

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 0957
Del 17 LUG. 2020

OGGETTO: **PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE".**

IL DIRETTORE GENERALE

vista la deliberazione n. 1492/DG del 05/09/2018, con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata, dal Direttore della UOC Rischio Clinico e Qualità Dr. Vincenzo Defilippis, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

PREMESSO CHE

- Il Ministero della Salute dal 2005 ha emanato complessive 19 Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti e la corretta gestione del rischio clinico;
- La ASL Bari ha recepito ed adottato le prime sedici Raccomandazioni Ministeriali con la Delibera n. 1906 del 3 ottobre 2014, la diciassettesima Raccomandazione Ministeriale con la Delibera n. 532 dell'11 marzo 2016, la diciottesima Raccomandazione Ministeriale con la Delibera n. 238 del 13 febbraio 2019 e la diciannovesima Raccomandazione Ministeriale con la Delibera n. 244 del 24 febbraio 2020.

CONSIDERATO CHE

- Le Raccomandazioni Ministeriali necessitano di specifiche procedure di implementazione al fine di assicurarne la corretta osservanza da parte di tutti gli operatori sanitari interessati e di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie interessate;
- La Raccomandazione Ministeriale n.4 ricorda che il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità;
- Il Gruppo di Lavoro costituito presso il Dipartimento di Salute Mentale ha elaborato una Procedura di implementazione secondo le indicazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 4 e in osservanza all'art.1 della Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 in ordine alla sicurezza delle cure;
- Lo **scopo** della detta procedura aziendale è quello di garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza delle cure attraverso l'omogeneità dei comportamenti degli specialisti e di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, in tutti i **presidi ospedalieri** e nelle **sedes distrettuali** della ASL Bari.
- Gli **obiettivi** della detta procedura aziendale sono:
 - a. Fornire agli Operatori uno strumento per individuare i pazienti a rischio di comportamenti suicidari;
 - b. Dare indicazioni agli Operatori sulle modalità di gestione dei pazienti a rischio di comportamenti suicidari;
 - c. Ridurre il rischio di comportamenti aggressivi autodiretti nei pazienti psichiatrici;
 - d. Definire il ruolo degli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale;
 - f. Definire le modalità di implementazione delle buone pratiche nella ASL BA sulla base delle indicazioni della Raccomandazione Ministeriale 4: "
 - g. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale";
 - h. Indicare le modalità di segnalazione di eventi legati alla sicurezza delle cure erogate;
 - i. Fornire le Indicazioni per l'effettuazione di AUDIT CLINICO SISTEMATICO al fine di confrontare le procedure assistenziali con standard riconosciuti per valutarne l'appropriatezza e migliorare l'assistenza;
 - l. Fornire le Indicazioni sui criteri per l'effettuazione di analisi di singoli casi clinici che preveda il confronto tra diverse figure professionali attraverso "SIGNIFICANT EVENT AUDIT" (SEA).
- La bozza di procedura aziendale di implementazione della Raccomandazione n. 4, elaborata dal Gruppo di Lavoro, è stata inviata in data 17 dicembre 2019 per eventuali integrazioni e osservazioni alle Direzioni dei Presidi ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio-Sanitari, alle Direzioni delle Professioni Sanitarie, al Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, al Dipartimento di Salute Mentale e al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche. Le osservazioni ricevute entro il termine del 31 gennaio 2020 sono state recepite e la bozza integrata della Procedura è stata ritrasmessa a tutte le suddette strutture aziendali per condivisione e validazione finale l'11 febbraio 2020, senza ricevere rilievi di sorta entro il termine fissato del 20 febbraio 2020, né successivamente.

