

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 1 di 14

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	2
2. OBIETTIVO	2
3. AMBITI DI APPLICAZIONE	2
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	2
5. RESPONSABILITÀ.....	3
5.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	3
6. MODALITÀ OPERATIVE	4
7. INDICATORI.....	13
8. REVISIONE (CADENZA).....	13
9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE.....	13
10. RIFERIMENTI	13

DATA	REVISIONE	REDATTO	VERIFICATO DIRETTORE RMQA	APPROVATO DSA
08/06/2015 (Emissione)	0	<i>Risk Manager</i>	SAPS Servizio Prevenzione e Protezione Az.le DMO Affari Generali SPDC CTR ARS	_____ DSA
22/07/2015	<i>Rev.1</i>	<i>GdL</i>	_____ <i>Dott.ssa M. Serva</i>	_____ <i>Dott.ssa M. Colombo</i>

Gruppo di Lavoro (GdL)

Coordinatore: *Dr.ssa G. Nobili*

Dr.ssa A. Morgante DMO

Dr.ssa B. Proietti AA.GG. e Legali

Ing. E. Pace SPPA

Dr.ssa A. Barsacchi SASP

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 2 di 14

1. INTRODUZIONE

Il suicidio in Ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una valutazione appropriata delle condizioni del paziente e la conseguente adozione di misure idonee alla prevenzione. 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 mantenere attenzione ai fattori di rischio generali e riconducibili al paziente, come elemento fondamentale per esempio una anamnesi adeguata e puntuale.

2. OBIETTIVO

Lo scopo di questa procedura è quello di consentire l'applicazione della Raccomandazione n°4 del Ministero della Salute (Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale) adottando strategie organizzative e modalità operative atte a ridurre e/o prevenire i suicidi e/o tentati suicidi nei pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere.

Obiettivi specifici:

1. Definire le macrocategorie dei pazienti a potenziale rischio di suicidio;
2. Definire gli indicatori di potenziale rischio di suicidio;
3. Individuare i comportamenti assistenziali finalizzati a rilevare precocemente i soggetti a rischio e prevenire il passaggio all' "atto";
4. Stabilire i percorsi assistenziali per i tentativi suicidari mancati, finalizzati a ridurre la recidiva dei comportamenti autolesivi;
5. 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).

3. AMBITI DI APPLICAZIONE

Tutti i pazienti che accedono alle strutture sanitarie di ricovero della ASL Rieti.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 3 di 14

serio malfunzionamento del sistema, può comportare la morte o grave danno al paziente e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

- **Suicidio:** evidenze esplicite o implicite che la persona è deceduta attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.
- Tentato suicidio: evidenze esplicite o implicite che la persona si è procurata lesioni non fatali attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.
- **CSM:** Centro Salute Mentale
- **SerT:** Servizio per le Tossicodipendenze
- **SPDC:** Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura
- **ASO / TSO:** Accertamento / Trattamento sanitario obbligatorio
- **MMG:** Medico di Medicina Generale
- **GIPSE:** gestione informazioni pronto soccorso emergenza
- **SIMES:** Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità

5. RESPONSABILITÀ

5.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività \ Personale	Direttore UOC	Dir. Medico	Dir. Medico Specialista	Coord. Inferm.	Inf. Prof.
Valutazione del paziente		R		C	C
Presenza in carico del paziente	I	R		R	C
Eventuale visita specialistica	I	I	R		
Sistemazione del paziente nel reparto	I	I		R	C
Modalità di vigilanza e gestione del paziente	I	I		R	C

C: Coinvolto, I: Informato, R: Responsabile

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva	 REGIONE LAZIO	
	PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 4 di 14

6. MODALITÀ OPERATIVE

6.1 Ammissione: Presa in carico e valutazione del Paziente

a. Ammissione tramite Pronto Soccorso di Paziente con diagnosi di tentato suicidio:

In tale situazione è prevista in maniera obbligatoria l'apertura di un format (Scheda Rilevazione tentativo di suicidio) da parte del Sanitario del Pronto Soccorso completata dalla consulenza psichiatrica. Tale format verrà inviato on-line all'Osservatorio Regionale e tracciato nel Sistema GIPSE.

b. Identificazione in tutte le altre Unità Operative di pazienti che presentano un elevato rischio suicidario

Al fine di identificare quei pazienti che presentano un elevato rischio suicidario, è opportuno che il personale medico e infermieristico, secondo le specifiche competenze professionali, centri l'attenzione su particolari fattori anamnestici, obiettivi e clinici. Si sottolinea che la valutazione del rischio di suicidio è un processo, non un evento: va perciò effettuata non solo all'ammissione, ma anche in frangenti clinici importanti durante il trattamento e alla dimissione.

c. Anamnesi e Valutazione Medico-Infermieristica

Raccogliere un'attenta e completa anamnesi personale e familiare del paziente. Indagare soprattutto su:

- pregressi atti auto-lesivi
- eventi avversi recenti (come lutti o malattie)
- abusi sessuali
- familiarità per suicidio
- primo accesso in assoluto di paziente anziano in ospedale.

d. Esame Obiettivo

Durante l'esame obiettivo dedicare una particolare attenzione per rilevare gli eventuali segni di recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari. E' possibile anche cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza.

e. Condizioni Cliniche

L'accertamento delle condizioni cliniche è fondamentale. In effetti, il rischio di comportamenti suicidari è più elevato in alcune condizioni cliniche:

- patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo);
- abuso/dipendenza da alcool, stupefacenti e/o psicofarmaci, gioco d'azzardo patologico;
- sindromi cerebrali organiche;

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 5 di 14

- altri possibili sintomi/disturbi comportamentali: disperazione, impulsività, esternazione di idee di suicidio, o negazione incongrua/contraddittoria, ricerca di mezzi letali, ansia, attacchi di panico, agitazione, insonnia, cambiamenti di umore, rabbia, abulia, ritiro sociale;
- diagnosi multiple;
- patologia terminale.

Deve essere rivolta una particolare attenzione a tutti i pazienti che:

- giungono in ospedale per un tentativo di suicidio o manifestano spontaneamente ideazione suicidaria durante il ricovero;
- hanno vissuto recentemente drastici cambiamenti di vita, o eventi di vita stressanti, o lutti significativi;
- presentano una sintomatologia psichiatrica, specialmente laddove sono presenti sintomi depressivi, disperazione, comportamenti impulsivi, abuso di sostanze, e tratti di personalità borderline;
- hanno subito o temono di subire una grave perdita nella propria sfera personale o nella propria autonomia (a seguito della 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);
- manifestano una sindrome organica confusionale;

La guida per il colloquio con il paziente (TABPGRMQA3/1), 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 (MMG), altri servizi che seguono il paziente, personale del Pronto Soccorso/reparto, etc.

Non esistono prove a supporto del fatto che interrogare esplicitamente una persona sull'argomento del suicidio, aumenti la probabilità di ideazione e comportamento suicidario (APA, 2003; NZGG, 2003).

Secondo l'APA 2003, "chiedere del suicidio è necessario e non porterà la persona al suicidio".

Per la valutazione del rischio, strumenti come schede e scale di valutazione sono consigliabili solo come un'integrazione al colloquio empatico tra professionista e paziente.

La guida alla valutazione dei fattori di rischio suicidario (MRPGRMQA3/1) fornisce un esempio di

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 6 di 14

strumento per l'assegnazione del livello di rischio.

Identificazione schematica del livello di rischio

	Rischio lieve	Rischio medio	Rischio alto
Ideazione	Fugaci pensieri di morte o di non voler vivere, infrequenti.	Infrequenti pensieri di morte (o di voler morire) non facili da superare.	Pensieri intensi di morte o di voler morire, dei quali sembra impossibile liberarsi
pianificazione	Nessuna pianificazione o minaccia di suicidio. Non vuole morire.	Allusioni o minacce indirette di pianificazione. Ambivalenza circa il morire.	Ha in mente una data / ora vicina. Minacce chiare. Non vuole vivere. Vuole morire.

