

Deliberazione n° 229 del 9 novembre 2017

OGGETTO: PROCEDURA SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

IL REFERENTE U.O.C. Risk Management

Premesso che

- la sicurezza del paziente all'interno delle organizzazioni sanitarie è obiettivo rilevante dei processi assistenziali in ragione del fatto che detti processi possono essere gravati da incidenti non voluti prevenibili attraverso interventi preventivi che riguardano la struttura, le procedure e la formazione degli operatori;
- il Ministero della Salute ha divulgato la Raccomandazione n° 4 del Marzo 2008 per "la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale".

Visto che

nel giugno 2011 sono state emanate le linee guida Ministeriali per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità.

Considerato che

- il suicidio del paziente in ospedale rientra tra gli eventi sentinella tracciati dal Ministero della Salute e assoggettati al Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella del luglio 2009;
- la letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio relativi al suicidio la cui conoscenza consente l'adozione di strategie efficaci per la riduzione dell'evento in ospedale.

Ritenuto che

- la messa in sicurezza di una pratica tanto determinante e delicata come quella prevenzione del suicidio del paziente in ospedale è di convenienza universale (del Paziente, dell'Azienda, del SSN e della collettività);
- è doveroso e conveniente per l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta adottare una procedura che disciplini con regole operative, comportamentali ed organizzative la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale.

Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

1. di adottare la "Procedura sulla prevenzione del suicidio del paziente in ospedale" che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere copia del presente atto a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/responsabili delle UU.OO clinico-assistenziali, all'Ufficio Affari Generali e Legali, nonché al Collegio Sindacale, ai sensi di legge;
3. di rendere la stessa immediatamente eseguibile in considerazione dell'urgenza.

IL REFERENTE U.O.C. Risk Management

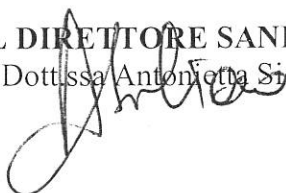
Dott. Danilo Lisi



Vista la su estesa proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole.

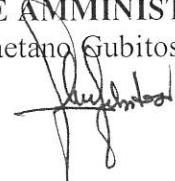
IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Antonietta Siciliano



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gaetano Gubitosa



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017

deliberazione D.G. n. 1 del 31.05.2017 – immissione in servizio

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Referente U.O.C. Risk Management;
- Visto i pareri favorevoli resi sulla stessa dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

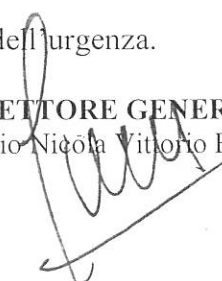
ADOTTARE la "Procedura sulla prevenzione del suicidio del paziente in ospedale" che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

TRASMETTERE copia del presente atto a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/responsabili delle UU.OO clinico-assistenziali, all'Ufficio Affari Generali e Legali, nonché al Collegio Sindacale, ai sensi di legge;

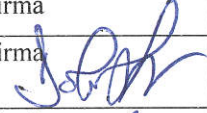
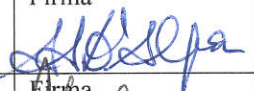
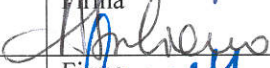
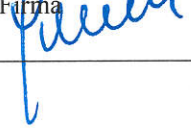
RENDERE la stessa immediatamente eseguibile in considerazione dell'urgenza.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



PROCEDURA SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

Redazione			Firma	Data
	Lisi Danilo	Dirigente Medico u.o.c. Risk Management	Firma 	Data
	Misefari Raffaele	Coll. Prof .San. - Infermiere u.o.c. Risk Management	Firma 	Data
	D'Alpa Andrea	Dirigente Psicologo	Firma 	Data
Approvazione	Dott.ssa Antonietta Siciliano Direttore Sanitario Aziendale		Firma 	Data
Adozione	Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante Direttore Generale		Firma 	Data

