Potenza, 02/11/2026
Prot. n. 1732/Sc

PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI CONTENIMENTO DELLA PERSONA ASSISTITA

AIAS POTENZA ETS - Centro di riabilitazione accreditato ai sensi dell'art. 26 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833

Documento organizzativo – Procedura per la tutela della dignità, della libertà personale e della sicurezza delle persone con disabilità

Revisione: Ottobre 2026

1. Premessa e principi ispiratori

Aias Potenza ets riconosce nella dignità della persona, nel rispetto della libertà individuale e nella tutela dei diritti fondamentali i principi irrinunciabili che devono orientare ogni intervento assistenziale, educativo e riabilitativo.

La condizione di disabilità, anche quando associata a compromissione delle capacità cognitive, disturbi del comportamento, difficoltà comunicative o alterazioni della percezione della realtà, non può mai costituire, di per sé, una ragione per limitare la libertà personale dell'assistito.

Il contenimento fisico, inteso come intervento che limita materialmente la possibilità di movimento della persona, deve pertanto essere considerato una misura del tutto eccezionale, residuale e temporanea, mai una modalità ordinaria di assistenza, di gestione del comportamento o di organizzazione del lavoro.

La presente procedura ha lo scopo di:

- prevenire le situazioni di crisi comportamentale attraverso interventi educativi, relazionali e ambientali;
- proteggere l'incolumità della persona assistita, degli altri utenti e degli operatori;
- evitare il ricorso a interventi coercitivi non necessari o sproporzionati;
- garantire che ogni eventuale intervento sia rispettoso della dignità e dei diritti della persona;
- assicurare tracciabilità, controllo e valutazione di ogni episodio.

Il principio fondamentale è che la sicurezza non può essere perseguita sacrificando indiscriminatamente la libertà e la dignità della persona.

2. Campo di applicazione

La procedura si applica a tutti i pazienti, adulti e minori, con disabilità fisiche, intellettive, cognitive, relazionali o comportamentali, assistiti presso le strutture di Aias Potenza ets nell'ambito dei programmi riabilitativi ex art. 26 della Legge 833/1978.

È rivolta a:

- personale medico;
- psicologi;
- fisioterapisti;
- logopedisti;
- terapisti della neuro e psicomotricità;
- educatori professionali;
- operatori sociosanitari;
- personale di coordinamento e direzione sanitaria.

La procedura riguarda in particolare la gestione delle situazioni nelle quali il comportamento dell'assistito determina un rischio concreto e attuale di danno per sé o per altre persone.

3. Definizioni

È necessario distinguere tre differenti tipologie di intervento.

3.1. **Contenimento ambientale**

Comprende gli interventi di modifica dell'ambiente fisico e organizzativo finalizzati a ridurre i rischi, quali l'eliminazione di oggetti pericolosi, la riduzione degli stimoli sensoriali, la predisposizione di spazi protetti e l'allontanamento di altri utenti dalla situazione di crisi.

Non deve trasformarsi in isolamento coercitivo.

3.2. **Contenimento relazionale ed emotivo**

Comprende le tecniche di de-escalation, la comunicazione rassicurante, l'ascolto, la mediazione, la distrazione, la regolazione sensoriale e il supporto alla persona per recuperare il controllo delle proprie emozioni.

Costituisce la modalità di intervento da privilegiare.

3.3. **Contenimento fisico**

È qualsiasi intervento manuale o mediante dispositivi che impedisca o limiti materialmente i movimenti volontari della persona.

Non va confuso con il contatto fisico assistenziale, con la guida motoria concordata o con gli interventi di protezione durante un'attività riabilitativa.