N.B. La presenza di recenti comportamenti suicidari definisce, anche per il livello di rischio lieve e/o medio, la scelta operativa del "rischio alto"

Alcuni principi di fondo evidence Based:

- L'applicabilità dei fattori di rischio può variare in base alle caratteristiche soggettive e agli aspetti culturali di fondo
- Il numero di fattori di rischio individuati nella valutazione non necessariamente descrive il livello di esposizione al rischio
- Ad esempio, un individuo con cinque fattori non è necessariamente a più alto rischio di un individuo con due fattori di rischio. Questi fattori non sono semplicemente presenti o assenti ma sono dinamici e variabili nella gravità (APA, 2003)
- La stima del rischio e della frequenza con cui occorre rivalutare il paziente è migliore nell'approccio clinico di equipe
- Il sospetto di rischio suicidario (ideazione e/o comportamento) rende sempre necessario un approfondimento della valutazione

In caso di paziente a rischio con profilo sospetto riportare nella documentazione clinica osservazioni relative allo stato psicologico/comportamentale e richiedere una valutazione psichiatrica.

Se la valutazione di paziente a rischio viene effettuata in Pronto Soccorso o nell'ambito di Percorsi Ambulatoriali Semplici e Complessi:

- Richiedere consulenza psichiatrica per inquadramento clinico e decisioni terapeutico – assistenziali (in particolare riguardo a: ospedalizzazione, revisione/impostazione di terapia farmacologica, coinvolgimento dei familiari, del MMG e dei servizi territoriali/specialisti privati che seguono il paziente, segnalazione/invio a servizi territoriali per presa in cura), specificando e motivando per iscritto il livello di rischio attribuito.
- Nel caso non si valuti opportuno ricoverare il paziente, affidarlo a un familiare o a un'altra persona significativa, adeguatamente informata e preparata, allo scopo di assicurare un sostegno emotivo e relazionale. Contattare se possibile il MMG per concordare il tipo di

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 7 di 14

intervento più opportuno e/o inviare con indicazioni precise il paziente a un servizio (CSM, SerT) o ad altri specialisti per proseguire valutazione ed eventuali cure extraospedaliere.

- Prevedere vigilanza personalizzata per i livelli di rischio più alto.

6.2 Percorso Clinico-Assistenziale e Processi Organizzativi durante il ricovero.

Durante la degenza la valutazione diviene un processo clinico per la raccolta di informazioni e per la notifica dell'identificazione, del trattamento e della gestione dei pazienti a rischio suicidio, consentendo l'aggiornamento delle strategie di trattamento e la sicurezza dei pazienti.

I reparti devono disporre di un modello di pianificazione clinico - assistenziale basata sulla valutazione del rischio di suicidio del paziente e dei fattori protettivi.

PIANIFICAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE

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

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. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, 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 MMG la valutazione di rischio suicidario lieve ed eventualmente prenotare visita al CSM/SerT

RISCHIO MEDIO (sono compresi anche i punti precedenti)

1. Informare/coinvolgere i familiari
2. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, richiedere consulenza psichiatrica urgente: lo psichiatra, valutato il livello di rischio suicidario, si confronta con il dirigente medico di riferimento dell'unità operativa, circa lo stato delle condizioni clinico internistiche del paziente, prende atto dell'inquadramento diagnostico terapeutico assistenziale

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 8 di 14

documentato in cartella clinica, e se non presenti criticità cliniche del paziente, valuta l'opportunità di un eventuale ricovero in SPDC per l'inquadramento e il trattamento psicopatologico. Nel caso in cui sussistano condizioni patologiche organiche critiche e da monitorare, il paziente deve essere piantonato nel reparto di degenza fino a stabilizzazione delle sue condizioni. Le risorse per il piantonamento devono, su richiesta del dirigente referente dell'unità operativa, essere messe a disposizione dal Servizio Aziendale Professioni Sanitarie. In questo contesto il servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura assicurerà una valutazione quotidiana del paziente.