RITENUTO

Pertanto pienamente condivisa e approvata da tutte le Strutture Aziendali interessate la Procedura d'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n.4, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

Il Responsabile del Procedimento:

Dr.ssa Crescenza Abbinante

IL Direttore Responsabile

Dr. Vincenzo Defilippis

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Assunto quanto in premessa

DELIBERA

- di recepire ed adottare la Procedura d'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
- di disporre che i Direttori e il personale sanitario delle Strutture Assistenziali della ASL Bari osservino la corretta osservanza della presente Procedura, con obbligatorie preliminari azioni informative e formative;
- di disporre che tutto il personale sanitario della ASL Bari osservi le prescrizioni della detta Procedura d'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n.4;
- di trasmettere e notificare il presente provvedimento al Collegio di Direzione, ai Direttori dei Presidi ospedalieri e ai Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti Socio-Sanitari della ASL Bari e, per loro tramite, a tutto il personale sanitario della ASL Bari.

Il Direttore della UOC Rischio Clinico e Qualità Dr. Vincenzo Defilippis, proponente, nel sottoscrivere il presente atto evidenzia che lo stesso non comporta costi aggiunti a carico della ASL Bari.

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 1 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

Redatto da	Verificato e ratificato da	Approvato da	Adottato da
Gruppo di lavoro*	U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Dott. V. Defilippis GLARP Responsabile Dott. C. Abbinante	Direttore Sanitario Aziendale Dr.ssa Silvana Fornelli	Direttore Generale Aziendale Dott. Antonio Sanguedolce

* Dott. Patrizia De Giglio SPDC Altamura (coordinatrice gruppo di lavoro)
 Dott. Luigi Bargelloni CSM Modugno
 Dott. Chiara Cicorella CSM Putignano
 Dott. Daniela De Orsi CSM Mola
 Dott. Vito Di Cagno SPDC Putignano
 Dott. Alessandra D'Ippolito CSM Casamassima
 Dott. Valeria Latorre DSM Penitenziaria
 Dott. Gaetano Nappi CSM Corato
 Dott. Rosa Taratufolo SPDC Altamura
 Dott. Giovanna Todarello CSM Toritto
 Dott. Domenico Semisa Direttore Dipartimento Salute mentale
 Dott.ssa Crescenza Abbinante UOC Rischio Clinico e Qualità – Medicina Legale
 Dott. Piero Berardi P.O. Di Venere (facilitatore)

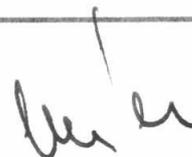
Revisioni	Data	Pagine modificate	Tipo di modifica



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 2 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

INDICE

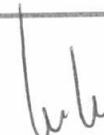
INDICE	2
1. PREMESSA	3
2. SCOPO E OBIETTIVI	6
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	6
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	7
5. TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI	8
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	9
AMMISSIONE: PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	9
VALUTAZIONE PRIMARIA	9
ANAMNESI	9
ESAME OBIETTIVO	10
VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE E OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE.....	10
La valutazione delle condizioni cliniche.....	10
L’osservazione del paziente	11
PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE.....	12
FATTORI DI RISCHIO GENERALI	12
FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE.....	13
FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI NELLA POPOLAZIONE ANZIANA.....	14
FATTORI PROTETTIVI.....	14
PREVENZIONE	14
Prevenzione primaria.....	15
Prevenzione secondaria.....	15
Prevenzione terziaria	16
ALGORITMO DECISIONALE.....	16
INTERVENTI ASSISTENZIALI IN PRESENZA DI ALTO RISCHIO SUICIDARIO ACCERTATO, VALIDI PER TUTTI I PAZIENTI AFFERENTI O DEGENTI PRESSO LE STRUTTURE OSPEDALIERE E TERRITORIALI DELLA ASL BARI (PRONTO SOCCORSI OSPEDALIERO, REPARTI DI DEGENZA, STRUTTURE TERRITORIALI)	19
ATTIVITÀ ASSISTENZIALI PREVISTE IN CASO DI RICOVERO IN SPDC	20
RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO ED ADEGUAMENTO DELLE MISURE ASSISTENZIALI IN SPDC.....	21
SEGNALAZIONE EVENTI LEGATI ALLA SICUREZZA DELLE CURE EROGATE	21
BRIEFING, AUDIT CLINICO e SEA- Significant Event Audit	22