- 1 Premessa
- 2 Scopo
- 3 Obiettivi Specifici
- 4 Ambiti di applicazione
- 5 Definizioni
- 6 Azioni - Descrizione delle Attività
 - 6.1 Anamnesi medica e infermieristica
 - 6.2 Misure preventive e di sicurezza (organizzativo/strutturali)
 - 6.3 Percorso clinico/assistenziale
- 7 Gestione del tentato suicidio e del suicidio in ospedale
 - 7.1 Interventi specifici in caso di tentato suicidio
 - 7.2 Segnalazione e monitoraggio
 - 7.3 In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente in ospedale
8. Matrice delle responsabilità nella gestione del paziente
9. Formazione del personale
10. Parametri di controllo / indicatori
11. Bibliografia
 - Allegato 1 Guida per il colloquio con il paziente
 - Allegato 2 Guida alla valutazione dei fattori di rischio suicidario
 - Allegato 3 Pianificazione clinico-assistenziale

1. Premessa

Il suicidio in Ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una valutazione appropriata delle condizioni del paziente, l'individuazione di pazienti a rischio e la conseguente adozione di misure idonee alla prevenzione.

Gli studi epidemiologici mostrano che il suicidio è più frequente nel sesso maschile, che la sua incidenza aumenta con l'aumentare dell'età e che è più frequente in persone che presentano o hanno precedenti per depressione, alcoolismo o tossicofilia, disturbo impulsivo, disturbo narcisistico, disturbo borderline, psicosi, precedenti tentativi di suicidio, persone con malattie fisiche invalidanti croniche o ad esito infausto e persone che hanno subito recentemente esperienze di lutto o perdita dal punto di vista fisico, affettivo, sociale, economico.

Queste situazioni configurano quelli che sono definiti come fattori di rischio generali.

L'incidenza del suicidio aumenta drasticamente nella popolazione ricoverata in Ospedale e nella popolazione dimessa da un Ospedale da una a tre settimane.

Molteplici possono essere le ragioni di questo aumento:

- ✓ l'ospedalizzazione corrisponde ad uno stato di malattia e lo stato di malattia si accompagna a vissuti di perdita, lutto, confusione ed ansietà;
- ✓ l'ospedalizzazione non raramente è l'ultimo atto di un fallimento, o scacco, non solo fisico ma anche esistenziale, relazionale, assistenziale o economico;
- ✓ la condizione di ricoverato si può accompagnare a vissuti di abbandono, estraniamento, oggettualizzazione, mancanza di autonomia, controllo e privacy.

Ad un primo livello la prevenzione del suicidio si avvantaggia di tutte le iniziative che mirano ad umanizzare le strutture sanitarie rendendo l'esperienza del ricovero meno spersonalizzante, anonima, passiva e regressiva. Solo se la struttura sanitaria ed il personale focalizzano l'attenzione al paziente come "persona" malata e non come corpo malato, è possibile mantenere quella attenzione che consente di individuare i pazienti fragili rispetto alla loro malattia e all'esperienza di vita di quel particolare momento.

Sempre ad un livello generale, la prevenzione del suicidio si avvantaggia di tutte le iniziative volte ad aumentare la sicurezza ambientale nelle strutture sanitarie per tutti i degenti, quali il controllare l'accesso ai farmaci, la disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi e l'accessibilità a terrazzi piani alti che non abbiano adeguati dispositivi di protezione.

Scendendo ad un livello più specifico che riguarda i singoli pazienti, occorre prestare attenzione ai fattori di rischio generali e riconducibili al paziente, come elemento fondamentale per una anamnesi adeguata e puntuale.

La letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio relativi al suicidio e la loro conoscenza consente l'adozione di strategie efficaci per la riduzione dell'evento suicidio in ospedale agendo su:

- 1) strumenti di valutazione del paziente;
- 2) profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidiaria o tentano il suicidio che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
- 3) processi organizzativi;
- 4) formazione degli operatori;
- 5) idoneità ambientale e strutturale.

2. Scopo

Lo scopo di questa procedura è quello di consentire l'applicazione della Raccomandazione n°4 (Marzo 2008) del Ministero della Salute (Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale) adottando strategie organizzative e modalità operative atte a ridurre e/o prevenire il numero di suicidi e/o tentati suicidi nei pazienti ricoverati nella nostra struttura ospedaliera, delineando altresì le modalità di presa in carico del paziente a rischio dimesso nella fase del passaggio dall'ospedale alle strutture territoriali.