4. Principi inderogabili di comportamento

Ogni operatore deve attenersi ai seguenti principi:

1. Presunzione di capacità e autodeterminazione: la persona deve essere coinvolta nelle decisioni che la riguardano, tenendo conto delle sue effettive capacità comunicative e decisionali.
2. Non discriminazione: la disabilità intellettiva, l'autismo, il disturbo del comportamento o l'incapacità di comunicare verbalmente non giustificano interventi coercitivi.
3. Proporzionalità: qualsiasi intervento deve essere commisurato al rischio effettivo e non alla semplice difficoltà di gestione del comportamento.
4. Temporaneità: l'eventuale intervento protettivo deve cessare non appena viene meno il pericolo.
5. Minima invasività: deve essere sempre adottata la modalità meno restrittiva possibile.
6. Personalizzazione: devono essere considerate le caratteristiche cliniche, psicologiche, relazionali, sensoriali e comunicative del singolo assistito.
7. Divieto di utilizzo punitivo: nessun intervento contenitivo può essere utilizzato come punizione, deterrente, forma di pressione, risposta alla disobbedienza o compensazione di carenze organizzative.

5. Prevenzione delle situazioni di crisi

La prevenzione rappresenta il principale strumento di tutela della persona e deve essere integrata nel progetto riabilitativo individuale.
All'ingresso del paziente e durante la presa in carico, l'équipe multidisciplinare deve individuare:

- eventuali comportamenti autoaggressivi o eteroaggressivi;
- situazioni che possono determinare sovraccarico emotivo o sensoriale;
- difficoltà nella comunicazione dei bisogni e del disagio;
- condizioni cliniche che possono favorire agitazione o alterazioni comportamentali;
- modalità individuali di rassicurazione e di recupero dell'equilibrio emotivo;
- eventuali precedenti episodi critici e strategie risultate efficaci.

Per ciascun assistito che presenti situazioni di rischio deve essere predisposto un piano individualizzato di prevenzione e gestione delle crisi.
Il piano deve contenere:

- descrizione dei comportamenti che possono anticipare una crisi;
- fattori scatenanti conosciuti;
- modalità comunicative da utilizzare;
- interventi educativi e relazionali più efficaci;
- persone di riferimento che possono favorire la rassicurazione;
- eventuali condizioni cliniche che richiedono particolare attenzione;
- modalità di attivazione del medico e dei servizi di emergenza.

Particolare attenzione deve essere riservata alle persone con autismo, per le quali un comportamento apparentemente aggressivo può rappresentare l'espressione di dolore, paura, sovraccarico sensoriale, frustrazione o difficoltà comunicativa.

6. Gestione delle situazioni di agitazione e crisi comportamentale

Quando si manifesta una situazione di agitazione, l'operatore deve procedere secondo una sequenza progressiva di interventi.

Fase 1 – Valutazione della situazione
L'operatore deve:

- mantenere un atteggiamento calmo e non provocatorio;
- valutare l'esistenza di un pericolo concreto;
- individuare eventuali cause organiche o ambientali;
- evitare di circondare la persona o di assumere atteggiamenti intimidatori;
- proteggere gli altri assistiti, se necessario.

Fase 2 – De-escalation relazionale

Devono essere privilegiati:

- comunicazione verbale semplice, rassicurante e non giudicante;
- rispetto della distanza interpersonale;
- riduzione delle richieste e degli stimoli ambientali;
- possibilità di interrompere temporaneamente l'attività riabilitativa;
- proposta di uno spazio tranquillo e non coercitivo;
- utilizzo di strumenti di comunicazione alternativa, quando necessari;
- coinvolgimento dell'operatore con il quale la persona ha maggiore familiarità.

È vietato insistere con richieste, rimproveri o sollecitazioni che possano aggravare la situazione.

Fase 3 – Protezione della persona e degli altri assistiti

Qualora il rischio aumenti, l'équipe deve:

- allontanare gli altri utenti dalla zona interessata;
- rimuovere oggetti potenzialmente pericolosi;
- garantire la presenza di un numero adeguato di operatori;
- avvisare il coordinatore e il medico responsabile;
- predisporre, se necessario, l'attivazione dei servizi di emergenza.

Fase 4 – Gestione dell'emergenza

Quando sussiste un pericolo grave, concreto e attuale di lesione per la persona o per terzi, non altrimenti evitabile, può rendersi necessario un intervento fisico immediato di protezione.

Tale intervento deve essere limitato a quanto strettamente necessario per interrompere il pericolo.