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 2 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

INDICE

INDICE	2
1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO E OBIETTIVI	6
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	6
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	7
5. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	8
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	9
AMMISSIONE: PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	9
VALUTAZIONE PRIMARIA.....	9
ANAMNESI	9
ESAME OBIETTIVO	10
VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE E OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE.....	10
La valutazione delle condizioni cliniche.....	10
L'osservazione del paziente	11
PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE.....	12
FATTORI DI RISCHIO GENERALI	12
FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE.....	13
FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI NELLA POPOLAZIONE ANZIANA	14
FATTORI PROTETTIVI.....	14
PREVENZIONE	14
Prevenzione primaria.....	15
Prevenzione secondaria.....	15
Prevenzione terziaria	16
ALGORITMO DECISIONALE.....	16
INTERVENTI ASSISTENZIALI IN PRESENZA DI ALTO RISCHIO SUICIDARIO ACCERTATO, VALIDI PER TUTTI I PAZIENTI AFFERENTI O DEGENTI PRESSO LE STRUTTURE OSPEDALIERE E TERRITORIALI DELLA ASL BARI (PRONTO SOCCORSI OSPEDALIERO, REPARTI DI DEGENZA, STRUTTURE TERRITORIALI)	19
ATTIVITÀ ASSISTENZIALI PREVISTE IN CASO DI RICOVERO IN SPDC	20
RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO ED ADEGUAMENTO DELLE MISURE ASSISTENZIALI IN SPDC.....	21
SEGNALAZIONE EVENTI LEGATI ALLA SICUREZZA DELLE CURE EROGATE	21
BRIEFING, AUDIT CLINICO e SEA- Significant Event Audit	22



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 3 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

L'AUDIT CLINICO	23
“Significant Event Audit”(SEA)	26
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO	28
8. RIFERIMENTI	29
INDICATORI DI MONITORAGGIO	30
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	31
ALLEGATO 1	33
ALLEGATO 2	34
ALLEGATO 3	35
ALLEGATO 4	36
ALLEGATO 5	37
ALLEGATO 6	38

PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la prevenzione del suicidio una priorità di intervento per le Organizzazioni Sanitarie. La complessità delle attività di identificazione dei soggetti a rischio e prevenzione del suicidio nasce dalla consapevolezza che l'origine non è ascrivibile ad una sola causa o motivo scatenante, poiché il gesto aggressivo auto-diretto è imprevedibile e multi-determinato, derivando infatti da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Sempre l'OMS identifica il suicidio come la seconda causa di morte nell'età compresa tra i 15 e i 29 anni, e afferma che il 79% dei suicidi nel mondo avviene nei Paesi a medio e basso reddito, rappresentando un priorità di salute pubblica, prevenibile con interventi tempestivi, basati sulle evidenze scientifiche e spesso a basso costo. Costituisce infatti la causa di un milione di morti anno, e si associa a un numero stimato da 10 a 20 volte più grande di individui che hanno tentato il suicidio, generando costi stimabili in milioni di euro. Questo significa che si verifica in media una morte per suicidio ogni 40 secondi ed un tentativo di suicidio ogni 3 secondi. Secondo i dati forniti dall'OMS il suicidio rappresenta un problema di grande entità nei paesi europei. L'ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica, afferma che in Italia sono circa 4000 i suicidi ogni anno, con un tasso di mortalità per suicidio pari a 6 suicidi ogni 100 mila residenti, in diminuzione negli anni più recenti e più basso rispetto alla media europea di 11 suicidi ogni 100 mila abitanti. Tale quota aumenta con l'età, passando da 0,7 nei giovanissimi (fino a 19 anni) a 10,5 negli anziani, con valori 4 volte maggiori nei maschi rispetto alle femmine. Dal 1995 al 2017 il numero dei decessi, in tutte le fasce

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 4 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

di età si è ridotto del 14%. A fronte di questa diminuzione crescono però i casi di autolesionismo e di comportamento suicidario tra gli adolescenti.

