



# *Ministero della Salute*

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI  
LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III**

## **PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE**

**Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente**

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella rilevante, come dimostrato anche dai dati internazionali e, pertanto, è necessario che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione.

Nel nostro Paese alcuni ospedali hanno già intrapreso iniziative per contrastare il verificarsi di tale evento che costituiscono un utile riferimento per la presente Raccomandazione.

*Raccomandazione n. 4, Marzo 2008*

*La versione attuale del presente documento è stata condivisa dal Ministero della Salute e dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti.*

## INDICE

1. Premessa .....	3
2. Obiettivo .....	3
3. Ambiti di applicazione .....	3
4. Azioni .....	4
4.1 Presa in carico del paziente .....	4
4.1.1. Anamnesi .....	4
4.1.2. Percorso clinico assistenziale .....	6
4.2. Caratteristiche strutturali dell'ospedale e processi organizzativi .....	7
4.2.1. L'ospedale .....	7
4.2.2. I processi organizzativi .....	7
4.2.3. La Formazione .....	8
5. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale .....	8
6. Aggiornamento della Raccomandazione .....	8
7. Segnalazione dell'evento sentinella e attivazione del protocollo di monitoraggio .....	8
Riferimenti bibliografici .....	10
<i>ALLEGATO 1: Guida per il colloquio con il paziente</i> .....	11

## **1. Premessa**

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. Obiettivo**

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

## **3. Ambiti di applicazione**

L'evento suicidio va considerato un fenomeno generale e non solo ospedaliero. Tuttavia va tenuto presente che l'ospedale può essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi.

La presente Raccomandazione riguarda tutti i pazienti che si rivolgono all'ospedale per diagnosi e cura.

Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.

## 4. Azioni

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

### 4.1 Presa in carico del paziente

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

#### 4.1.1. Anamnesi

L'anamnesi completa, effettuata in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, è uno strumento essenziale per l'identificazione dei fattori di rischio da monitorare.

La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- 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;
- analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente. Vanno considerati almeno: sesso (i maschi sono più a rischio), età (compresa tra i 15 e i 24 anni o superiore ai 65), isolamento sociale;
- accertamento delle condizioni cliniche, in particolare sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini di personalità con comportamento aggressivo o narcisistico o falsa autosufficienza, personalità borderline o antisociale, disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, da gioco), eventuali diagnosi multiple, ansia, attacchi di panico, insonnia, patologia terminale;
- esame obiettivo per cogliere i segni tipici dell'alcolismo cronico nonché di un'eventuale sindrome da astinenza e l'effettuazione, tra gli esami clinici, della alcolemia;

- rilevazione di altri segni, tra cui: difficoltà di ragionamento, commenti o battute sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, ipergeneralizzazione, lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro, eccessiva attenzione alla donazione degli organi, 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.

Una migliore valutazione del rischio e la conoscenza del problema consentono di mantenere un adeguato livello di vigilanza se il paziente è turbato o, paradossalmente, se i sintomi sembrano alleggerirsi.

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

- presentano una chiara patologia psichiatrica
- manifestano una sindrome organica confusionale
- giungono in ospedale e manifestano tale ideazione
- hanno una reazione suicidiaria all'interno dell'ospedale
- hanno subito o temono di subire una grave perdita (a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, del passaggio da terapia curativa a palliativa, di decesso del neonato, di depressione post-partum, di amputazione d'arto e di altre prognosi infauste).

*Nell'Allegato 1 viene presentata 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, elaborata sulla base delle correnti linee guida psichiatriche internazionali, nonché di indicazioni nazionali.*

#### **4.1.2. Percorso clinico assistenziale**

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 delle consulenze specialistiche psicologiche e psichiatriche;
- 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 sociosanitari per fornire supporto fisico e psicologico in modo attivo e continuativo.

## **4.2. Caratteristiche strutturali dell'ospedale e processi organizzativi**

Le caratteristiche dell'ambiente e degli spazi ospedalieri ed i processi organizzativi possono contribuire ad evitare il verificarsi dell'evento.

### **4.2.1. L'ospedale**

E' opportuno che l'ospedale, nel rispetto della dignità della persona, disponga, rispettando le priorità e i limiti di spesa, di:

- dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarmi, ringhiere;
- infissi di sicurezza, ove possibile, assicurandone una manutenzione adeguata (con particolare riguardo ai punti luce/finestre dei piani alti);
- strutture ed attrezzature (ad esempio, docce e cabine docce) che non suggeriscano usi impropri;
- misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci).

A tal riguardo in alcuni paesi sono stati introdotti controlli sistematici per l'individuazione di tutti i possibili oggetti pericolosi in possesso dei pazienti (ad esempio, armi, oggetti taglienti)

I requisiti strutturali indicati sono indispensabili in caso di ristrutturazione di reparti o in caso di costruzione di nuovi ospedali.

### **4.2.2. I processi organizzativi**

E' necessario:

- informare il personale sul rischio suicidiario;
- predisporre procedure specifiche sulla base di linee guida e percorsi assistenziali;
- porre attenzione, durante i trasferimenti all'interno della struttura nosocomiale, ai pazienti che presentano un maggiore rischio di suicidio;
- evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità per la vigilanza. Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto.

