

**Prevenzione del suicidio del
Paziente in Ospedale**

originale

copia controllata _____ N. _____

copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ

bozza

La presente procedura costituisce uno strumento di lavoro per tutti gli operatori sanitari che afferiscono alle strutture ospedaliere e residenziali territorialmente interessate e coinvolte dell'ASP della Provincia di Catania. Fornisce indicazioni circa le modalità da adottare, orientare alla prevenzione e/o riduzione dei suicidi e tentati suicidi dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie, in conformità con la **Raccomandazione n° 4** (marzo 2008) del Ministero della Salute – **“Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”**.

Redazione

Dott. F. Selvaggio Direttore Modulo Dipartimentale SM CT 5
Dr C.P. Giordano Responsabile U.O. Staff V.Q. DSM ASP Ct
D.ssa V. Milioni Staff Dipartimento Salute Mentale ASP Ct
Dott. S. Squillaci Staff Dipartimento Salute Mentale ASP Ct
Dott. G. Astuto Responsabile U.O. SPDC - P.O.Caltagirone
D.ssa E. Azzaro Responsabile U.O. SPDC – P.O. Paternò
D.ssa C. Saraceno Responsabile U.O. SPDC – A.O. Garibaldi
D.ssa F. Iuppa Responsabile U.O. SPDC – A. Policlinico O.V.E.
Dott. M. Nicolosi Responsabile U.O. SPDC – A.O. Cannizzaro
Dott. O. Azzarelli Responsabile U.O. SPDC – P.O. Giarre
Dott. D. Aidala Responsabile U.O. SPDC – P.O. Bronte

Verifica

Dott. Alfio Cristaudo Referente U.O. Sistema Qualità Aziendale

Approvazione

Dott. Domenico Barbagallo Direttore Sanitario

Ratifica

Dott. Gaetano Sirna Commissario Straordinario

La presente procedura è l'edizione 0 rev. 00 del 31 ottobre 2012

Sommario

	PREMESSA.....	3
1.	SCOPO	3
2	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
3	RIFERIMENTI	4
4	TERMINI, DEFINIZIONI E ACRONIMI	4
5	DIAGRAMMA DI FLUSSO	5
6	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	6
7	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	7
7.1	Presa in carico del paziente	7
7.1.1	Anamnesi	7
7.1.2	Percorso clinico assistenziale	8
7.2	Misure preventive e di sicurezza	10
7.2.1	Misure generali	10
7.2.2	Misure di sicurezza ambientale ed organizzativa	11
7.3	Segnalazione dell'evento sentinella e attivazione del protocollo di monitoraggio	12
8	INDICATORI	12
9	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ	12
10	ARCHIVIAZIONE	12
11	DOCUMENTI RICHIAMATI	12

PREMESSA

Ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio, in Italia circa 4.000. Il suicidio (o il tentato 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. L'incidenza del suicidio aumenta sensibilmente 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 consegue ad uno stato di malattia e lo stato di malattia si accompagna a vissuti di perdita, lutto, confusione ed ansietà; non di rado è l'ultimo atto di un percorso critico da un punto di vista non solo fisico ma anche esistenziale, familiare, relazionale o economico. La condizione di ricoverato si può accompagnare a vissuti di abbandono, estraniamento, oggettualizzazione, mancanza di autonomia, controllo e privacy.

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:

- a. strumenti di valutazione del paziente;
- b. profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidiaria o tentano il suicidio e che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
- c. processi organizzativi;
- d. formazione degli operatori;
- e. idoneità ambientale e strutturale.

1. SCOPO

- Ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno dell'ospedale.

La seguente procedura costituisce uno strumento di lavoro per tutti gli operatori sanitari che afferiscono alle strutture ospedaliere e residenziali territorialmente interessate e coinvolte della Provincia di Catania. Fornisce indicazioni circa le modalità da adottare, orientate alla prevenzione e/o riduzione dei suicidi e tentati suicidi dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie, in conformità con la **Raccomandazione n. 4** (Marzo 2008) del Ministero della Salute – **“Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”**.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata su **tutti i pazienti** che vengono ricoverati in ospedale, sia in **ricovero ordinario** che in **day hospital** o **day surgery**, e sugli **ospiti** delle **strutture residenziali**. Seppur il suicidio possa verificarsi in ogni degenza ospedaliera, possono essere considerate a maggior rischio: il **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**, i **Servizi di Oncologia**, le **Unità Operative di Ostetricia - Ginecologia** e il **Dipartimento di Emergenza**, nonché gli **spazi comuni** quali scale, terrazze e vani di servizio.