Mentre è dimostrato il legame tra suicidio e disturbi mentali, in particolare depressione e disturbi correlati all'uso/abuso di alcol e stupefacenti, molti suicidi si verificano impulsivamente in soggetti difficilmente intercettabili, poiché apparentemente non associati a specifici fattori di rischio.

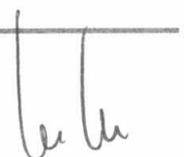
Gli sforzi per la prevenzione del suicidio richiedono pertanto il coordinamento e la collaborazione tra diversi settori della società, tra i quali il settore sanitario, l'istruzione, la politica e i media, con sforzi integrati nella gestione di un fenomeno complesso, che si genera anche in ambito ospedaliero. Bisogna infatti tenere presente che l'ospedale può essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi. 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.

La prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero non può essere scorporata e trattata separatamente rispetto alle azioni preventive riferite al fenomeno extraospedaliero, in quanto il percorso preventivo attraversa i luoghi sanitari e i contesti di vita, interessando i sistemi di cura e di comunità oltre che l'insieme delle risorse familiari e relazionali. Peraltro tutte le evidenze finora disponibili dimostrano che gli interventi di prevenzione del suicidio devono essere contemporaneamente realizzati a vari livelli: risultano strumenti efficaci di prevenzione in particolare la formazione ai medici di medicina generale per riconoscere e trattare tempestivamente la depressione, la facilitazione dell'accesso alle cure e alla continuità assistenziale per le persone ad altro rischio, la riduzione della disponibilità di mezzi letali per la popolazione.

Come sostiene l'OMS, per una prevenzione efficace sono necessarie strategie nazionali che promuovano, coordinino e sostengano adeguati programmi intersettoriali su scala regionale e locale, sviluppati su tre livelli, specificatamente indirizzati alla popolazione generale, ai sottogruppi a rischio e agli individui con rischio accertato o suicidio già tentato.

La Raccomandazione Ministeriale n.4 ricorda che il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità.

L'incidenza del suicidio (o di tentato suicidio) aumenta sensibilmente nella popolazione ricoverata in ospedale e nella popolazione dimessa da un ospedale da una a tre settimane successive. Molteplici possono essere le ragioni di questo aumento:



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 5 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

- L'ospedalizzazione consegue a uno stato di malattia, e la malattia si accompagna a vissuti di perdita, lutto, confusione e ansietà, direttamente correlati con il grado di severità della patologia riscontrata; 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.
- L'ospedale è una istituzione dove si intrecciano percorsi umani reali che hanno a che fare con gli aspetti più delicati della condizione umana, ma è anche il luogo simbolico per eccellenza della vita e della morte e quindi può rappresentare il teatro ideale per il gesto suicidario, che pur essendo un gesto individuale, privato e spesso segreto, presenta aspetti sociali e rituali misconosciuti ed incontrollabili dallo stesso suicida.

Secondo il rapporto ministeriale sul monitoraggio degli eventi sentinella nelle strutture del Sistema Sanitario Nazionale, tra il settembre 2005 e il dicembre 2010 il maggior numero di segnalazioni è dovuto al suicidio o al tentato suicidio in ospedale (166 casi su 873 eventi validati, pari al 19%). Anche in altri paesi il suicidio ospedaliero è tra gli eventi sentinella più frequenti e segnalati.

Il suicidio è un comportamento plurideterminato spesso associato ad aspetti psicopatologici che, se riconosciuti e trattati, possono determinare una significativa diminuzione del rischio.

La prevenzione del suicidio ospedaliero si avvale principalmente di tutte le iniziative che mirano a rendere più personalizzata l'esperienza del ricovero.

Se la struttura sanitaria ed il personale rivolgono attenzione al paziente come persona malata e non solo come corpo malato, si aumentano le probabilità di individuare i casi a rischio e di sviluppare quel supporto, basato sull'alleanza terapeutica, che risulta essere uno dei principali fattori protettivi.