3. Obiettivi specifici

- Definire le macrocategorie dei pazienti a potenziale rischio di suicidio;
- Definire gli indicatori di potenziale rischio di suicidio;
- Individuare i comportamenti assistenziali finalizzati a rilevare precocemente i soggetti a rischio e prevenire il passaggio all' "atto";
- Stabilire i percorsi assistenziali per i tentativi suicidari mancati, finalizzati a ridurre la recidiva dei comportamenti auto lesivi;
- Descrivere la procedura di segnalazione del relativo evento sentinella (evento sentinella n°10 – suicidio o tentato suicidio del paziente in ospedale) nel rispetto dei flussi informativi ministeriali (SIMES).

4. Ambiti di applicazione

Tutti i pazienti che accedono alla nostra struttura per diagnosi e cura, quindi sia in ricovero ordinario che in day hospital o day surgery.

5. Definizioni

Suicidio: evidenze esplicite o implicite che la persona è deceduta attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce suicidio « un atto dall'esito fatale, che viene deliberatamente intrapreso e portato a termine da una persona nella piena consapevolezza delle conseguenze definitive di un simile gesto »

Tentato suicidio: evidenze esplicite o implicite che la persona si è procurata lesioni non fatali attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

6. Azioni - descrizione delle attività

Per una efficace ed appropriata presa in carico del paziente prevedere le seguenti attività:

6.1 Anamnesi medica e infermieristica

Il personale medico ed infermieristico, ciascuno secondo le proprie competenze, dovrà effettuare, in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, un'attenta e completa anamnesi, strumento essenziale per l'identificazione dei pazienti che presentano fattori di rischi da monitorare.

Inoltre, laddove esistano le risorse, deve essere integrata da anamnesi specialistica psicologica e/o psichiatrica.

Particolare attenzione va rivolta ai pazienti sottoposti a repentini cambiamenti di vita e a coloro che:

- presentano una chiara patologia psichiatrica, in specie depressiva;
- manifestano una sindrome organica confusionale;

- giungono in struttura e manifestano ideazione suicidiaria;
- hanno una reazione suicidiaria all'interno della struttura sanitaria;
- hanno subito o temono di subire una grave perdita compresa la comunicazione di una diagnosi di particolare gravità, di patologia oncologica, di passaggio da terapia curativa a palliativa, di decesso di neonato, di amputazione d'arto e di altre prognosi infauste.

L'ALLEGATO 1, tratto dalla Raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale", rappresenta una guida per il colloquio clinico-anamnestico finalizzato alla valutazione del rischio. Tale strumento costituisce solo una griglia per l'operatore affinché elabori una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente. Ricordare che il modo di porre le domande influenza la probabilità di ottenere risposte sincere: è quindi opportuno mantenere un approccio non giudicante e non condiscendente, ma realistico. Inoltre i pazienti possono non riferire spontaneamente idee suicidarie, ma spesso comunicano le loro intenzioni ad altre persone significative. E' perciò importante chiedere direttamente ai pazienti, ma anche raccogliere informazioni collaterali da familiari, amici, Medici di Medicina Generale, altri servizi che seguono il paziente, personale del Pronto Soccorso/reparto, etc.

L'ALLEGATO 2 fornisce un esempio di strumento per l'assegnazione del livello di rischio. In caso di paziente a rischio con profilo sospetto riportare nella documentazione clinica osservazioni relative allo stato psicologico/comportamentale e richiedere una valutazione psichiatrica.

La valutazione del rischio di suicidio, da effettuare durante la raccolta dei dati di anamnesi di pazienti che mostrano fattori predisponenti, dovrà prevedere :

1. L'analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente.

Vanno considerati almeno: sesso (il suicidio è attuato dai maschi in proporzione più che doppia rispetto alle femmine), età (compresa tra i 15 e i 24 anni o superiore ai 65), nazionalità (nei paesi occidentali l'incidenza di casi di suicidio è più alta).

2. La ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto): è opportuno sottolineare che circa il 30-40% dei suicidi ha già tentato il suicidio.

3. L'analisi delle caratteristiche socio-ambientali, come la perdita di un rapporto affettivo fondamentale (familiare, partner, amico, ecc.), la perdita di situazioni pregresse lavorative, economiche, di studio e condizioni di isolamento sociale.

4. Esame obiettivo

Un attento e completo esame obiettivo risulta utile per cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcol e/o sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza.

A questo scopo può essere utile l'effettuazione di esami ematochimici, eventualmente anche specifici come l'alcolemia, la ricerca di oppiacei o altre sostanze.

Durante l'esame obiettivo è possibile osservare anche i segni di eventuali comportamenti autolesivi.