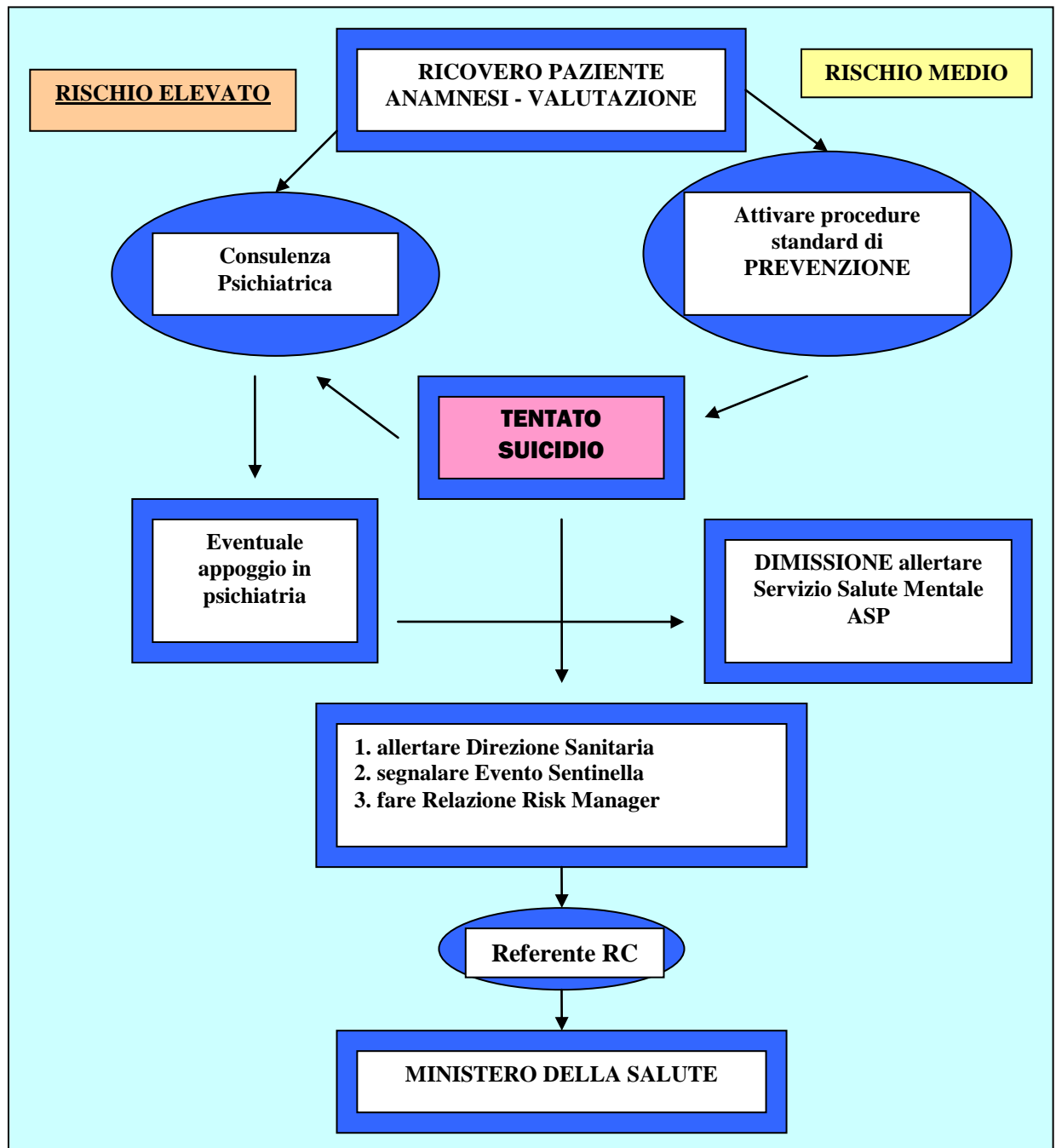
3. RIFERIMENTI

- **Raccomandazione N. 4, Marzo 2008 Del Ministero Della Salute** *“Prevenzione Del Suicidio Di Paziente In Ospedale”*
- **Protocollo Per Il Monitoraggio Degli Eventi Sentinella – Agosto 2005 Del Ministero Della Salute.**
- **Procedura Aziendale A.S.P. Catania “Root Cause Analysis” Ds.io.0001.00 /2012**
- **Norma UNI EN ISO 9000:2005** *“Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia”*
- **Norma UNI EN ISO 9001:2008** *”Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti”*.

