



SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROCEDURA AZIENDALE
“Gestione della contenzione meccanica dell’adulto”

Edizione 10.07.2024
Revisione n.0 10.07.2024
Pag. 1 di 16

PROCEDURA AZIENDALE
“Gestione della contenzione meccanica dell’adulto”

	Nome e Cognome	Funzione
Redazione	Dr. Giuseppe Bertozzi	Referente GRCB – Coordinatore GAC
	Dr.ssa Michela Ferrara	Specialista Medico Legale Esterno
	Dr. Aldo Di Fazio	Direttore SIC Medicina Legale
Verifica e Approvazione	Dr. Giovanni Vito Corona	Direttore Dipartimento Post-Acuzie e Continuità Ospedale Territorio
	Dr. Sergio Molinari	Direttore Distretto della Salute di Potenza
	Dr. Luigi D’Angola	Direttore Sanitario – Presidente GAC

INDICE

- Premessa	pag. 3
- Campo di applicazione	pag. 4
- Responsabilità	pag. 5
- Definizione di stato di necessità	pag. 6
- Prescrizione e scelta dell’applicazione della contenzione	pag. 6
- Assistenza e monitoraggio durante la contenzione	pag. 7
- Termine della contenzione e valutazione successiva	pag. 8
- Comunicazione della contenzione al Risk Manager	pag. 9
- Bibliografia	pag. 9
- Allegati	pag. 11

1. Premessa

Una contenzione è qualsiasi metodo (chimico o fisico) di restrizione della libertà di movimento di un individuo utilizzato per gestire il suo comportamento. Ciò include qualsiasi metodo manuale, dispositivo fisico o meccanico, materiale o equipaggiamento che immobilizza o riduce la capacità di un individuo di muovere liberamente braccia, gambe, corpo o testa. Include anche qualsiasi farmaco o medicinale quando viene utilizzato come restrizione per gestire il comportamento dell'individuo o per limitare la sua libertà di movimento e non è un trattamento o dosaggio standard per la sua condizione. Esempi di interventi che non soddisferebbero la definizione di contenzione includono quanto segue:

- Trattenere brevemente un individuo senza forza eccessiva per calmarlo o confortarlo
- Aiutare fisicamente qualcuno a completare un compito
- Scortare o guidare qualcuno lontano da un'area o situazione
- Separare gli individui per interrompere una rissa
- Interventi fisici che non utilizzano forza eccessiva per prevenire un pericolo imminente (impedire a un individuo di correre nel traffico, inciampare o cadere).

Si distinguono, quindi:

- (a) contenzione fisica (vale a dire personale che trattiene o immobilizza un paziente utilizzando la forza fisica – “controllo manuale”);
- (b) **contenzione meccanica** (vale a dire l'applicazione di strumenti di contenzione, come cinghie, per immobilizzare un paziente);
- (c) contenzione chimica (ovvero somministrazione forzata di farmaci allo scopo di controllare il comportamento di un paziente);
- (d) isolamento (ovvero collocamento involontario di un paziente da solo in una stanza chiusa a chiave).

Ulteriore riferimento è quello fornito dal CNB, che ribadisce l’orizzonte bioetico del superamento della contenzione, nell’ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della persona come tale, nella pienezza dei suoi diritti (prima ancora che come malato e malata). Il rispetto dell’autonomia e della

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE “Gestione della contenzione meccanica dell’adulto”</p>	<p>Edizione 10.07.2024 Revisione n.0 10.07.2024 Pag. 4 di 16</p>
---	---	--

dignità della persona è anche il presupposto per un intervento terapeutico efficace. Di contro, l’uso della forza e la contenzione rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione non toglie forza alla regola della non-contenzione e non modifica i fondamenti del discorso etico.

Sul piano giuridico, poiché vengono in rilievo i diritti fondamentali della persona, si sottolineano i limiti rigorosi della giustificazione per la contenzione. Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l’*extrema ratio* e si deve ritenere che – anche nell’ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga “giustificata”, la presenza di un pericolo grave ed attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe condotte penalmente rilevanti.