Non costituisce autorizzazione a immobilizzare sistematicamente il paziente, né a prolungare il contatto fisico una volta superata la situazione di rischio.

7. Condizioni e limiti dell'eventuale contenimento fisico

Il contenimento fisico non è una prestazione riabilitativa e non può essere previsto come modalità ordinaria di gestione del paziente.

Il suo eventuale ricorso può essere valutato esclusivamente in presenza di tutte le seguenti condizioni:

- esistenza di un pericolo grave, concreto e attuale;
- impossibilità di evitare il danno mediante strategie alternative;
- necessità immediata di proteggere l'incolumità della persona o di terzi;
- proporzionalità dell'intervento rispetto al rischio;
- limitazione al tempo strettamente indispensabile.

È importante precisare che la semplice agitazione, il rifiuto di collaborare, la fuga dall'attività terapeutica, l'opposizione alle indicazioni dell'operatore o un comportamento disturbante non costituiscono, da soli, motivazioni sufficienti.

Modalità di intervento

In caso di emergenza:

1. L'operatore informa immediatamente il coordinatore e il medico, ove presente.
2. Si attiva l'intervento del personale necessario alla gestione della situazione.
3. Si utilizzano esclusivamente modalità di protezione proporzionate, **evitando tecniche che possano provocare dolore, lesioni, compressione del torace o difficoltà respiratorie.**
4. Si mantiene costantemente il contatto comunicativo con la persona.
5. Si interrompe immediatamente l'intervento non appena viene meno il pericolo.

Non sono ammesse:

- **immobilizzazioni a scopo disciplinare;**
- **legature o fissaggi improvvisati;**
- **immobilizzazioni in posizione prona;**
- **compressioni del collo o del torace;**
- **tecniche che ostacolino la respirazione;**

- **permanenza forzata in locali chiusi;**
- **utilizzo di dispositivi meccanici senza una specifica valutazione clinico-giuridica e senza un quadro autorizzativo e organizzativo appropriato.**

La presente procedura non attribuisce agli operatori una facoltà generale di contenzione meccanica né sostituisce le competenze mediche e le garanzie previste dall'ordinamento.

8. Valutazione medica e attivazione dei soccorsi

Il medico del Centro deve essere tempestivamente informato di ogni episodio che abbia richiesto un intervento fisico di protezione.

Deve valutare:

- condizioni generali e stato di coscienza;
- eventuale presenza di dolore o lesioni;
- possibili cause organiche dell'episodio;
- eventuali conseguenze dell'intervento;
- necessità di ulteriori accertamenti o di assistenza sanitaria urgente.

In presenza di condizioni cliniche che richiedano assistenza non erogabile presso il Centro, deve essere attivato il sistema di emergenza sanitaria 118 secondo quanto previsto dalla procedura aziendale (vedi).

La somministrazione di farmaci sedativi non può essere disposta come semplice strumento di contenimento comportamentale. Ogni trattamento farmacologico deve rispondere a una specifica indicazione clinica, essere prescritto dal medico e rispettare le regole sul consenso e sulla documentazione sanitaria.

9. Sorveglianza durante l'episodio

Qualora si sia verificato un intervento fisico di protezione, la persona deve essere sottoposta a osservazione continua fino alla completa risoluzione della situazione.

L'operatore incaricato deve verificare:

- respirazione e condizioni generali;
- stato di coscienza e livello di vigilanza;
- eventuali segni di dolore o sofferenza;
- eventuali lesioni;
- stato emotivo e possibilità di riprendere una relazione comunicativa;
- eventuali conseguenze fisiche e psicologiche dell'episodio.

La sorveglianza non può essere sostituita dalla semplice presenza di un operatore nelle vicinanze.

Ogni anomalia deve essere immediatamente comunicata al medico.

10. Informazione ai familiari e ai rappresentanti della persona

Aias Potenza ets riconosce il ruolo fondamentale della famiglia e dei caregiver nel percorso riabilitativo.

In caso di episodio che abbia comportato un intervento fisico di protezione:

- il familiare o il rappresentante legale deve essere informato tempestivamente;
- devono essere illustrate le circostanze che hanno determinato l'episodio;
- devono essere descritti gli interventi effettuati e le relative conseguenze;
- devono essere raccolte eventuali informazioni utili alla prevenzione di episodi successivi.

