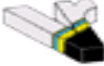


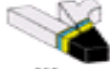



 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> <b>EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<b><i>Interventi alternativi alla          contenzione presso i Servizi          Psichiatrici di Diagnosi e Cura e          SPOI</i></b>	 <b>VILLA IGEA</b> OSPEDALE PRIVATO
Dipartimento di Salute Mentale		 <b>villa rosa</b> OSPEDALE PRIVATO
Pag. 1 di 10	DSM.DI.011	Rev. 1 del 23/08/2010

## INDICE

<b>MODIFICHE .....</b>	<b>3</b>
<b>SCOPO .....</b>	<b>3</b>
<b>FINALITÀ.....</b>	<b>3</b>
<b>CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>RESPONSABILITÀ .....</b>	<b>3</b>
<b>DEFINIZIONI E SIGLE.....</b>	<b>3</b>
<b>DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....</b>	<b>4</b>
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
RIFERIMENTI DI LETTERATURA .....	5
<b>CONTENUTO .....</b>	<b>6</b>
PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE FISICA.....	6
<i>ORGANIZZAZIONE</i> .....	6
<i>AMBIENTE</i> .....	7
<i>NURSING PSICHIATRICO</i> .....	7
<i>PARTECIPAZIONE DELLA FAMIGLIA</i> .....	7
MODALITÀ DI APPLICAZIONE DELLA CONTENZIONE FISICA.....	8
<i>DECISIONE CLINICA</i> .....	8
<i>RICERCA DEL CONSENSO</i> .....	8
<i>PRESCRIZIONE</i> .....	8
<i>ATTUAZIONE</i> .....	9
<i>CONCLUSIONE</i> .....	9
CASI PARTICOLARI: MINORI .....	10
ISTITUZIONE DI UN REGISTRO DELLE CONTENZIONI .....	10
<b>INDICATORI .....</b>	<b>10</b>

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p>	<p><b><i>Interventi alternativi alla contenzione presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI</i></b></p>	 <p>VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Dipartimento di Salute Mentale</p>		 <p>villa rosa OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Pag. 2 di 10</p>	<p>DSM.DI.011</p>	<p>Rev. 1 del 23/08/2010</p>

<b>Verifica</b>	<b>Approvazione</b>	<b>Emissione</b>	<b>Data di emissione 23/08/2010</b>
<p>Direttore Unità Operativa Medicina Legale e Gestione del Rischio <i>Dr.ssa Alessandra De Palma</i></p>	<p>Direttore Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche <i>Dr. Claudio Ferretti</i></p>	<p>Referente Accreditamento e Qualità Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche <i>Dr. Paolo Soli</i></p>	
<p>Responsabile SPDC Ospedale Privato Accreditato Villa Igea <i>Dr. Mauro Martinelli</i></p>	<p>Direttore Sanitario Ospedale Privato Accreditato Villa Igea <i>Dr. Leo Lo Russo</i></p>	<p>Responsabile Ufficio Qualità Ospedale Privato Accreditato Villa Igea <i>Dr.ssa Cristina Donati</i></p>	
<p>Responsabile SPOI Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa <i>Dr. Stefano Catellani</i></p>	<p>Direttore Sanitario Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa <i>Dott Pierluigi Forghieri</i></p>	<p>Responsabile Qualità Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa <i>Dr.ssa Elisabetta Lugli</i></p>	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<b>Interventi alternativi alla contenzione presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI</b>	 VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO
Dipartimento di Salute Mentale		 villa rosa OSPEDALE PRIVATO
Pag. 3 di 10	DSM.DI.011	Rev. 1 del 23/08/2010

## MODIFICHE

Rev.	Approvazione		Pagine Modificate	Tipo - natura della modifica
	Data	Visto		
00	20/09/2005			Prima emissione
01	23/08/2010		tutte	Integrazione con la rete provinciale dei Servizi Psichiatrici, attuazione indicazioni circolare 16 Regione Emilia Romagna

## SCOPO

Scopo del presente documento è la definizione di modalità operative per la prevenzione della contenzione fisica nei pazienti affetti da patologia psichiatrica e per l'applicazione della stessa solo in situazioni di *stato di necessità*.

## FINALITÀ

Prevenire il ricorso alla contenzione fisica favorendo l'adozione di interventi alternativi nel rispetto delle evidenze scientifiche e della buona pratica clinica.