Il presente documento strumento per garantire un processo assistenziale efficace e rispettoso della dignità dei pazienti anche nei casi in cui alterazioni dello stato di coscienza e/o delle funzioni motorie superino le possibilità di gestione *no-restraint*, limitando il ricorso alla contenzione meccanica nella pratica clinica e garantire un’omogeneità di comportamenti nelle varie fasi della contenzione (prescrizione, applicazione e monitoraggio) ove questa sia realmente necessaria.

2. Campo di applicazione

La procedura si applica in tutte le unità operative dell’ASP Basilicata e interessa il paziente adulto.

Viene valutato il ricorso alla contenzione meccanica nei seguenti casi:

- Prevenzione di lesioni da auto o etero aggressività

- Prevenzione delle cadute in pazienti a elevato rischio
- Prevenzione della auto-rimozione di presidi medicali indispensabili.

I Dispositivi di contenzione meccanica sono presidi che riducono o controllano i movimenti.

Possono essere posizionati sulla persona oppure inseriti come barriera nell'ambiente.

I dispositivi di contenzione meccanica sono:

- Sponde per letto
- Fascia pelvica
- Fascia addominale
- Bracciali di sicurezza per gli arti (polsiere e cavigliere)
- Corpetto di sicurezza.

La contenzione deve essere considerata misura eccezionale e vanno intraprese tutte le misure necessarie ad evitarla; limitandone l’applicazione quando tutte le soluzioni alternative di de-escalation sono fallite (individuazione e allontanamento di presunti fattori scatenanti legati all'ambiente o alle persone presenti; individuazione e cura di presunti fattori causali di natura organica, ad esempio il dolore; rimozione di tutti i presidi medicali non indispensabili che creano disturbo al paziente; disposizione all'ascolto e a tutte le strategie relazionali; coinvolgimento dei familiari o delle persone di riferimento e gradite al paziente; eventuale approccio farmacologico) con estrema attenzione alla valutazione della sussistenza del **principio di proporzionalità** tra il diritto salvaguardato (l'integrità fisica o la vita) e il diritto violato o compresso (la libertà di movimento).

3. Responsabilità

Fase	Medico	Infermiere	OSS	RM/DS
Prescrizione/Scelta dell’applicazione della contenzione	R	R*		I
Monitoraggio/Assistenza durante la contenzione	R	R	C	
Termine della contenzione e valutazione successiva	R	R	C	I
Registrazione in documentazione di pertinenza	R	R	C	
RM=Risk Manager; DS=Direzione Sanitaria; R=Responsabile; C=Coinvolto; I=Informato; *=se sussiste stato di necessità				

 <p>ASP SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE “Gestione della contenzione meccanica dell’adulto”</p>	<p>Edizione 10.07.2024 Revisione n.0 10.07.2024 Pag. 6 di 16</p>
---	---	--

4. Definizione di stato di necessità

Secondo l’articolo 54 del Codice Penale: “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.”

I tre aspetti fondamentali sono, quindi:

- Il pericolo attuale;
- La necessità di salvataggio imminente, non procrastinabile;
- La proporzione atto sanitario-pericolo.

Per dirla in altri termini, deve sussistere **pericolo attuale**, che fa riferimento ad una situazione in cui, prescindendo dalla condizione clinica e/o di altra natura che l’ha determinata, è caratterizzata da cogenza, cioè “non c’è altra scelta che quella di procedere” al **salvataggio imminente** della salute e/o della vita tale da rendere prevalente la tutela dei beni salute/vita o la prevenzione della lesione dei beni salute/vita, rispetto alla libertà.

5. Prescrizione e scelta dell’applicazione della contenzione

È al medico cui è affidato per ragioni di cura il soggetto (medico di reparto, medico di guardia) che provvede a decidere sulla contenzione ed a riportare in documentazione sanitaria le ragioni, il momento di inizio della contenzione e la durata della stessa, ricordando sempre che deve essere quanto più limitata possibile e non appena vengano meno le circostanze che ne hanno determinato la scelta, va immediatamente sospesa.

In situazioni riconosciuto stato di necessità e in assenza di personale medico, l’infermiere assume la decisione di applicare una contenzione. L’infermiere deve avvisare immediatamente il medico che, appena possibile, ne ratifica l’applicazione e procede alla prescrizione.