5. Accertamento delle condizioni cliniche

L'accertamento delle condizioni cliniche attuali è un'attività fondamentale per la rilevazione di eventuali pazienti a rischio di suicidio; in particolare la presenza di alcune condizioni aumenta il rischio di suicidio o tentato suicidio nel paziente.

Pazienti che presentano le seguenti condizioni cliniche potrebbero essere maggiormente a rischio:

- ❖ sindromi cerebrali organiche;
- ❖ sindromi organiche confusionali;
- ❖ patologia psichiatrica (depressione, disordine bipolare schizofrenia, disturbi paranoidei ed altri disturbi psicotici, disordini di personalità narcisistico o borderline o antisociale, con comportamento impulsivo aggressivo, falsa autosufficienza, disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva), il rischio aumenta se i disturbi sono associati, ad esempio comparsa di depressione in disturbo schizofrenico con aspetti tossicofilici;
- ❖ ansia grave e attacchi di panico;
- ❖ abuso/dipendenza da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, gioco d'azzardo patologico;
- ❖ patologia terminale;
- ❖ malattie o incidenti invalidanti;
- ❖ amputazione di arto o altre gravi alterazioni dell'immagine corporea, dovute a malattie e/o incidenti.

6. Osservazione del paziente

Necessaria l'integrazione delle diverse competenze e soprattutto una comunicazione adeguata tra gli operatori al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidiario e poter mettere in atto tutte le misure di prevenzione possibili.

Fondamentale che qualsiasi dubbio sulla possibilità che un paziente possa avere l'intento di suicidarsi sia tempestivamente comunicato all'interno dell'equipe di cura, inclusa la registrazione nella documentazione clinica della positività dell'anamnesi.

Osservazione diretta del paziente: prestare particolare attenzione alla rilevazione di possibili "segni premonitori" (di seguito riportati) che un paziente potrebbe presentare e che possono essere indicativi di un alto rischio di suicidio;

- ✓ difficoltà di ragionamento;
- ✓ commenti o battute sul suicidio;
- ✓ affermazioni concernenti l'assenza di speranza e di significato;
- ✓ affermazioni che mostrano senso di inutilità e impotenza;
- ✓ comportamenti inusuali come fare, senza motivo apparente e improvvisamente, richiesta di uscire dal reparto, dono di oggetti cari, saluti particolari, ecc.;
- ✓ incapacità nella risoluzione dei problemi, anche dei più comuni e semplici da risolvere;
- ✓ atteggiamenti di disperazione, rabbia, bassa stima di sé;
- ✓ scarso interesse per la cura di sé;
- ✓ autodenigrazione;
- ✓ percezione che gli eventi siano catastrofici;
- ✓ ipergeneralizzazione;
- ✓ indifferenza;
- ✓ lettura degli eventi come fatti personali
- ✓ agitazione o rallentamento psicomotorio;

- ✓ fasi di agitazione verbale e/o psicomotoria alternate a fasi di calma apparente apatia;
- ✓ insonnia o ipersonnia;
- ✓ scarso controllo degli impulsi: aggressività, anche repressa o autodiretta;
- ✓ ridotta capacità di giudizio;
- ✓ allucinazioni, soprattutto se concernenti il suicidio;
- ✓ pensieri di rovina
- ✓ senso di colpa;
- ✓ mancanza o perdita di progetti per il futuro;
- ✓ eccessiva attenzione alla donazione degli organi;
- ✓ fantasie di morte sempre più frequenti e consolidate;
- ✓ eccessivo interesse o disinteresse per la religione o recente cambio di atteggiamento nei confronti della stessa;
- ✓ possesso "maniacale" di farmaci;
- ✓ pensiero fisso sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari.

Paradossalmente, particolare attenzione deve essere posta di fronte a pazienti i cui segni sopra elencati sembrano alleggerirsi, dopo un periodo in cui invece apparivano particolarmente evidenti.

Per quanto attiene la competenza ostetrica, nell'ambito della prevenzione rischio suicidario, si rilevano delle specificità di rilievo: sostanzialmente gli eventi "critici" possono attenersi principalmente alla depressione in puerperio o esordio acuto di psicosi puerperale o perdite improvvise, in particolare in epoca perinatale (aborti spontanei, morti endouterine fetali, morti neonatali con o senza compromissioni di tipo riproduttivo futuro per la madre).

Si tratta di eventi improvvisi, che in individui "a rischio" possono esitare in comportamenti autolesivi/suicidari.

