC/UO)

Nome e cognome:..... **età:**.....

Diagnosi:.....

Data ricovero:.....

<i>Data e ora⁶</i>	<i>Motivazione del provvedimento e esiti della rivalutazione & tecnica adottata</i>	<i>firma</i>
<i>Data e ora</i>		
<i>Data e ora</i>		
<i>Data e ora</i>		

⁶ Con riferimento a inizio (**I**), rivalutazione (**R**) e fine (**F**) contenzione.

Allegato 4 SCHEDA MONITORAGGIO (per UOC/UE) (da inserire nella cartella clinica)

Cognome e nome paziente data di nascita

n. letto tipo di contenzione:

Prescrizione monitoraggio: PA ogniFC ogniTC ogni SpO2.....

Data Firma medico

ORARIO								
Comportamento osservato:								
Sveglio								
Addormentato								
Agitato								
Tranquillo								
Orientato								
Confuso								
Parametri rilevati:								
PA								
FC								
FR								
TC								
SpO2								
Bisogni:								
Alimentazione								
Idratazione								
Minzione (presente/assente; CV)								
Evacuazione (presente/assente)								
Dispositivi:								
Fasce Adeguatamente Posizionate (si/no)								
Lesioni da posizione (presenti/assenti; localizzazione)								
Fluido terapia in corso (si /no)								
Sigla rilevatore								

ALLEGATO 5 (UOC SPDC DSM ASL Roma I) – Scheda di prescrizione medica alla contenzione meccanica e monitoraggio infermieristico



SCHEDA DI PRESCRIZIONE MEDICA ALLA CONTENZIONE MECCANICA E MONITORAGGIO INFERMIERISTICO

Data: _____ Cognome e nome paziente: _____ Foglio: _____

Medico turno mattina _____ n. letto: _____ Medico turno notte _____

	Medico turno pomeriggio												Medico turno notte												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA	ORA
Prescrizione monitoraggio: PA ogni _____ FC ogni _____ TC ogni _____																									
Comportamento osservato: _____																									
(sbarrare casella ogni ½ ora)																									
Sveglia _____																									
Addormentato _____																									
Agitato _____																									
Tranquillo _____																									
Orientato _____																									
Confuso _____																									
Parametri rilevati:																									
PA _____																									
FC _____																									
FR _____																									
TC _____																									
SpO2 _____																									
Bisogni:																									
Alimentazione (P/A) _____																									
Idratazione (P/A) _____																									
Minzione (P/A; CV) _____																									
Evacuazione (P/A) _____																									
Dispositivi:																									
Fasce adeguatamente posizionate (S/No) _____																									
Lesioni da posizione (S/No) _____																									
Decontenzione a rotazione arti (Bdx-Bsn-Pdx-Psn) _____																									
Accesso venoso (P/A) _____																									
Fluidoterapia in corso (S/No) _____																									
Sigla rilevatore _____																									

ALLEGATO 6 (UOC SPDC ASL Roma I)

REGISTRO DI CONTENZIONE DI REPARTO SPDC

Codice Identificativo del paziente contenuto: n.....

INIZIO CONTENZIONE	
Data :	Ora :
<p>Orientamento diagnostico:</p> <p><input type="checkbox"/> Psicosi <input type="checkbox"/> disturbo dell'umore <input type="checkbox"/> uso di sostanze <input type="checkbox"/> disturbo di personalità</p> <p><input type="checkbox"/> difettualità cognitiva <input type="checkbox"/> deterioramento cognitivo <input type="checkbox"/> altro</p> <p>Drug test:</p> <p><input type="checkbox"/> effettuato <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo a _____</p> <p><input type="checkbox"/> non effettuato</p> <p>Motivo contenzione:</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamenti autoaggressivi (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamenti eteroaggressivi (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> Oppositività/rifiuto nei confronti di: terapie esami di fondamentale importanza per la salute del paziente e urgenti</p> <p><input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria da intossicazione da sostanze: <input type="checkbox"/> alcol <input type="checkbox"/> stupefacenti <input type="checkbox"/> farmaci</p> <p><input type="checkbox"/> Confusione e/o delirium con rischio per l'incolumità fisica (_____)</p> <p>Giunge contenuto da:</p> <p><input type="checkbox"/> P.S <input type="checkbox"/> altro SPDC <input type="checkbox"/> altro reparto</p> <p>Paziente</p> <p><input type="checkbox"/> noto in continuità assistenziale <input type="checkbox"/> noto in discontinuità assistenziale <input type="checkbox"/> non noto</p>	
TSO : <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<p>Tipologia di contenzione:</p> <p><input type="checkbox"/> 4 arti <input type="checkbox"/> arti e addome <input type="checkbox"/> altro _____</p> <p>Terapia antitrombotica impostata <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	
Firma medico	Firma infermieri
_____	_____
FINE CONTENZIONE	
Data:	ora _____
Motivi: _____	

Firma medico	Firma infermieri
_____	_____

TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte	DATA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> ORA <u> </u> : <u> </u>
OPERATORI: _____ PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no EVENTUALI EVENTI: _____ _____	
TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte	DATA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> ORA <u> </u> : <u> </u>
OPERATORI: _____ PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no EVENTUALI EVENTI: _____ _____	
TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte	DATA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> ORA <u> </u> : <u> </u>
OPERATORI: _____ PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no EVENTUALI EVENTI: _____ _____	
TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte	DATA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> ORA <u> </u> : <u> </u>
OPERATORI: _____ PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no EVENTUALI EVENTI: _____ _____	
TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte	DATA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> ORA <u> </u> : <u> </u>
OPERATORI: _____ PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no EVENTUALI EVENTI: _____ _____	

ALLEGATO 7 (solo UOC SPDC SFN)

UOC SPDC

DESCRIZIONE EVENTO CONTENZIONE

Codice ID n. del Registro Contenzioni

DATA ____/____/____ ORA ____:____

Medico: _____

Infermiere: _____

Altri operatori _____

DESCRIZIONE EVENTO

Firme