Inoltre, è necessario che la struttura sanitaria disponga di una procedura per la corretta gestione dell'accaduto che preveda la comunicazione dell'evento ai familiari ed a tutte le persone coinvolte ed il necessario supporto.

### **4.2.3 La Formazione**

Per aumentare la capacità degli operatori di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio ed adottare idonee misure di prevenzione, vanno incrementate le attività di orientamento e formazione del personale rispetto a tale problematica, nonché garantiti richiami sulla comunicazione e sui rischi connessi al suicidio in tutte le attività formative.

Va previsto, inoltre, un aggiornamento specifico periodico del personale operante in unità operative considerate critiche.

## **5. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale**

Le Direzioni Generali, le Direzioni Sanitarie, la Direzione Medica di Presidio, i Direttori di Dipartimento sono responsabili della implementazione della Raccomandazione.

Le Direzioni Aziendali devono predisporre e rendere disponibile a tutti gli operatori un protocollo operativo per la prevenzione e la gestione degli atti suicidari.

## **6. Aggiornamento della Raccomandazione**

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

## **7. Segnalazione dell'evento sentinella e attivazione del protocollo di monitoraggio**

L'Azienda deve favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite 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.



Al fine di migliorare la Raccomandazione nella pratica clinica, le strutture sanitarie sono invitate a fornire suggerimenti e commenti rispondendo alle domande del questionario accluso “Insieme per migliorare la prevenzione degli eventi sentinella”.

## Riferimenti bibliografici

1. The assessment and management of people at risk suicide. New Zealand Guidelines Group, 2003.
2. Guideliness for Identification Assessment and Treatment Planning for Suicidality, Risk management Foundation Harvard Medical Institution, 1996.
3. J Bouch, JJ Marshall, Suicide risk: structured professional juddgment, Advances in Psychiatric Treatment, 2005;11:84-91.
4. O.Bennewith, D.Gunnel, T.Peters, et al., "Variations in the hospital management of self harm in adults in England: observational study.", BMJ, 2004, N°328, pagg.1108-1109.
5. Physicians and Nurses Are key in Assessing Suicide Risk. Joint Commission: The Source, Volume 2, Number 1, January 2004, pp. 5-7(3).
6. JCAHO. 1998. Sentinel Event Alert. Accessed: 03/07/03 [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org).
7. F.G.Pajonk, K.A.Gruenberg, H.Moecke, et al., "Suicides and suicide attempts in emergency medicine.", Crisis, 2002, N°23, pagg.68-73.
8. Shea S. The Practical Art of Suicide Assessment, John Wiley & Sons, 1999; Evidence-based Protocol. Elderly suicide: secondary prevention, National Guideline Clearinghouse, USA;
9. Suicide Risk Assessment and Management Protocols- General Hospital Ward, NSW Department of Health, North Sidney, Australia

## ***ALLEGATO 1: Guida per il colloquio con il paziente***

La presente guida vuole costituire una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, quindi, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa.

Essa può essere utilizzata quando vi è un sospetto da approfondire (dopo aver quindi raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi).

E' opportuno che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia; è pertanto necessario scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E' importante, inoltre, cercare di non perdere il contatto oculare con il paziente.

Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero.

Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d'animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.

- 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 ed è davvero 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?

La presente Raccomandazione è stata elaborata dall'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi- (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Rosetta Cardone, Susanna Ciampalini, Giorgio Leomporra, Giuseppe Murolo, Claudio Seraschi) della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, anche con il supporto tecnico di esperti e dei componenti del Gruppo di lavoro “Valutazione degli approcci metodologici in tema di Rischio clinico” ed in particolare di Laura Belloni, Piera Poletti e Riccardo Tartaglia.

La Raccomandazione è stata quindi sottoposta ad un processo di consultazione aperta con esperti delle seguenti Istituzioni, Società Scientifiche, Ordini e Collegi Professionali, Aziende Ospedaliere che si ringraziano per la collaborazione fornita:

- Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Federazione Nazionale Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNMOCeO)
- Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali Assistenti Sanitari e Vigilatrici di Infanzia (IPASVI)
- Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO)
- Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)
- Società Italiana di Psichiatria (SIP)
- Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQUAS)
- Società Italiana di medicina d'emergenza-urgenza (SIMEU)
- Società Italiana di Psicoterapia Funzionale (SIF)
- Joint Commission International (JCI)
- Azienda Ospedaliera di Circolo e Fondazione Macchi, Varese
- Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino

Si ringrazia per i commenti il dr. Franco Orsucci, (ASL RMB, Roma).

*La Raccomandazione è stata ulteriormente rivisitata e condivisa dall'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Rosetta Cardone, Guerino Carnevale, Susanna Ciampalini, Angela De Feo, Daniela Furlan, Giorgio Leomporra, Carmela Matera, Gaia Mirandola, Maria Concetta Patisso, Giuseppe Murolo, Claudio Seraschi) della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema e dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti.*