In ambito pediatrico è necessario ricordare che la presa in carico del paziente, in quanto minore, è rivolta anche a tutto il nucleo familiare.

Nel reparto di Pediatria dove non viene ricoverato il paziente con diagnosi di tentativo anticonservativo ma con una sintomatologia diversa, dove non sempre il rischio suicidario è esplicitato è fondamentale un'attenta e accurata anamnesi in cui i professionisti possano evidenziare l'eventuale rischio e attivare prontamente la consulenza psicologica /neuropsichiatria.

Tenendo presente che nell'ambito della pediatria si prende in carico tutto il nucleo familiare, si deve tutelare l'integrità psicofisica dei genitori, specie di quelli con figli ricoverati con gravissime patologie in Rianimazione pediatrica, esplorando durante l'anamnesi eventuale familiarità per patologie psichiatriche e prestando particolare attenzione ai segnali e alle comunicazioni espressi durante il ricovero.

Anche in questo caso, laddove se ne rilevi la necessità, si attiva una presa in carico da parte del servizio di psicologia.

6.2 Misure preventive e di sicurezza (organizzativo/strutturali)

Se a seguito dell'anamnesi medico infermieristica il paziente risulta essere a rischio di suicidio o se manifesta intenzioni autolesive sarà necessario avvalersi della consulenza psichiatrica.

La richiesta non esime i curanti / personale addetto all'assistenza dal mettere in atto tutte le possibili misure di sicurezza strutturali e organizzative che possano contribuire ad evitare il verificarsi dell'evento.

Il paziente non andrebbe lasciato solo fino alla valutazione del rischio attuale.

Sarà cura del dirigente medico:

- ✓ informare tutti gli operatori sul rischio suicidario del paziente
- ✓ informare i famigliari sul rischio suicidario del loro congiunto

Sarà cura del personale di assistenza:

- ✓ prestare particolare attenzione durante i trasferimenti del paziente all'interno della struttura aziendale ed evitare lunghi tempi di attesa per l'esecuzione di prestazioni diagnostico terapeutiche;
- ✓ posizionare il paziente in una stanza in cui sia più facile il controllo da parte del personale di assistenza (es. vicino alla medicheria), a più letti, condivisa con altri degenti, escludendo i letti vicino alle finestre ed abbassando eventualmente le tapparelle;
- ✓ togliere dalla stanza e al paziente, oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltelli, oggetti in vetro....) avvalendosi anche della collaborazione dei famigliari/caregiver;
- ✓ non lasciare incustodito il carrello dei farmaci durante la somministrazione della terapia e materiale potenzialmente lesivo in medicheria/stanza di degenza (fiale, flussometri, bisturi, disinfettanti e filo del campanello);
- ✓ accertarsi che il paziente non sia in possesso di farmaci, avvalendosi anche della collaborazione dei famigliari/caregiver;
- ✓ prestare particolare attenzione nelle ore serali e notturne quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto, durante le fasi della giornata in cui il personale è impegnato in attività di routine o di emergenza che possono distrarre l'attenzione dal "soggetto a rischio".

6.3 Percorso clinico/assistenziale

Qualora dall'anamnesi emerga un sospetto da approfondire o possibili fattori di rischio, il medico dovrà registrare in cartella clinica la positività dell'anamnesi informandone tutto il personale di assistenza. (vedi ALLEGATO 3).

Il paziente a rischio richiede, oltre ad una accurata valutazione, anche una presa in carico che tenga conto delle seguenti situazioni:

- ✓ il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione;
- ✓ prestare particolare attenzione a coloro che hanno: una reazione di tipo suicidiario, a quelli a cui viene comunicata una diagnosi infausta, quando viene effettuato un passaggio della terapia curativa a quella palliativa e nelle amputazioni di arti;
- ✓ all'atto della dimissione del paziente che ha tentato il suicidio o è ritenuto a rischio suicidario, è opportuno assicurare una "dimissione protetta", che coinvolga il Medico di Medicina Generale, le persone che si occuperanno del paziente a domicilio; inoltre dovrà essere segnalato al Servizio Psichiatrico, ai servizi territoriali e socio sanitari competenti per residenza, al fine di garantire una continuità assistenziale.