Nei Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) la prescrizione, è auspicabile che venga cronologicamente riportato in un eventuale "Registro delle contenzioni" conservato presso l’Unità Operativa.

Fatti salvi i casi che rientrano nello stato di necessità, la decisione di applicare i mezzi di contenzione meccanica deve essere condivisa con il paziente, il fiduciario e/o, in caso di paziente interdetto o legalmente incapace di intendere e di volere, il consenso informato dovrà essere sottoscritto da chi esercita la tutela, ovvero dall'amministratore di sostegno quando è espressamente prevista nel decreto di nomina la "cura della persona".

Nel processo informativo di supporto al paziente devono, previa autorizzazione dello stesso, essere coinvolti i familiari.

In caso di paziente sottoposto a Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), non è richiesta l'acquisizione del consenso informato. Nelle altre situazioni, quando è presente lo stato di necessità, è opportuno per il prosieguo che venga valutato ogni singolo caso.

6. Assistenza e monitoraggio durante la contenzione

La durata della contenzione meccanica è altra tematica di rilevanza. Il Concilio d'Europa nel 2012 si è espresso sull'argomento: *La durata dei mezzi di contenzione dovrebbe consistere nel più breve tempo possibile (di solito da pochi minuti a poche ore) e dovrebbe sempre terminare quando il motivo dell'uso della contenzione è cessato. Se si ricorre alla contenzione meccanica e all'isolamento, la durata massima non dovrebbe normalmente superare le 6 ore. Nei casi estremamente rari in cui la contenzione è considerata l'unica misura disponibile per gestire comportamenti costantemente pericolosi, il prolungamento della contenzione meccanica o dell'isolamento dopo che è trascorso il limite di sei ore, richiede un ulteriore riesame da parte di due medici che devono essere entrambi d'accordo sulla decisione di continuare l'uso della contenzione meccanica. La stessa procedura si applica se l'uso della contenzione meccanica o dell'isolamento dello stesso paziente viene ripetuto entro 24 ore dalla cessazione dell'uso precedente. La contenzione meccanica e l'isolamento non devono in nessun caso superare le 24 ore. Indipendentemente dai requisiti di tempo qui indicati, l'uso ripetitivo della contenzione sugli stessi pazienti dovrebbe sempre considerare una rivalutazione della cura e del trattamento del paziente, nonché una revisione da parte di esperti indipendenti”*.

Tuttavia la Joint Commission nel 2024 si è espressa come di seguito:

“Gli ordini scritti e verbali di contenzione e isolamento sono limitati a quanto segue:

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE “Gestione della contenzione meccanica dell’adulto”</p>	<p>Edizione 10.07.2024 Revisione n.0 10.07.2024 Pag. 8 di 16</p>
---	---	--

- *Quattro ore per adulti dai 18 anni in su*
- *Due ore per bambini e ragazzi dai 9 ai 17 anni*
- *Un'ora per i bambini sotto i 9 anni*

Nota: se è necessario che l'uso della contenzione o dell'isolamento continui oltre la scadenza dell'ordine limitato nel tempo, si ottiene un nuovo ordine di contenzione o isolamento dal medico o da altro professionista autorizzato”.

Pertanto, in mancanza di indicazioni particolari, durante il periodo di contenzione il paziente deve **essere rivalutato ogni 4 ore dal personale medico** e controllato periodicamente da altro personale sanitario attraverso l'osservazione visiva:

- negli SPDC, ragionevolmente, non oltre i 15 minuti dal personale infermieristico o OSS;
- nelle altre Unità Operative, ragionevolmente, ogni 30 minuti dal personale infermieristico o OSS.

Questo perché il paziente sottoposto a tali misure è un paziente a rischio sia per la condizione che ne ha determinato la contenzione, sia per la contenzione in sé (lesioni cutanee, ipoafflusso di sangue, decubito obbligato ed altre). Pertanto, l'assistenza in tale momento deve farsi garante dei bisogni di alimentazione, idratazione, deiezione e di supporto.