4. TERMINI, DEFINIZIONI E ACRONIMI

DSM	Dipartimento Salute Mentale
SPDC	Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura
DEMER	Dipartimento Emergenza
PS	Pronto Soccorso
ASO / TSO	Accertamento / Trattamento sanitario obbligatorio
MMG	Medico di Medicina Generale
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata

5. DIAGRAMMA DI FLUSSO



6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Figura che svolge attività →	Reparto di ricovero			Consulenze		
	Resp.le U.O.H.	Operat. prof.le	Medico reparto	Psichi atra	Psico logo	Ass. Soc.
<u>Prima in carico del paziente</u>	®	©	®			
<u>Valutazione del rischio di suicidio</u>		©	®	©		
◆ Anamnesi medica ed infermieristica		®	®			
◆ Osservazione paziente ricoverato		®	®			
<u>Richiesta\ effettuazione consulenza</u>			®	®		
○ Ricostruzione storica della vita, pregressi atti auto-lesivi e familiarità			®	®	©	
○ Analisi delle caratteristiche socio-anagrafiche e culturali			®	®		©
○ Accertamento delle condizioni cliniche, in particolare sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica, abuso/ dipendenza, eventuale diagnosi multipla		©	®	®		
○ Esame obiettivo per cogliere i segni tipici dell'alcolismo cronico, nonché di un eventuale sintomo di astinenza		©	®	®		
<u>Misure preventive e di sicurezza</u>		®	®	©		
Percorso clinico assistenziale (secondo le specifiche competenze professionali)		®	®	®	®	®
Segnalazione dell'evento sentinella e attivazione protocollo di monitoraggio	®	©	®			

Responsabile azione ®

Collaborazione ©

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Per la prevenzione del suicidio, gli ospedali debbono considerare le azioni di seguito descritte.

7.1. Presa in carico del paziente

Il Rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione. Per un'adeguata prevenzione è pertanto necessaria un'appropriata ed efficace "*presa in carico del paziente*".

⇒ Per una efficace ed appropriata presa in carico del paziente vanno previste almeno le seguenti attività:

7.1.1. Anamnesi

ANAMNESI MEDICA E INFERMIERISTICA - (Medici – Operatori professionali)

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 rischio da monitorare.

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

- a. **presentano una chiara patologia psichiatrica, in specie depressiva;**
- b. **manifestano una sindrome organica confusionale;**
- c. **giungono in struttura e manifestano ideazione suicidiaria;**
- d. **hanno una reazione suicidiaria all'interno della struttura sanitaria;**
- e. **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.

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

1. **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;
2. **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);
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.

L'**Allegato 1** dà una possibile traccia per orientare l'operatore nella conduzione del colloquio con il paziente, dopo aver raccolto l'anamnesi, nei casi in cui sia emerso un sospetto da approfondire o possibili fattori di rischio.

7.1.2. Percorso clinico assistenziale

ESAME OBIETTIVO - (Medici)

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.

ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI CLINICHE - (Medici)

L'accertamento delle condizioni cliniche 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, disturbo di personalità narcisistico, 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.

OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE – (Equipe)

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.

L'**equipe di reparto** avrà cura di prestare particolare attenzione alla rilevazione di possibili "segni premonitori" (vedi **Allegato 2**) che un paziente potrebbe presentare e che possono essere indicativi di un alto rischio di suicidio.

Paradossalmente, particolare attenzione deve essere posta di fronte a pazienti i cui segni elencati nell'Allegato 2 sembrano alleggerirsi, dopo un periodo in cui invece apparivano particolarmente evidenti.

Il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione. La presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede:

- l'integrazione delle diverse competenze (operatori sanitari e informal caregiver) presenti nell'unità operativa, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidiario;
- **la possibilità di avvalersi di specifici test valutativi** (Hamilton Rating Scale – C.G.I. scale – Paykel I.R.L.E.) **e delle consulenze specialistiche psichiatriche e psicologiche;**
- il coinvolgimento di altri specialisti e dei medici di medicina generale (MMG), sia per completare l'anamnesi che per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione;
- il maggiore coinvolgimento possibile delle famiglie e degli amici sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio;
- il coinvolgimento, sulla base di protocolli concordati, di volontari preparati all'uopo;
- una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e i pazienti;
- la prescrizione di terapie “personalizzate” per i soggetti ritenuti a rischio suicidiario.