Altrettanto necessaria a fini preventivi è l'adozione delle misure finalizzate ad aumentare la sicurezza ambientale per tutti gli utenti dell'ospedale.

La presente procedura aziendale viene elaborata in ottemperanza alla **Raccomandazione Ministeriale n.4 del marzo 2008 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale"**, nonché all'**art.1 della Legge 24/8 marzo 2017**, avente ad oggetto **la sicurezza delle cure in sanità**, con il fine di **promuovere e implementare nella ASL Bari** la realizzazione di condizioni strutturali, organizzative e comportamentali che possano prevenire e/o ridurre il rischio sanitario globale, grazie a **migliori standard assistenziali**, e **garantire i requisiti di sicurezza** stabiliti a livello centrale attraverso un'operazione di **riduzione delle criticità locali**

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 6 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

2. SCOPO E OBIETTIVI

Lo **scopo** della procedura aziendale è quello di garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza delle cure attraverso l'omogeneità dei comportamenti degli specialisti e di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, in tutti i **presidi ospedalieri** e nelle **sedi distrettuali** della ASL Bari.

Gli **obiettivi** della procedura aziendale sono:

- Fornire agli Operatori uno strumento per individuare i pazienti a rischio di comportamenti suicidari;
- Dare indicazioni agli Operatori sulle modalità di gestione dei pazienti a rischio di comportamenti suicidari;
- Ridurre il rischio di comportamenti aggressivi autodiretti nei pazienti psichiatrici;
- Definire il ruolo degli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale;
- Definire le modalità di implementazione delle buone pratiche nella ASL BA sulla base delle indicazioni della Raccomandazione Ministeriale 4: "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale";
- Indicare le modalità di segnalazione di eventi legati alla sicurezza delle cure erogate;
- Fornire le Indicazioni per l'effettuazione di AUDIT CLINICO SISTEMATICO al fine di confrontare le procedure assistenziali con standard riconosciuti per valutarne l'appropriatezza e migliorare l'assistenza;
- Fornire le Indicazioni sui criteri per l'effettuazione di analisi di singoli casi clinici che preveda il confronto tra diverse figure professionali attraverso "SIGNIFICANT EVENT AUDIT"(SEA).

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La **procedura si applica su tutto il territorio aziendale della ASL Bari**: nei UU.OO. dei Presidi Ospedalieri e nei Distretti Socio Sanitari (Poliambulatori, Consultori, Ambulatori di Riabilitazione) della ASL Bari, nelle Strutture Sociosanitarie che hanno un rapporto contrattuale con la ASL BA (Residenze Sanitarie Assistenziali – RSA, Residenze Socio-Sanitarie Assistenziali per Anziani, Residenze Socio-Sanitarie Assistenziali per diversamente abili, Centri Diurni Socio Educativi e Riabilitativi, Centri Diurni Integrati per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da Demenza, Comunità Socio Riabilitative), negli Hospice/Centri di cure palliative, nelle sedi del Dipartimento di Salute Mentale (Centri di Salute Mentale - Psicologia clinica - Neuropsichiatria infantile - SPDC - Centro Cunegonda - GIPPSI – DCA, Strutture Terapeutiche Riabilitative, Residenziali e Semiresidenziali, Accreditate ed in Regime di Accordo Contrattuale), nei giorni feriali e festivi, con copertura del servizio nelle 24 ore, senza interruzione.