7. Termine della contenzione e valutazione successiva

Il termine della contenzione deve essere preceduto da valutazione clinica da parte di personale medico e riportato in documentazione sanitaria. Da un punto di vista pratico, attenzione deve essere posta al fine di rilevare tempestivamente comportamenti aggressivi, pertanto deve essere prevista in presenza di più operatori. L'attenzione dopo la contenzione deve restare alta da parte del medico, dell'infermiere e degli OSS, poiché resta paziente a rischio, sia con il fine di rilevare il ripresentarsi delle condizioni che hanno determinato la contenzione, sia perché la contenzione può rappresentare un nuovo fattore di rischio.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE “Gestione della contenzione meccanica dell’adulto”</p>	<p>Edizione 10.07.2024 Revisione n.0 10.07.2024 Pag. 9 di 16</p>
---	--	--

8. Comunicazione della contenzione al Risk Manager

È opportuno consentire la presenza del flusso di informazioni circa le contenzioni meccaniche attivate per poterne attuare monitoraggio e analizzarne le caratteristiche, pertanto comunica di inizio e termine della medesima devono essere inviate al Clinical Risk Manager, con cadenza semestrale.

9. Bibliografia

Blumberg, G.K., Roppolo, L.P. (2021). Restraint and Seclusion in the Emergency Department. In: Zun, L.S., Nordstrom, K., Wilson, M.P. (eds) Behavioral Emergencies for Healthcare Providers. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52520-0_24

Comitato Nazionale di Bioetica "La contenzione: problemi bioetici" - 23/4/2015

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Council of Europe, THE USE OF RESTRAINTS IN PSYCHIATRIC INSTITUTIONS, Strasbourg, 13 June 2012

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Council of Europe, Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), March 2017

Haute Autorité de santé, GUIDANCE LEAFLET, Mechanical restraint in general psychiatry, February 2017

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE “Gestione della contenzione meccanica dell’adulto”</p>	<p>Edizione 10.07.2024 Revisione n.0 10.07.2024 Pag. 10 di 16</p>
---	--	---

McKenna B, McEvedy S, Maguire T, Ryan J, Furness T. Prolonged use of seclusion and mechanical restraint in mental health services: A statewide retrospective cohort study. *Int J Ment Health Nurs*. 2017 Oct;26(5):491-499. doi: 10.1111/inm.12383. PMID: 28960741.

Parkes D, Tadi P. Patient Restraint and Seclusion. [Updated 2022 Nov 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565873/>

Pedersen ML, Gildberg FA, Baker J, Tingleff EB. A systematic review of interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings. *Int J Ment Health Nurs*. 2024 Jun;33(3):505-522. doi: 10.1111/inm.13267. Epub 2023 Nov 28. PMID: 38017713.

New and Revised Restraint and Seclusion Requirements for Behavioral Health Care and Human Services Organizations, The Joint Commission Issue 44, June 20, 2024

Zaami S, Rinaldi R, Bersani G, Marinelli E. Restraints and seclusion in psychiatry: striking a balance between protection and coercion. Critical overview of international regulations and rulings. *Riv Psichiatr*2020;55(1):16-23. doi 10.1708/3301.32714

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE “Gestione della contenzione meccanica dell’adulto”</p>	<p>Edizione 10.07.2024 Revisione n.0 10.07.2024 Pag. 11 di 16</p>
--	---	---

ALLEGATO 1 – Informativa per il consenso informato

Informativa

La contenzione meccanica è una limitazione della libertà dei movimenti volontari del paziente e rappresenta una misura eccezionale quando tutte le misure necessarie ad evitarla sono fallite (individuazione e allontanamento di presunti fattori scatenanti legati all'ambiente o alle persone presenti; individuazione e cura di presunti fattori causali di natura organica, ad esempio il dolore; rimozione di tutti i presidi medicali non indispensabili che creano disturbo al paziente; disposizione all'ascolto e a tutte le strategie relazionali; coinvolgimento dei familiari o delle persone di riferimento e gradite al paziente; eventuale approccio farmacologico).

È effettuata esclusivamente a tutela e nella salvaguardia dell'integrità e della vita del paziente o di terze persone che potrebbero essere compromesse da tale libertà di movimento.