All'atto della dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio è opportuno assicurare:

- ⇒ la disponibilità immediata di un referente ospedaliero da contattare in caso di bisogno;
- ⇒ l'integrazione con i servizi territoriali di salute mentale e sociosanitari per fornire supporto fisico e psicologico in modo attivo e continuativo.

7.2. MISURE PREVENTIVE E DI SICUREZZA

Se l'equipe, valuta che un paziente possa essere a rischio di suicidio dovrà mettere in atto tutte le possibili misure di sicurezza strutturali, materiali, ambientali e organizzative che possano contribuire a evitare il verificarsi dell'evento.

In Allegato 3, da compilare a cura del medico e del coordinatore infermieristico, si riporta la “scheda degli interventi preventivi di sicurezza”, strumento di registrazione, che potrà contribuire a rilevare le criticità del Servizio e porre in essere le misure preventive e di sicurezza atte ad evitare il verificarsi dell'evento.

La scheda degli interventi preventivi di sicurezza, una volta attivata, dovrà avere la massima diffusione e diventa parte integrante della documentazione clinica. Di seguito vengono riportate alcune misure possibili che potranno essere messe in atto dagli operatori sanitari.

7.2.1. Misure generali - (Medici - Infermieri \ Ostetriche – Coordinatori inf.)

Per i pazienti potenzialmente a rischio si devono mettere in atto le seguenti azioni:

**Prevenzione del suicidio del
Paziente in Ospedale**

- ◆ informare tutto il personale sul rischio suicidiario; (**Medici – Coordinatori inf.**)
- ◆ porre attenzione ai trasferimenti; (**Coordinatori infermieristici**)
- ◆ dimostrarsi disponibili, calmi, tranquilli, ma nello stesso tempo mantenere un atteggiamento professionale di comprensione empatica e di fermezza, controllare reazioni di rabbia e di spinta ad allontanare il paziente. Questo rassicurerà il paziente, che identificherà negli operatori persone in grado di aiutarlo; (**Equipe**)
- ◆ se si ritiene opportuno, richiedere la consulenza di specialisti psichiatri e psicologi che eventualmente prescriveranno terapia ad hoc e/o decideranno il trasferimento presso l' S.P.D.C.; (**Medici**)
- ◆ osservare/sorvegliare accuratamente ma discretamente il comportamento del paziente a rischio in modo continuativo ed eventualmente definire modalità per la vigilanza, sulla base della gravità del rischio. (**Medici**)

Particolare attenzione deve prestarsi nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto, ma anche 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". Al fine di rendere puntualmente ed immediatamente riscontrabile da parte degli operatori che si avvicendano nel percorso di cura il **livello di rischio del paziente**, la valutazione del rischio suicidiario durante l'arco del ricovero deve essere documentata in cartella clinica attraverso l'utilizzo di una **check list** di rilevazione **compilata dall'infermiere ad ogni turno** (vedi **Allegato 4**) che sinteticamente definisce i compiti per:

- ◆ aiutare il paziente a raggiungere e mantenere il livello di autonomia nella cura adeguata di sé e del proprio aspetto; (**Equipe**)
- ◆ aiutare il paziente a raggiungere e mantenere un adeguato ritmo sonno/veglia (favorire l'attività fisica durante il giorno, evitare di far assumere al paziente caffeina/teina, limitare il riposo durante il giorno, consigliare di leggere o guardare la TV per conciliare il sonno, ecc); (**Equipe**)
- ◆ avvalersi delle diverse competenze (operatori sanitari e informal caregiver) presenti nell'unità operativa, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidiario; (**Medici**)
- ◆ coinvolgere familiari e caregivers sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio; (**Medici**)
- ◆ garantire una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e il paziente; (**Infermieri**)
- ◆ favorire l'eventuale coinvolgimento, sulla base di protocolli concordati, di volontari preparati. (**Infermieri**)

7.2.2. Misure di sicurezza ambientale e organizzativa - (Equipe)

In riferimento a queste indicazioni e nel rispetto della dignità della persona, se si valuta che un paziente sia a rischio di suicidio (vedi **Allegato 5**):