L'informazione deve essere effettuata nel rispetto della riservatezza e delle regole applicabili in materia di consenso e rappresentanza.

La famiglia non può essere considerata responsabile della gestione dell'emergenza, né può essere delegata ad essa la decisione di applicare misure coercitive.

11. Registrazione e documentazione dell'episodio

Ogni episodio che abbia richiesto un intervento fisico di protezione deve essere documentato in modo puntuale nella cartella clinico-riabilitativa.

La registrazione deve comprendere:

1. Data e ora dell'episodio.
2. Luogo in cui si è verificato.
3. Generalità degli operatori presenti.
4. Descrizione oggettiva del comportamento osservato.
5. Circostanze e fattori scatenanti conosciuti.
6. Rischio concreto che ha determinato l'intervento.
7. Strategie alternative precedentemente adottate.
8. Motivazione dell'eventuale intervento fisico.
9. Descrizione delle modalità utilizzate.
10. Orario di inizio e fine dell'intervento.
11. Condizioni cliniche della persona prima, durante e dopo l'episodio.
12. Eventuali lesioni o conseguenze.
13. Nominativo del medico informato e valutazioni effettuate.
14. Informazione resa ai familiari o al rappresentante legale.
15. Indicazioni per la prevenzione di nuovi episodi.

Deve inoltre essere compilata una scheda di segnalazione dell'evento (Allegato A)

12. Rivalutazione del progetto riabilitativo individuale

Ogni episodio deve essere considerato un'occasione di revisione del progetto riabilitativo e non semplicemente un problema comportamentale da risolvere.

Entro un termine organizzativo definito, preferibilmente entro 48 ore, l'équipe multidisciplinare deve riunirsi per:

- analizzare le cause dell'episodio;
- verificare l'efficacia delle strategie adottate;
- individuare eventuali fattori ambientali o relazionali che abbiano contribuito alla crisi;
- valutare la presenza di condizioni cliniche non precedentemente riconosciute;
- aggiornare il piano individualizzato di prevenzione;
- concordare nuove strategie educative e riabilitative.

La persona assistita deve essere coinvolta nella rivalutazione secondo le proprie possibilità comunicative e cognitive.

Quando utile, devono essere coinvolti i familiari e i caregiver.

13. Responsabilità organizzative

Figura professionale	Responsabilità
Direttore sanitario	Approvazione, supervisione e verifica della procedura; valutazione degli episodi più rilevanti
Medico responsabile	Valutazione clinica, indicazioni terapeutiche e gestione delle conseguenze sanitarie
Coordinatore	Attivazione dell'équipe, organizzazione degli interventi e verifica della documentazione
Psicologo	Analisi dei fattori comportamentali, emotivi e relazionali
Educatori e terapisti	Prevenzione, de-escalation, attuazione del progetto individualizzato e segnalazione degli eventi
OSS e personale assistenziale	Supporto alla sicurezza, osservazione e segnalazione tempestiva

Ogni operatore è responsabile del rispetto della presente procedura nell'ambito delle proprie competenze.

14. Disposizioni finali

Tutto il personale è tenuto a conoscere la presente procedura e applicarla.

Eventuali comportamenti difformi devono essere segnalati alla Direzione sanitaria per le opportune valutazioni.

Direzione Sanitaria

Firma

Allegato A – Scheda di registrazione dell'episodio critico

Da inserire nella cartella clinico-riabilitativa e nel sistema di segnalazione degli eventi critici.

Campo	Dati da compilare
Assistito	
Data e ora	
Luogo	
Operatori presenti	
Descrizione dell'episodio	
Rischio concreto rilevato	
Strategie alternative utilizzate	
Intervento effettuato	
Ora di inizio e fine	
Condizioni dell'assistito dopo l'episodio	
Medico informato	
Familiari informati	
Eventuali conseguenze	
Azioni preventive proposte	

Firma dell'operatore: _____

Firma del coordinatore: _____

Valutazione del medico: _____