Applicare correttamente l'intervento di contenzione, laddove venga ritenuto come l'unico provvedimento efficace, nel rispetto della dignità e dell'incolumità della persona.

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI della Provincia di Modena.

## RESPONSABILITÀ

Tutti gli operatori addetti all'assistenza sono responsabili dell'applicazione delle presenti raccomandazioni/indicazioni secondo le rispettive competenze professionali (medici, infermieri, personale assistenziale di supporto).

## DEFINIZIONI E SIGLE




**Contenzione fisica:** è un intervento coercitivo, che limita fortemente la libertà individuale e, come tale, è da ritenersi un provvedimento di emergenza-urgenza, messo in atto esclusivamente a scopo preventivo, nel contesto di uno stato di necessità, laddove gli interventi alternativi disponibili non risultino applicabili e/o efficaci. Esso è finalizzato a proteggere il/la paziente, gli operatori e gli altri assistiti dal rischio attuale, non altrimenti evitabile, di un grave danno alla persona.

**O.S.S.:** Operatore Socio-Sanitario

**M.M.G.:** Medico di Medicina Generale

**C.S.M.:** Centro di Salute Mentale

**T.S.O.:** Trattamento Sanitario Obbligatorio

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<b><i>Interventi alternativi alla          contenzione presso i Servizi          Psichiatrici di Diagnosi e Cura e          SPOI</i></b>	
Dipartimento di Salute Mentale		
Pag. 4 di 10	DSM.DI.011	Rev. 1 del 23/08/2010

**Mezzi di contenzione fisica:** ausili protettivi temporanei che si applicano al corpo o all'ambiente circostante al fine di limitare i movimenti che interferiscano con il trattamento medico, o comportamenti che possano arrecare danni al soggetto o ad altre persone.

In ambito psichiatrico prevale l'uso di una contenzione fisica a quattro arti (ed eventualmente fascia corpo) mediante l'utilizzo di polsiere e cavigliere fissate a cinture di contenzione in tessuto cerato.

Ulteriori modalità di contenzione fisica:

- *Fascia per carrozzina o poltrona*
- *Fascia pelvica*
- *Divaricatore inguinale*
- *Corsetto con bretelle*
- *Fasce di sicurezza al letto (fascia corpo)*
- *Bracciali di immobilizzazione*
- *Tavolino servitore per carrozzina*
- *Sponde al letto.*

Contenimento: Nella gestione delle emergenze e delle urgenze psichiatriche il contenimento è l'insieme degli atti volti ad accogliere il bisogno di salute del paziente, accertando la natura, l'eziopatogenesi e le dinamiche dei disturbi che ne hanno generato l'alterazione acuta dello stato di salute mentale, in modo da consentire il trattamento.

Gli strumenti del contenimento sono fondati sulla relazione medico-paziente; sono dunque principalmente costituiti dal colloquio psichiatrico, di cui l'ascolto è una fondamentale componente, e dall'intervento psicologico e psicoeducativo.




In alcuni casi il contenimento potrà avvalersi del trattamento farmacologico, generalmente con ansiolitici o neurolettici, allo scopo di favorire il superamento di stati di ansia e di agitazione, di stati deliranti, di gravi alterazioni del tono dell'umore, di gravi disturbi della condotta.

Solo in casi assolutamente eccezionali la contenzione fisica (operata secondo procedure prestabilite) può divenire un ausilio per il contenimento, ad es. in alcuni stati confusionali o deliranti, generalmente sostenuti da psicosindromi organiche o da intossicazioni acute da alcol, da sostanze di abuso o da farmaci assunti in modo incongruo (ad es. a scopo suicidario).

## DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

### *Riferimenti normativi*




- “Costituzione Italiana” (artt. 2, 13, 32)
- “Codice Penale” (artt. 54, 591, 610)
- Piano Regionale dell'Emilia Romagna 2008-2010. “L'emergenza-urgenza nell'area della salute mentale: Aspetti relativi alla contenzione (contenzione meccanica al letto)” pag. 11-21
- Circolare n. 16 PG.2009/0236972 del 22-10-09 “Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP”
- DGR 313/2009 (Piano attuativo Salute Mentale 2009-2011)
- DGR 1706/2009 “Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure ed integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”, così come modificata dalla DGR 2108/2009.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p>	<p><b>Interventi alternativi alla contenzione presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI</b></p>	 <p>VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Dipartimento di Salute Mentale</p>		 <p>villa rosa OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Pag. 5 di 10</p>	<p>DSM.DI.011</p>	<p>Rev. 1 del 23/08/2010</p>

- “Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione” documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome in data 29 luglio 2010.