3. Il paziente, con condizioni cliniche stabili, che viene osservato in contesto psichiatrico per il tempo necessario ad adottare un trattamento terapeutico finalizzato alla riduzione del rischio, deve essere poi ritrasferito nell'unità di degenza di provenienza senza la richiesta di disponibilità di posto letto anche se al momento dovesse risultare in sovrannumero.
4. Verificare la sicurezza degli oggetti personali e di quelli tenuti in stanza; controllare la persona durante l'uso di oggetti potenzialmente pericolosi.
5. Valutare in quale stanza è più opportuno collocare il paziente e la posizione del letto nella stanza
6. Rivalutare quotidianamente in équipe medico-infermieristica il paziente
7. Informare il MMG e prendere contatto con il CSM/SerT per monitoraggio/trattamento post-dimissione; se possibile organizzare le prime visite durante degenza.

RISCHIO ALTO (sono compresi anche i punti precedenti)

1. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, richiedere consulenza psichiatrica urgente: lo psichiatra, valutato il livello di rischio suicidario, prende atto dell'inquadramento diagnostico terapeutico assistenziale documentato in cartella clinica, e se non presenti criticità cliniche del paziente, prescrive il ricovero in SPDC per l'inquadramento e il trattamento psicopatologico. Nel caso in cui sussistano condizioni patologiche organiche critiche e da monitorare, il paziente deve essere piantonato nel reparto di degenza fino a stabilizzazione delle sue condizioni. Le risorse per il piantonamento devono, su richiesta del dirigente referente dell'unità operativa, essere messe a disposizione dal Servizio Aziendale Professioni Sanitarie. In questo contesto il servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura assicurerà una valutazione quotidiana del paziente.
2. Il paziente, con condizioni cliniche stabili, che viene osservato in contesto psichiatrico per il tempo necessario ad adottare un trattamento terapeutico finalizzato alla riduzione del rischio, deve essere poi ritrasferito nell'unità di degenza di provenienza senza la richiesta di disponibilità di posto letto anche se al momento dovesse risultare in sovrannumero.
3. Programmare le cure post dimissione con il paziente, i familiari/altre persone significative, il MMG e i servizi/professionisti territoriali

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015 PG RMQA 3	Pag. 9 di 14

Le azioni da adottare per i pazienti a medio o ad alto rischio di suicidio, sono di seguito riportate:

a. Dopo l'ammissione:

- il medico valutatore trasmette la valutazione del livello di rischio all'equipe infermieristica. La valutazione va documentata nella cartella infermieristica oltre che in quella medica;
- si potenzia la sorveglianza facendo attenzione anche alla scelta della stanza di ricovero e alla posizione del letto nella stanza, affinché il paziente possa essere facilmente controllato. Particolare attenzione deve essere prevista nelle ore serali - notturne, anche a causa del ridotto rapporto personale/pazienti, e in caso di trasferimenti intraospedalieri del paziente per esami/accertamenti;
- si controllano gli oggetti personali, si ritirano i farmaci in possesso del paziente, gli oggetti da toeletta taglienti o in vetro e gli altri oggetti potenzialmente pericolosi.



b. Nel corso della degenza:

- l'equipe medico-infermieristica effettua la rivalutazione del paziente almeno ogni giorno. Sia nella cartella medica che in quella infermieristica devono essere riportate le osservazioni quotidiane e le eventuali rivalutazioni del rischio. E' fondamentale assicurare un'osservazione personalizzata, tramite il coinvolgimento collaborativo delle diverse figure professionali e non (operatori sanitari e caregiver) e l'integrazione delle diverse competenze, al fine di sostenere il paziente e cogliere i segni premonitori di un eventuale atto suicidario;
- si individuano le modalità più opportune di coinvolgimento dei familiari, chiedendo eventualmente la collaborazione/presenza dei familiari e degli amici del paziente, dopo avere condiviso la decisione con il paziente;
- si organizza la continuità terapeutica al momento della dimissione, coinvolgendo il MMG ed eventualmente altri specialisti/servizi;
- in base alla disponibilità e opportunità si possono coinvolgere associazioni di volontariato.

c. Alla dimissione:

E' necessario preparare la dimissione con anticipo, segnalando al MMG e ai servizi territoriali (CSM, SerT) la situazione di rischio al fine di garantire la continuità assistenziale. In particolare, è preferibile che la visita di controllo presso i servizi competenti sia programmata prima della dimissione o, se possibile/opportuno, la prima visita venga effettuata in reparto. Specifica attenzione deve essere posta a rinforzare le capacità di supporto familiare, primariamente tramite un intervento informativo, in presenza e con il consenso del paziente, riguardante le condizioni cliniche, i trattamenti in corso, i possibili segnali d'allarme, i servizi e le figure sanitarie a cui riferirsi in caso di necessità.

Tenere presente che i primi giorni dopo l'ammissione e dopo la dimissione sono i più critici. Nei primi giorni di ricovero vi possono essere solitudine, paura, esperienze

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015	Pag. 10 di 14

depersonalizzanti e vissuti di minaccia o fallimento personale in un ambiente sconosciuto o percepito come stigmatizzante, soprattutto se si è trattato di un ricovero psichiatrico e obbligatorio. Cause probabili dell'aumento di rischio dopo la dimissione includono l'incompleto miglioramento con il persistere dei problemi clinici, il mancato instaurarsi di una buona relazione con l'équipe (alleanza terapeutica), la brusca sospensione delle cure, la mancanza di un care manager o di un affidamento terapeutico extraospedaliero, lo scarso supporto familiare, la riesposizione agli stressors ambientali e il più facile accesso ai mezzi suicidari.

6.3 Caratteristiche di sicurezza ambientale e strutturale/ausili



Riguardano tutti i pazienti che accedono all'ospedale, a prescindere dal livello di rischio individuato. In particolare è necessaria una valutazione di rischio ambientale, di concerto con le strutture tecniche, finalizzata ad individuare le principali condizioni di rischio presenti nelle specifiche strutture. Si elencano di seguito alcune misure preventive di possibile adozione:

- Posate di plastica e piatti infrangibili
- Quadri ben fissati al muro, con vetri di sicurezza; specchi di sicurezza nei bagni
- Strumenti e attrezzature (stetoscopi, strumenti taglienti, farmaci) attentamente custoditi
- Sistemi antintrusione anche nei locali riservati al personale
- Vetri antisfondamento e/o ringhiere
- Maniglie delle porte con requisiti di sicurezza
- Protezione dei raccordi per ossigeno e aspirazione
- Soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisce l'appiglio
- Letti ad altezza variabile per adattarli anche ai materassi antidecubito e necessità di spondine protettive
- Campanelli di allarme non appesi a soffitto/pareti
- Pavimenti e rivestimenti parietali in linoleum per attutire gli effetti di eventuali cadute o urti in camere di degenza
- Eventuali impianti di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche.

Ogni operatore deve essere adeguatamente formato/informato riguardo le misure adottate, e deve comunicare tempestivamente al proprio responsabile eventuali disfunzioni o problemi organizzativi. Si sottolinea peraltro che in caso di ristrutturazione o di costruzione di nuovi ospedali l'adozione delle caratteristiche strutturali di sicurezza è indispensabile attraverso un doveroso raccordo fra tutte le funzioni tecniche e quelle demandate alla sicurezza.