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 7 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direttore Sanitario ASL Bari;
- Direttori di Dipartimenti Ospedalieri ASL Bari;
- Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) ASL Bari;
- Direttori e Dirigenti Medici Centri di Salute Mentale - Psicologia clinica - Neuropsichiatria infantile - SPDC - Centro Cunegonda - GIPPSI – DCA, Strutture Terapeutiche Riabilitative, Residenziali e Semiresidenziali, Accreditate ed in Regime di Accordo Contrattuale ASL Bari;
- Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Bari;
- Dirigenti Medici e professionisti sanitari del Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Bari;
- Direttori di Distretti Socio Sanitari della ASL Bari;
- Dirigenti Medici e professionisti sanitari di Distretti Socio Sanitari della ASL Bari;
- Direttori di Strutture Sociosanitarie che hanno un rapporto contrattuale con la ASL Bari;
- Dirigenti Medici e professionisti sanitari di Strutture Sociosanitarie che hanno un rapporto contrattuale con la ASL Bari;
- Direttori di Hospice/Centri di cure palliative ASL Bari;
- Dirigenti Medici e professionisti sanitari di Hospice/Centri di cure palliative ASL Bari;
- Direzione delle Professioni Sanitarie Ospedaliere ASL Bari;
- Direzione delle Professioni Sanitarie Territoriali ASL Bari;
- Direttori Medici di Presidio Ospedaliero ASL Bari;
- Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- Direttori e Dirigenti Medici di tutte le UU.OO. Ospedaliere;
- Coordinatori Infermieristici, Ostetrici , Tecnici della Riabilitazione psichiatrica, Terapisti della riabilitazione di tutte le UU.OO. Ospedaliere e Territoriali;
- Infermieri, Ostetrici, Tecnici della Riabilitazione psichiatrica, Terapisti della riabilitazione e OSS di tutte UU.OO. Ospedaliere e Territoriali;
- Tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale.

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 8 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

5. TERMINOLOGI A E ABBREVIAZIONI

ASO	Accertamento Sanitario Obbligatorio
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CSM	Centro di Salute Mentale
DSM	Dipartimento Salute Mentale
MMG	Medico di Medicina Generale
OSS	Operatore Socio Sanitario
P.O.	Presidio Ospedaliero
PP.OO.	Presidi Ospedalieri
PS	Pronto Soccorso
SERT	Servizio per le Tossicodipendenze
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
U.O.	Unità Operativa
UU.OO	Unità Operative

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 9 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La prevenzione del suicidio ospedaliero si avvale principalmente di tutte le iniziative che mirano a rendere più personalizzata l'esperienza del ricovero.

Se la struttura sanitaria ed il personale rivolgono attenzione al paziente come persona malata e non solo come corpo malato, si aumentano le probabilità di individuare i casi a rischio e di sviluppare quel supporto, basato sull'alleanza terapeutica, che risulta essere uno dei principali fattori protettivi. Altrettanto necessaria a fini preventivi è l'adozione delle misure finalizzate ad aumentare la sicurezza ambientale per tutti gli utenti dell'ospedale.

AMMISSIONE: PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

La prevenzione del suicidio si basa sull'individuazione precoce dei pazienti a rischio di suicidio e sull'adozione dei comportamenti adeguati a prevenire l'atto suicidario attraverso quindi le attività di:

- **valutazione primaria del rischio**, affidata a tutti gli operatori sanitari nella fase di presa in carico del paziente;
- **valutazione secondaria specialistica del rischio**, affidata al medico psichiatra a seguito di diagnosi di sospetto posta in fase di valutazione primaria;
- **gestione** del paziente a rischio di suicidio.

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, focalizzi l'attenzione su particolari fattori anamnestici, obiettivi e clinici. Si sottolinea che la **valutazione del rischio di suicidio** è un **processo continuo** che va effettuato non solo all'ammissione, ma anche durante il trattamento e alla dimissione.

VALUTAZIONE PRIMARIA

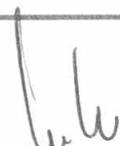
Si compone delle seguenti attività:

- Anamnesi e colloquio
- Esame obiettivo
- Valutazione delle condizioni cliniche e osservazione del paziente
- Definizione del livello di rischio suicidario
- Richiesta di valutazione secondaria, in presenza di livello di sospetto e di livello di rischio.