### **Riferimenti di letteratura**

- Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P, “ Superare la contenzione: si può fare” I quaderni dell’infermiere IPASVI Federazione Nazionale Collegi Infermieri n°25, luglio 2009
- “Nuovo Codice Deontologico dell’infermiere” 2009
- Cappuccio R., Granatello J., Pizzuto M., Chiari P. “La contenzione fisica e la sedazione farmacologia per la prevenzione delle cadute, l’interruzione dei trattamenti e l’aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo”. Master in Evidence-Based Practice e Metodologia della ricerca Clinico-Assistenziale. Bologna maggio 2008
- Gaskin C.J, Elsom S. J., Happel B “Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature”. The British Journal of Psychiatry; 191(4): 298 – 303 October 1, 2007
- Sangiorgio P., Scarlatto C. “La contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dell’area metropolitana di Roma” Psychomedia, Dicembre 2007
- Frueh B. C., Knapp R. G., Cusack K. J., Grubaugh A. L., Sauvageot J. A, Cousins V. C., Yim E., Robins C. S., Monnier J., Hiers T. G: “Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting” Psychiatr Serv; 56(9): 1123 – 1133, September 1, 2005
- Toresini L. “SPDC No restraint, la sfida della cura”  
<http://www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it/> WEB htm 2005
- Catanesi R, Troccoli G. “Dietro il velo, ovvero responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria”. Lo psichiatra,1, n.1, Milano , 2005
- Fascio V. “La contenzione fisica: reclusione o nursing?” Intervento alla "Giornata di studio sulla contenzione fisica e farmacologica per il Collegio IPASVI di Pistoia"  
<http://www.infermierionline.net/index>, 19 Aprile 2004
- Evans D. et al, “Physical Restraint in Acute and Residential Care”, A systematic Review N.22, The Joanna Brigg Institute, Adelaide, South Australia 2002
- Best Practice Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Traduzione italiana “Contenzione fisica parte 1: l’uso nei reparti per acuti e residenziali”. Volume 6, numero 3; 2002
- Best Practice Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Traduzione italiana “Contenzione fisica parte 2: riduzione nei contesti assistenziali per acuti e residenziali”. Volume 6, numero 4; 1-5; 2002
- Zanetti E., Costantini S. “Uso dei mezzi di contenzione fisica” Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia pagina WEB htm 2001
- Poli N., Rossetti A.M.L. “linee guida per l’uso della contenzione fisica nell’assistenza infermieristica” Nursing oggi. n° 4; pag. 58-67, 2001
- Benevelli L., Baraldi E., Romiti A., Negrisoli L., “Porte chiuse, contenzioni, isolamento nei servizi di assistenza psichiatrica. È possibile farne a meno?”, Atti del

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p>	<p><b>Interventi alternativi alla contenzione presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI</b></p>	 <p>VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Dipartimento di Salute Mentale</p>		 <p>VILLA ROSA OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Pag. 6 di 10</p>	<p>DSM.DI.011</p>	<p>Rev. 1 del 23/08/2010</p>

XLII Congresso Nazionale - SIP, Torino, 2000.

Comitato nazionale di bioetica sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici. 24 settembre 1999



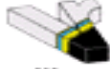
- Wiston P.A., Morelli P., Bramble J., Friday A., Sanders J.B., “Improving Patient Care through implementation of nurse-driven restraint protocols”, *Journal of Nursing Care Quality*, 13(6), 32-46, 1999
- Costantini S. “L’emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani” in Anzivino F, Bonati P.A. *Il demente nelle istituzioni: le realtà e le prospettive*. Atti del Congresso SIGG, Piacenza 1996