7. Gestione del tentato suicidio e del suicidio in ospedale

7.1 Interventi specifici in caso di tentato suicidio

Dopo aver provveduto alle conseguenze fisiche/organiche del tentativo di suicidio, devono essere applicate tutte le misure di sicurezza ambientali ed organizzative previste per i pazienti a rischio elevato.

In particolare deve essere predisposta un'intensa e continua vigilanza, da parte di tutta l'équipe del servizio.

7.2 Segnalazione e monitoraggio

L'evento sentinella è definito come un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario".

Il Ministero della Salute ha individuato nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (14) un elenco di sedici eventi che devono essere oggetto di segnalazione: tra questi vi è l'evento "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale". Ha inoltre istituito uno specifico flusso informativo relativo agli eventi sentinella, il Sistema Nazionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).

Secondo il Protocollo del Ministero della Salute, il verificarsi di un evento sentinella deve "dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

L'obiettivo finale è quello di adottare azioni di miglioramento finalizzate al evitare il ripetersi dell'accadimento.

Inoltre è richiesta, secondo le modalità previste dalle organizzazioni sanitarie, la segnalazione alla Regione che provvederà successivamente alla trasmissione al sistema ministeriale SIMES.

7.3 In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente in ospedale:

1. L'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza) dovrà immediatamente allertare la Direzione Sanitaria e segnalare quanto accaduto all' uoc Risk Management, secondo le procedure individuate a livello aziendale.
2. Il Risk Management avvia immediatamente un'indagine interna e provvede:
 - ad acquisire la documentazione sanitaria e ogni altra documentazione utile;
 - a segnalare l'evento in Regione tramite la scheda A del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella.
3. Successivamente il referente raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di approfondire le cause dell'evento, i fattori contribuenti, i possibili rischi latenti, il piano d'azione da intraprendere per rimuovere tali rischi, mediante Root Cause Analysis (RCA, o Analisi della Causa Profonda), o Audit o altro metodo.
4. Al termine dell'analisi, ed entro 45 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, trasmette la scheda B del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella alla Regione per l'invio al Ministero.

8. Matrice delle responsabilità nella gestione del paziente

Descrizione Attività	Risk Management	Direttore uoc	Medico	Medico Specialista	Coordinatore	Infermiere Ostetrica
Valutazione del paziente			R			R
Presa in carico del paziente		I	R		I	R
Visita specialistica		I	I	R		
Misure preventive e di sicurezza		I	R		I	R
Vigilanza e gestione del paziente		I	I		R	C
Formazione del personale	R	R	C	C	C	C
Segnalazione evento sentinella	I	R	R		R	R
Gestione evento sentinella	R	C	C	C	C	C

R = Responsabile dell'azione C = Coinvolto I = Informato

9. Formazione del personale

La formazione sulla tematica dei suicidi è importante per garantire costante attenzione da parte dei professionisti al problema e per implementare strumenti e interventi mirati a migliorare le capacità di riconoscimento, registrazione e trattamento.

Gli obiettivi della formazione dovrebbero prevedere lo sviluppo delle seguenti competenze:

- ✓ identificare precocemente le situazioni a rischio;
- ✓ conoscere ed adottare le idonee misure di prevenzione, specie in caso di rischio accertato;
- ✓ realizzare un costante presidio della sicurezza ambientale.

L'organizzazione degli eventi formativi deve coinvolgere in prima istanza i responsabili e i coordinatori delle unità operative, perché questi professionisti diffondano le informazioni ricevute nel proprio contesto operativo.

Affinché la prevenzione sia sempre garantita è importante prevedere nella fase di inserimento e addestramento di nuovi operatori un richiamo alle competenze sopra esplicitate.

Vi sono dei settori più critici nei quali è opportuno ampliare il numero dei professionisti da coinvolgere nella formazione di prima istanza. In particolare SPDC, Dipartimento di Emergenza, l'Oncologia, l'Ostetricia per la fase post-parto, la Pediatria per la fascia adolescenziale.

10. Parametri di controllo / indicatori

Numero totale delle schede di valutazione dei fattori di rischio compilate / Numero totale dei pazienti a rischio.