- ritirare eventuali farmaci (se si è valutata la presenza di rischio suicidiario, evitare di definire per il paziente un piano terapeutico autogestito);
- controllare gli oggetti personali, oggetti da toeletta taglienti o in vetro e oggetti potenzialmente pericolosi;
- chiedere la collaborazione dei familiari ed amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere nocivi o impropriamente utilizzati;

- adottare misure di sicurezza, dotando, ad esempio, gli ambienti potenzialmente pericolosi di dispositivi di sicurezza, come serrature (garantendone la sostituzione immediata in caso di rottura o danno).
- evitare che il paziente possa accedere a sostanze potenzialmente pericolose limitandone l'accesso (farmaci, detersivi, veleni, ecc.) e potenziando il più possibile l'osservazione da parte del personale;
- sensibilizzare gli addetti alle pulizie di reparto (ausiliari interni o operatori in convenzione), nella gestione del carrello con prodotti chimici estremamente pericolosi (candeggina, ammoniaca, acido muriatico, etc.)
- fare attenzione alla scelta della stanza di ricovero, e alla posizione del letto nella stanza affinché il paziente possa essere possibilmente video-sorvegliato, se possibile evitare il ricovero in stanze posizionate ai piani alti della struttura e i letti vicino alle finestre;
- porre in atto misure che impediscano alla persona a rischio, di accedere ad ambienti (ad es. docce) e mezzi (ad es. oggetti taglienti, cinture, corde, lenzuola, farmaci) per togliersi la vita.

All'atto della dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti a rischio suicidiario, è opportuno assicurare una "**dimissione protetta**", che coinvolga le persone e i servizi che si occuperanno del paziente a domicilio: **familiari, caregivers, associazioni di volontariato, DSM, MMG, ADI, servizi socio-sanitari territoriali**, altro ...

7.3. Segnalazione dell'evento sentinella e attivazione del protocollo di monitoraggio

L'Azienda favorisce la segnalazione degli **eventi sentinella** tramite le specifiche procedure aziendali. L'evento sentinella "**Suicidio di paziente in ospedale**" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute, come recepito nella relativa procedura aziendale "**Root cause analysis**".

8. INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Qualità Procedurale	Completezza	n° U.O. che applicano la procedura / n° U.O. totali dell'ASP di Catania	> 80 %
	Rintracciabilità	n° consulenze effettuate dal DSM / n° consulenze richieste	100%

9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Tutte le volte che la prestazione viene erogata in modo differente da quello programmato deve essere considerata non conforme e deve essere annotata la non conformità nell'apposito modulo della procedura di audit aziendale.

10. ARCHIVIAZIONE

La procedura sarà archiviata, così come previsto dal Ministero dei Beni Culturali: "Prontuario di selezione per gli archivi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere", per un periodo di 3 anni presso l'UO Sistema Qualità Aziendale e presso il Dipartimento Salute Mentale. I Responsabili dell'archiviazione sono il Referente Qualità del DSM e l'UO Sistema Qualità Aziendale.

11. DOCUMENTI RICHIAMATI

- M_PGS-DSM-7-1_all.1** "Guida per il colloquio con il paziente"
- M_PGS-DSM-7-1_all.2** "Griglia di segni premonitori nell'osservazione diretta"
- M_PGS-DSM-7-1_all.3** "Scheda interventi preventivi di sicurezza ambientale / organizzativa / strutturale per il paziente a rischio suicidiario"
- M_PGS-DSM-7-1_all.4** "Check list di rilevazione puntuale del rischio di suicidio"
- M_PGS-DSM-7-1_all.5** "Scheda informativa sugli oggetti pericolosi da affiggere"



PROCEDURA

**Prevenzione del suicidio del
Paziente in Ospedale**

PGS-DSM-7-01

**Ed. 0 Rev. 00
Data 31 ottobre 2012**

Indice di revisione

Ed.0 Rev. 00

Motivo della revisione

Emissione

Data

31 ottobre 2012

Redazione

Dott. G. Fichera

Dott. F. Selvaggio

Dott. C.P. Giordano

D.ssa V. Milioni

Dott. S. Squillaci

Dott. G. Astuto

D.ssa E. Azzaro

D.ssa C. Saraceno

D.ssa E. Iuppa

Dott. O. Azzarelli

Dott. D. Aidala

Verifica

Dott. Alfio Cristaudo

Approvazione

Dott. Domenico Barbagallo

Ratifica

Dott. Gaetano Sirna