## CONTENUTO

### *Prevenzione della contenzione fisica*

## ORGANIZZAZIONE

1. All’interno di ogni SPDC e SPOI costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con il compito di individuare e condividere strategie di prevenzione della contenzione applicabili nello specifico contesto assistenziale.
2. Formazione continua di tutto il personale sanitario coinvolto (oltre ad affiancamento e tutoraggio dei neoassunti) per favorire l’acquisizione di buone pratiche nella gestione di situazioni a rischio e nell’arrestare fenomeni di *escalation*.
3. L’équipe multiprofessionale lavora sulla base di progetti assistenziali e terapeutici individualizzati, pensati ed elaborati per ogni singolo paziente, al fine di individuare i problemi e i bisogni emergenti, nonché per stabilire la programmazione specifica dei vari interventi dei singoli operatori.
4. Turni infermieristici misti (composti da personale maschile e femminile), per consentire maggiore adattabilità e opportunità relazionali oltre che implementazione numerica del personale (es. mediante rientri) per favorire il raggiungimento di una maggior capacità di adattamento ad esigenze impreviste.
5. Momenti gruppali, strutturati e quotidiani, che coinvolgano pazienti ed operatori, finalizzati a condividere aspetti concreti della vita del reparto, a ricercare significati condivisi per eventi e situazioni quotidiane; condivisione delle attività “sociali” con i pazienti (i pasti, le uscite esterne, la visione di film etc.); momenti gruppali strutturati con lo psicologo e gli infermieri;
6. Rispetto del numero di posti letto occupati previsto per il reparto (per quanto possibile anche in SPDC) e numero adeguato di operatori.
7. Prevedere nell’organizzazione del servizio momenti dedicati ad un attento passaggio delle consegne e delle informazioni inerenti i/le pazienti, utilizzando altresì modalità univoche (di inequivocabile interpretazione) e condivise di passaggio delle informazioni attraverso la documentazione sanitaria.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p>	<p><b>Interventi alternativi alla contenzione presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI</b></p>	 <p>VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Dipartimento di Salute Mentale</p>		 <p>villa rosa OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Pag. 7 di 10</p>	<p>DSM.DI.011</p>	<p>Rev. 1 del 23/08/2010</p>

8. In collaborazione e continuità con i medici specialisti di guardia territoriale, presso il CSM/SERT prevedere che l'accesso ai reparti psichiatrici d'urgenza sia effettuato dopo la visita o la consulenza di uno specialista psichiatra, che possa valutare l'effettiva presenza di una sindrome psichiatrica acuta che richieda il ricovero, svolgendo così un'azione di "filtro" per ridurre al minimo ricoveri cosiddetti "inappropriati".
9. Condivisione dei problemi con l'équipe curante esterna; contatti con il CSM, SERT, MMG e/o altre figure specialistiche in base alle specifiche problematiche internistiche del paziente per il confronto e la verifica degli obiettivi.
10. Disamina di tutte le contenzioni "registrate" con periodicità semestrale da parte di un gruppo di lavoro aziendale con il contributo di personale del DSM-DP esterno all'SPDC, della Direzione Sanitaria e della U.O. di Medicina Legale e Gestione del Rischio.

## AMBIENTE

Le caratteristiche dell'ambiente in cui si viene accolti e ospitati, e dei suoi arredi, contribuiscono a determinare nel/la paziente e nei suoi familiari pensieri ed emozioni inerenti al tipo di accudimento e trattamento che sarà loro riservato e a favorire l'esprimersi delle professionalità degli operatori volte ad acuire l'attenzione verso i bisogni della singola persona malata.

1. Confort: ampiezza, luminosità e climatizzazione degli spazi e loro fruibilità
2. Ambienti comuni (spazi dedicati allo svolgimento di attività ricreative e/o socializzanti) e ambiente specifico per i/le pazienti con abitudine tabagica
3. Arredi dignitosi, confortevoli e sicuri
4. Disponibilità di spazi esterni
5. Adeguata qualità e quantità degli alimenti
6. Rigorosa applicazione dei principi e delle norme di sicurezza, per esempio:
  - a. Suppellettili e arredi fissati alle superfici d'appoggio
  - b. Serramenti in metallo e vetri infrangibili/antifondamento per le parti che si aprono sugli accessi esterni.

## NURSING PSICHIATRICO



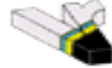
Finalità dell'équipe curante è quella di instaurare con il/la paziente una relazione di fiducia basata sulla costante presenza, non invasiva e non repressiva degli operatori.