6.4 Gestione del tentato suicidio e del suicidio in ospedale: di seguito si dettagliano i relativi campi di intervento.

a. Interventi specifici in caso di tentato suicidio

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015	Pag. 11 di 14

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.

b. Segnalazione

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

Qualora il tentato suicidio non sia avvenuto in reparto psichiatrico, il medico responsabile richiede la consulenza psichiatrica in urgenza. Il consulente psichiatra, in accordo con il medico richiedente, definisce il percorso terapeutico appropriato e valuta l'opportunità di un trasferimento in ambiente psichiatrico, qualora le condizioni cliniche ed organizzative lo consentano.

Secondo il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute, il verificarsi di un evento sentinella "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" 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.

c. In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente in ospedale:

L'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza) comunica quanto accaduto alla funzione di Risk Management, secondo le procedure individuate a livello aziendale.

Il Risk Manager avvia immediatamente un'indagine interna e provvede:

ad acquisire la documentazione sanitaria e ogni altra documentazione utile;

a segnalare l'evento sulla piattaforma regionale Rating ASL entro 5 giorni

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.

Al termine dell'analisi, ed entro 45 giorni dalla data di inserimento della segnalazione, registra sul Rating Asl l'esito dell'audit e le azioni di miglioramento



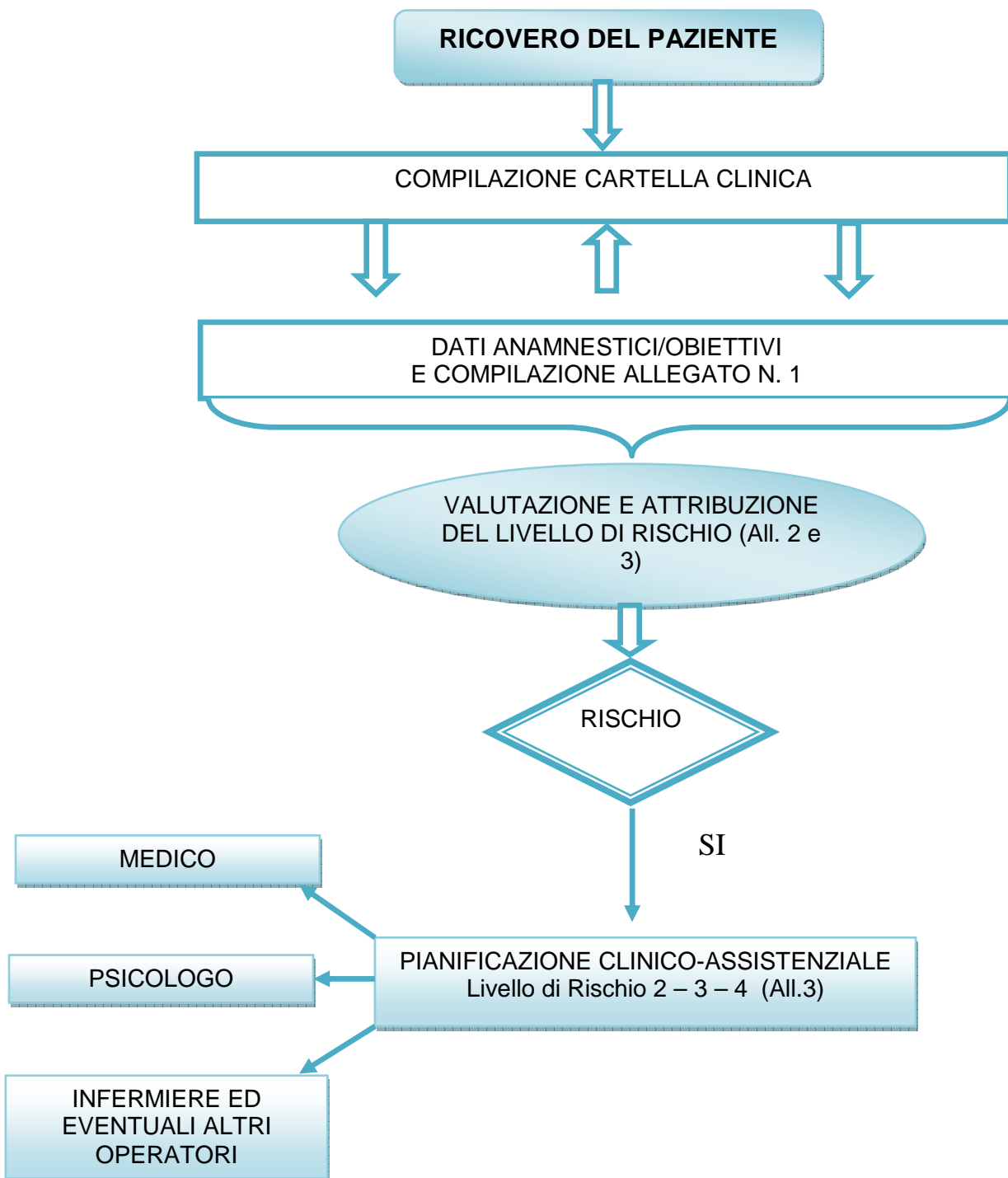


 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	<p>Rev. 1 22/07/2015</p>	<p>Pag. 12 di 14</p>

Diagramma di flusso Paziente a Rischio Suicidario



	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva</p>		
	<p style="text-align: center;">PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI</p>	Rev. 1 22/07/2015	Pag. 13 di 14
		PG RMQA 3	

7. INDICATORI

La buona applicazione della procedura sarà monitorata mediante misura dei seguenti indicatori:

- N. CONSULENZE PSICHIATRICHE / N. SCHEDE POSITIVE PER RISCHIO SUICIDARIO (ALL. 2)
VALORE ATTESO 100%
- N. EVENTI TENTATO O SUICIDIO / N. INCIDENT REPORTING SUICIDARIO VALORE ATTESO 100%