11. Bibliografia

1. Ministero della Salute. Prevenzione del suicidio in ospedale. Raccomandazione n 4. Marzo 2008
2. Ministero della Salute. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. Terzo Rapporto(Settembre 2005 – Dicembre 2010) Luglio 2011
3. Regione Emilia-Romagna. Progetto di prevenzione del suicidio in Emilia-Romagna. Materiali per la formazione congiunta nei NCP. Linee operative del progetto di prevenzione nel territorio. Dicembre 2012
4. Ministero della Salute. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella. Luglio 2009

u.o.c. Risk Management

Allegato 1

GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

- Come si sente?
- Che progetti ha quando esce dall'ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa era successo?
- C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?
- In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita più difficile?
- Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita?
- Sente di dovere espiare qualche colpa?
- Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. E' successo anche a Lei?
- Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?
- Con che frequenza Le sovengono tali pensieri?
- Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi).
- Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente vicino?
- Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)
- Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo? (Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte)
- Ha mai pensato a come farla finita? (Chiedersi se il piano è realistico e potenzialmente letale).
- Ha progettato quando farlo?
- Ha il necessario per farlo?
- Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?
- Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?
- Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?

u.o.c. Risk Management

Allegato 2

GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO

U.O. _____

PAZIENTE _____

	Presenza di precedenti tentativi di suicidio
	Presenza di malattia psichiatrica (depressione, psicosi ...)
	Comorbilità con malattia fisica (cancro non localizzato, epilessia, disordine gastrointestinali ...)
	Comunicazione diagnosi infausta (patologia oncologica, decesso neonato, depressione post parto, amputazione arto, passaggio da terapia curativa a palliativa, altre diagnosi infauste ...)
	Confusione mentale in paziente anziano
	Abuso di alcolici e sostanze stupefacenti
	Mancanza di supporto sociale (vedovanza, separazione-fascia di età a rischio 14-25, oltre 65)

Data ____ / ____ / ____

Firma operatore _____

I fattori di rischio sopra elencati ordinati in ordine decrescente di rilevanza devono essere raccolti nel corso dell'anamnesi del paziente per l'identificazione e la stima del rischi suicidario.
In caso di profilo sospetto e/o poco rassicurante richiedere una valutazione psichiatrica.

PIANIFICAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE

In base al livello di rischio stimato considerare le seguenti misure:

Livello 2 - Rischio Lieve

1. Protrarre l'osservazione/valutazione da parte dell'équipe medico-infermieristica, in particolare tramite:
 - a) ascolto attivo o supporto con la sola presenza, assicurando un clima tranquillo e invitando a rivolgersi all'équipe se compaiono pensieri negativi o un aumento di tensione;
 - b) incoraggiamento dell'espressione dei pensieri e dei sentimenti;
 - c) informazioni e istruzioni alla persona e/o ai familiari sulla gestione dell'eventuale disturbo emotivo e sui modi alternativi di gestire i problemi;
 - d) rilevazione degli eventuali segni iniziali di aumento di ansia, agitazione e irritabilità:
es., camminare avanti e indietro, ipervigilanza o cambiamenti di umore.
2. Valutare se richiedere consulenza psichiatrica per inquadramento clinico e trattamento
3. Possibilmente assegnare alla persona una stanza con altro degente
4. Alla dimissione segnalare al Medico di Medicina Generale la valutazione di rischio suicidario lieve ed eventualmente prenotare visita al Centro di Salute Mentale / SerT

Livello 3 - Rischio Medio (sono compresi anche i punti precedenti)

1. Informare/coinvolgere i familiari
2. Predisporre una sorveglianza personalizzata, con il coinvolgimento eventuale di familiari o conoscenti del paziente opportunamente preparati e valutati
3. Verificare la sicurezza degli oggetti personali e di quelli tenuti in stanza; controllare la persona durante l'uso di oggetti potenzialmente pericolosi. Valutare in quale stanza è più opportuno collocare il paziente e la posizione del letto nella stanza
4. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, richiedere consulenza psichiatrica e valutare se trasferire in ambiente psichiatrico, considerando la situazione generale, le condizioni internistiche e possibili controindicazioni sul piano psicologico
5. Rivalutare quotidianamente in équipe medico-infermieristica il paziente
6. Informare il MMG e prendere contatto con il Centro di Salute Mentale / SerT per il Monitoraggio /trattamento post-dimissione; se possibile organizzare le prime visite durante degenza.

Livello 4 - Rischio Alto (sono compresi anche i punti precedenti)

1. Predisporre una vigilanza più intensa e accurata (ovvero: personalizzata 24 ore su 24)
2. Programmare le cure post dimissione con il paziente, i familiari/altre persone significative, il Medico di Medicina Generale e i servizi/professionisti territoriali