1. Disponibilità all'ascolto empatico
2. Atteggiamento fermo, assertivo, ma non autoritario
3. Trasparenza e chiarezza nella comunicazione delle regole
4. Rilevazione, valutazione e segnalazione dei fattori di rischio per agiti auto-eterolesivi (comportamento motorio, frasi, parole, ecc.)
5. Ricerca di collaborazione e coinvolgimento attivo dei *caregivers*: visite, compagnia, ecc.

## PARTECIPAZIONE DELLA FAMIGLIA

Secondo le indicazioni della letteratura, i familiari sono coinvolti in molti programmi di riduzione della contenzione.

1. Chiara ed esaustiva informazione da parte dell'équipe alla famiglia

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p>	<p><b>Interventi alternativi alla contenzione presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI</b></p>	 <p>VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Dipartimento di Salute Mentale</p>		 <p>villa rosa OSPEDALE PRIVATO</p>
<p>Pag. 8 di 10</p>	<p>DSM.DI.011</p>	<p>Rev. 1 del 23/08/2010</p>

2. Coinvolgimento diretto dei familiari (laddove possibile), come supporto all'équipe curante nei casi in cui si ritenga necessario personalizzare il programma dell'assistito/a, incrementando momenti di vicinanza con familiari a fini terapeutici.
3. Discussione sulla decisione di applicare e/o di rimuovere la contenzione qualora sia stato necessario ricorrervi.

### ***Modalità di applicazione della contenzione fisica***

#### **DECISIONE CLINICA**

La disposizione di un intervento di contenzione è preceduta da un'attenta valutazione da parte dell'équipe curante rispetto alle cause che la rendono assolutamente necessaria e alle possibili soluzioni alternative.

**La valutazione di soluzioni alternative ovvero le motivazioni della non percorribilità di tali soluzioni dovranno essere accuratamente esplicitate nella documentazione sanitaria e nel registro delle contenzioni.**

#### **RICERCA DEL CONSENSO**

Quando le circostanze operative lo consentono il/la paziente (o il suo rappresentante legale) e il/i familiari che lo assistono (di riferimento) devono essere coinvolti nel processo decisionale dell'applicazione della contenzione; il medico deve ricercare ed ottenere la massima adesione possibile da parte del/la paziente e dell'entourage familiare, facendo loro comprendere le finalità non meramente coercitive dell'atto proposto illustrandone i rischi e i benefici. L'acquisizione del consenso del/la paziente o del suo legale rappresentante (in quest'ultimo caso coinvolgendo comunque sempre nel processo, nei limiti del possibile, anche la persona interessata), al di fuori dei casi che potrebbero configurare la fattispecie dello *stato di necessità*, da considerarsi però un caso estremo, è un atto dovuto, che legittima dal punto di vista etico, deontologico e giuridico l'applicazione di mezzi di contenzione.



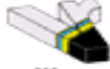
#### **PRESCRIZIONE**

L'attuazione di un intervento di contenzione deve essere necessariamente preceduta dalla prescrizione di un medico.

La prescrizione, riportata nel diario clinico, deve indicare:

1. LA MOTIVAZIONE ovvero *il problema* che determina la necessità dell'intervento. Devono essere chiaramente e dettagliatamente esplicitate le ragioni della decisione e l'occorrenza delle circostanze che rendono l'atto indispensabile.
2. IL TIPO DI CONTENZIONE. Devono essere esplicitati i mezzi di contenzione da utilizzare.
3. LA DURATA. La contenzione deve avere una durata limitata nel tempo: la prescrizione dovrà infatti esplicitare l'inizio (data e ora) dell'intervento contenitivo e il termine previsto (ovvero data e ora della rivalutazione clinica del perdurare della sua necessità).



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<b>Interventi alternativi alla contenzione presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI</b>	 VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO
Dipartimento di Salute Mentale		 villa rosa OSPEDALE PRIVATO
Pag. 9 di 10	DSM.DI.011	Rev. 1 del 23/08/2010

La durata dell'atto contenitivo non dovrebbe superare, di norma, le 12 ore consecutive, potendo prolungarsi fino ad un massimo di 24 ore nei casi che lo richiedono.

**Nei casi di pazienti a rischio internistico e in tutti i casi in cui comunque siano da prevedere fasi ripetute di contenzione è necessario richiedere una consulenza ematologica/internistica al fine di valutare l'opportunità di una terapia di profilassi della trombosi venosa profonda e/o di altri provvedimenti terapeutici.**

4. CONTENZIONI OLTRE LE 24 ORE. Ogni contenzione che si prolunga oltre le 24 ore deve essere segnalata alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla U.O. di Medicina Legale e Gestione del Rischio. Qualora sussistano le condizioni per la necessaria prosecuzione del trattamento, la contenzione potrà essere prolungata oltre le 24 ore solo attraverso una nuova prescrizione del medico di reparto.