ANAMNESI

Costituisce il momento di conoscenza del paziente. È necessario creare un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente. Raccogliere un'attenta e completa anamnesi personale e familiare del paziente consente di fare emergere potenziali fattori di rischio suicidario indagando soprattutto: 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. La valutazione del rischio suicidario in corso di raccolta anamnestica dovrà pertanto prevedere:

- la ricostruzione storica della vita del paziente
- l'analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio culturali del paziente
- l'analisi delle caratteristiche socio-ambientali del paziente



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 10 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

NB:

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.

ESAME OBIETTIVO

Un attento e completo esame obiettivo risulta utile per cogliere 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. In caso di sospetto, può essere utile completare la fase diagnostica con dosaggio di alcolemia, ricerca di sostanze stupefacenti e d'abuso.

VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE E OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE:

È indispensabile un'integrazione delle diverse competenze professionali e, una comunicazione adeguata tra gli operatori, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidario, e poter mettere in atto tutte le misure preventive possibili dello stesso. In presenza di un sospetto di intenzione suicidaria di un paziente è fondamentale la comunicazione tempestiva all'interno dell'equipe di cura, inclusa la registrazione nella documentazione clinica della positività anamnestica.

La valutazione delle condizioni cliniche

è un momento 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;
- sindromi organiche confusionali;
- ansia grave e attacchi di panico, insonnia;
- amputazione di arto o altre gravi alterazioni dell'immagine corporea, dovute a malattie e/o incidenti.
- diagnosi multiple;
- patologia terminale.

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

- 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);



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 11 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

- manifestano una sindrome organica confusionale;
- giungono in ospedale per un tentativo di suicidio o manifestano spontaneamente ideazione suicidaria durante il ricovero;
- mettono in atto un comportamento autolesionistico all'interno della struttura sanitaria.

L'osservazione del paziente

Consente di rilevare possibili "**SEGNI PREMONITORI**", di seguito riportati, che possono essere indicativi di alto rischio di suicidio (**allegato 4**):

- difficoltà di ragionamento
- commenti o battute sul suicidio
- affermazioni concernenti l'assenza di speranza e di significato
- affermazioni che mostrano senso di inutilità e di 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 di problemi, anche tra i più comuni e semplici da risolvere
- atteggiamenti di disperazione, rabbia, bassa stima di sé
- scarso interesse per cura personale
- 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 e 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 di fare testamento o di sistemare i propri affari



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 12 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

NB:

particolare attenzione deve essere posta ai pazienti nei quali i segni sopra elencati sembrano ridursi in termini di frequenza e intensità, dopo un periodo in cui invece apparivano particolarmente evidenti.

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.

FATTORI DI RISCHIO GENERALI:

È IMPORTANTE CONSIDERARE CHE L'OSPEDALE PUÒ ESSERE IL LUOGO SCELTO DAL PAZIENTE PER SUICIDARSI, E PER QUESTE RAGIONI È IMPORTANTE CONSIDERARE TUTTI I POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO SUICIDIARIO, A PRESCINDERE DA QUELLI DIRETTAMENTE CORRELATI ALL'ESPERIENZA SPECIFICA DEL RICOVERO.

I fattori di rischio suicidiario (**allegato 3**) possono emergere durante l'anamnesi effettuata dal personale sanitario al momento del ricovero e quindi dalla compilazione della cartella clinica infermieristica, così come dall'osservazione diretta e dai colloqui con i familiari. Un ulteriore ausilio per l'approfondimento di elementi sospetti può essere rappresentato dall'**allegato 1**, elaborata dal Ministero della Salute sulla base delle raccomandazioni scientifiche che emergono dalle linee guida psichiatriche, nonché di indicazioni nazionali, la cui compilazione fornisce un quadro di insieme che può contribuire a orientare il personale della struttura verso modalità di controllo e vigilanza appropriate e mirate.

- **Disturbi psichici:**

È il primo e più importante elemento da considerare: in una elevata percentuale dei casi di suicidio è diagnosticabile un disturbo psichico, principalmente un disturbo depressivo. In termini strategici è utile focalizzare l'attenzione sui pazienti in fase depressiva o con evidenti oscillazioni dell'umore o



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 13 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

comportamenti impulsivi. Molta attenzione deve essere posta ai pazienti nel periodo di tempo immediatamente successivo a un ricovero psichiatrico.