8. REVISIONE (CADENZA)

La revisione della procedura dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.

La procedura è pubblicata sull'intranet aziendale, area documentazione Risk Management.

10. RIFERIMENTI



10.1 RIFERIMENTI INTERNI

Guida per il colloquio con il paziente (TABPGRMQA3/1),

Guida alla Valutazione dei Fattori di Rischio Suicidario (TABPGRMQA3/2)

10.2 RIFERIMENTI ESTERNI

- Ministero della Salute. Prevenzione del suicidio in ospedale. Raccomandazione n 4. Marzo 2008
- Ministero della Salute. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. Terzo Rapporto (Settembre 2005 – Dicembre 2010). Luglio 2011
- 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
- Van der Feltz-Cornelis et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. A Review of Systematic Reviews. Crisis. 2011; 32:319-333
- World Health Organization. Public Health Action for the prevention of suicide. 2012
- The Joint Commission Medical Sentinel Alert. A follow-up report on preventing suicide:

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento Dr.ssa Manuela Serva		
	PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI	Rev. 1 22/07/2015	Pag. 14 di 14

Focus on medical/surgical units and the emergency department. Issue 46. 2010

- De Leo D & Svetlicic J. Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? Epidemiol Psychiatr Soc. 2010; 19:8-15
- Cassels C et al. Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature. Crisis. 2005; 26:53-63
- National Institute for Clinical Excellence. Self-harm: longer term management. NICE Clinical Guideline 133. Novembre 2011
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13619/57179/57179.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence. Quick reference guide. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 16. Luglio 2004
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10946/29422/29422.pdf>
- Qin P & Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:427-432
- Hunt IM et al. Suicide in current psychiatric in-patients: a case-control study. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide. Psychol Med. 2007; 37:831-8377.
- Burgess P et al. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. Psychiatric Serv. 2000; 51:1555-1560
- Ministero della Salute. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella. Luglio 2009