**In riferimento a ogni intervento di contenzione di tale durata deve essere attivato un *audit clinico* entro un massimo di 48 ore dall'evento. L'audit clinico dovrà prevedere la partecipazione di personale della U.O di Medicina Legale e Gestione del Rischio e di personale del DSM-DP non appartenente all'SPDC coinvolto.**

## ATTUAZIONE

### MONITORAGGIO/SORVEGLIANZA DEL/LA PAZIENTE "CONTENUTO/A".




Si raccomanda che durante il periodo di contenzione il/la paziente venga "controllato/a" ogni 15 minuti - max 30 minuti dal personale infermieristico e almeno ogni 8 ore dal personale medico (e, comunque, ogni qualvolta l'infermiere, sulla base dei propri riscontri, lo ritenesse necessario). Il controllo effettuato dal personale infermieristico non sarà limitato ad una semplice osservazione del/la paziente, ma dovrà di volta in volta valutare le condizioni cliniche generali (stato di vigilanza, respiro, polso/pressione arteriosa, motilità, sensibilità e termotatto delle estremità eventualmente "contenute", tono dell'umore, ecc.), eventuali bisogni espressi dal/la paziente, sintomi lamentati, eventuali danni-lesioni correlabili ai mezzi di contenzione fisica, il loro corretto posizionamento e così via; tutto ciò dovrà essere accuratamente registrato ed annotato in cartella clinica. È indicato l'utilizzo di una scheda dove registrare eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo e i conseguenti interventi adottati. (**ALLEGATO 1**)

**Durante il periodo di contenzione garantire al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.**

## CONCLUSIONE

### RIVALUTAZIONE: PROSECUZIONE O RILASCIO

A prescindere dalla tipologia di contenzione applicata, le valutazioni cliniche effettuate dal medico durante il monitoraggio hanno primariamente lo scopo di monitorare il/la paziente dal punto di vista clinico, rilevando di volta in volta il perdurare delle condizioni che hanno reso necessario il

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<b><i>Interventi alternativi alla          contenzione presso i Servizi          Psichiatrici di Diagnosi e Cura e          SPOI</i></b>	 VILLA IGEA OSPEDALE PRIVATO
Dipartimento di Salute Mentale		 villa rosa OSPEDALE PRIVATO
Pag. 10 di 10	DSM.DI.011	Rev. 1 del 23/08/2010

provvedimento e/o il manifestarsi di complicanze legate alla contenzione, al fine di decidere in merito alla prosecuzione dell'atto contenitivo ovvero alla sua rimozione. Il medico dovrà riportare in cartella clinica le motivazioni che sottendono alla decisione di proseguire o eventualmente di rimuovere la contenzione.

### ***Casi particolari: minori***

Tenuto conto del significato traumatico che può assumere l'esperienza della contenzione in età evolutiva, l'approccio dei servizi di NPIA al/la paziente agitato/a o con problemi comportamentali è orientato al "contenimento" più che alla contenzione fisica, privilegiando la pacificazione attraverso la relazione piuttosto che la controazione.

Nel caso in cui si renda assolutamente necessario un intervento di contenzione fisica la decisione clinica dovrà necessariamente coinvolgere un medico della U.O. di NPIA.

### ***Istituzione di un registro delle contenzioni***

Ogni SPDC deve dotarsi di un registro con pagine numerate e timbrate dalla Direzione Sanitaria nel quale devono essere annotati i seguenti elementi relativi ad ogni pratica di contenzione fisica messa in atto e, in particolare:

*Dati anagrafici del/la paziente*

*Motivazione della contenzione*

*Decisione clinica: evidenza della valutazione di soluzioni alternative*

*Data e Ora di inizio*

*Misure assistenziali e mediche prescritte: profilassi complicanze*

*Data e Ora di cessazione della contenzione*

## **INDICATORI**

N° delle contenzioni prolungatesi oltre le 24 ore.

N° delle contenzioni effettuate / N° ricoveri

Eventi avversi occorsi la contenzione