È realizzata attraverso strumenti meccanici (sponde per letto, fascia pelvica, fascia addominale, bracciali di sicurezza per gli arti, quali polsiere e cavigliere, corpetto di sicurezza), che limitano i movimenti di tutto o parte del corpo e sono utilizzati per proteggere il paziente, o altre persone, da danni che potrebbero derivare da un suo comportamento non sicuro o pericoloso, per prevenirne le cadute in caso di elevato rischio o evitare l'autorimozione di presidi medici utilizzati per la cura, che potrebbe provocare un grave danno.

L'adozione della misura di contenzione è :

- NON viene utilizzata per fini punitivi o per comodità degli operatori sanitari o per il controllo del paziente;

- comporta che vengono poste in essere tutte le misure preventive per non arrecare danni (effetti da immobilizzazione: contratture, lesioni da decubito, incontinenza urinaria, riduzione della forza fisica, aumento del livello di confusione) al paziente e indurre il minimo disagio possibile;
- garantisce l’assistenza, nel corso di tale misura eccezionale, e provvede a garantire i bisogni di alimentazione, idratazione, igiene, deiezione e di supporto;
- verrà immediatamente sospesa terminerà non appena vengano meno le circostanze che ne hanno determinato la scelta.

Con questo documento la informiamo inoltre che la misura della contenzione meccanica, che si ritiene indispensabile e non rinviabile, è stata registrata nella cartella clinica.

ALLEGATO 2 - Scheda prescrizione medica SPDC (pazienti ricoverati in ambito psichiatrico)

SCHEDA PRESCRIZIONE MEDICA E GESTIONE CONTENZIONE SPDC		
NOME COGNOME	DATA/...../.....	ORA INIZIO CONTENZIONE ORA FINE CONTENZIONE
Condizione al momento della Contenzione:		
Stato Coscienza <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> SOPOROSO <input type="checkbox"/> COMA Altro.....	Disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITA' <input type="checkbox"/> ANSIA <input type="checkbox"/> AGITAZIONE <input type="checkbox"/> WANDERING Altro.....	Altri tipi di disturbi: <input type="checkbox"/> VISIVI <input type="checkbox"/> MALATTIE A CARICO DEL S.N.C. <input type="checkbox"/> DELL'EQUILIBRIO <input type="checkbox"/> MALATTIA OSTEOMUSCOLARE Altro.....
Motivi Contenzione:		
<input type="checkbox"/> Comportamenti autoaggressivi <input type="checkbox"/> Comportamenti eteroaggressivi..... <input type="checkbox"/> Comportamento aggressivi verso gli oggetti <input type="checkbox"/> Alterazioni comportamentali con opposività /rifiuto nei confronti di: () terapie () esami di fondamentale importanza per la salute del paziente e urgenti <input type="checkbox"/> Alterazioni comportamentali su base allucinatoria e/o delirante..... <input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria da intossicazione da sostanze: () alcol () stupefacenti (.....) () farmaci (.....) <input type="checkbox"/> Confusione e/o delirium con rischio per l'incolumità fisica (.....) <input type="checkbox"/> Comportamenti afinalistici e/o disinibiti con rischio per l'incolumità fisica (.....) Altro		
Tipo di Contenzione		



SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROCEDURA AZIENDALE
**“Prevenzione delle condotte suicidarie nel
sistema penitenziario per adulti”**

Edizione 30.10.2024
Revisione n.0 30.10.2024
Pag. 16 di 16

SCHEDA DI VALUTAZIONE/MOBILIZZAZIONE PAZIENTE DURANTE LA CONTENZIONE

Paziente _____

Foglio n. _____

DATA	Pervietà vie aeree e assenza pressione parti sensibili	Corretto posiz. presidi	Ispezione di arti ed estremità (assenza di segni di scarsa circolazione)	Ispezione aree soggette a pressione	Complicanze dovute alla contenzione (abrasioni, ulcere, edemi)	Valut. Orientamento Spazio/tempo	Mobilizzazione arti per 10 min	Infermiere	Firma
Ore									
Ore									
Ore									
Ore									
Ore									
Ore									
Ore									

NB: Valutazione/mobilizzazione va effettuata ogni 2 ore durante la contenzione