- **Uso/abuso di sostanze:**
Da solo, oppure associato a disturbo psichico, è un fattore rilevante di rischio.
- **Traumi/eventi recenti/situazioni con “perdita di speranza”**
Possono determinare sindromi reattive abnormi (reazioni emotive inadeguate, stati depressivi, perdita della capacità di “infiuturarsi” ecc) con possibile ideazione suicidaria. L’evento (normalmente una perdita) va messo in relazione con la personalità del paziente. Valutare anche pazienti che si presentano riportando contesti di sopravvenuta difficoltà economica o di perdita di “status” sociale.
- **Lutto recente per un parente morto suicida**
E’ una condizione nella quale il rischio aumenta in modo importante. È importante monitorare questi pazienti, specialmente se la reazione alla perdita è stata in qualche modo anomala.
- **Gravi malattie fisiche e sindromi dolorose**
Anche in questo caso si osserva il fenomeno della “perdita della speranza”; il dolore cronico, se presente, è sempre contestuale a modificazioni dell’umore e ugualmente non consente “vie di fuga”. Una particolare attenzione deve essere rivolta agli anziani con dolore cronico.
- **Episodi di autolesionismo/precedenti tentativi di suicidio**
In queste persone il rischio è molto più alto rispetto alla popolazione generale. Il rischio aumenta maggiormente nei casi i cui l’episodio di autolesionismo/precedente tentativo di suicidio aveva consapevoli intenzionalità suicidarie.
- **Condizione di isolamento sociale**
Aumenta il rischio, specialmente se c’è facilità di accesso a mezzi idonei e problemi socioeconomici. Sono maggiormente esposte a questa tipologia di rischio gli anziani, ma anche i giovani maschi.
- **Fattori famigliari**
Storia familiare con suicidi, elevata conflittualità, disturbi psichici, ponendo attenzione alla compresenza di una delle altre condizioni elencate.
- **Post partum**
Periodo con alterazioni dell’umore su base organica e psichica. È importante porre particolare attenzione alle pazienti con storia di disturbi psichici o uso di sostanze.

FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE:

- **Abuso fisico o sessuale**
Sia in corso, sia relativo all’età infantile. Attenzione al coinvolgimento in dinamiche tipo “bullismo”
- **Deficit di competenze sociali, sensazione di isolamento**
Particolare attenzione deve essere rivolta ai ragazzi che si isolano, che perdono competenze sociali (possibile esordio psicotico anche con rischi suicidari), l’uscita dal gruppo dei pari (cambio di città della famiglia, ostracismo, cambio di scuola, bullismo ecc.)
- **Aggressività, impulsività**
- **Conflitti genitoriali**
- **Conflitti interpersonali**



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 14 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

- Accesso ad armi o altri metodi letali
- Sesso maschile, bisessualità, omosessualità
- Amici morti per suicidio
- Inizio recente di terapia antidepressiva con particolare attenzione al periodo iniziale di terapia

FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

- **Problemi relazionali cronici**
Il paziente si sente prigioniero nella relazione, non vede strategie per uscirne
- **Preoccupazione di essere un peso per gli altri**
Personalità con alto senso dell'onore e del dovere; presenza di problemi economici
- **Tensioni con i caregivers**
- **Recente cambio di alloggio**
- **Solitudine eventualmente aggravata da problemi economici**

FATTORI PROTETTIVI

- **Supporti sociali intatti**
- **Appartenenza religiosa attiva o fede religiosa** Può anche essere un fattore di rischio se implica vergogna/senso di colpa per i comportamenti
- **Matrimonio e presenza di figli a carico**
- **Rapporto continuativo di supporto con un caregiver**
- **Relazione terapeutica positiva (APA, 2003)**
- **Assenza di depressione o abuso di sostanze**
- **Accesso a risorse sanitarie mediche e di salute mentale**
- **Controllo degli impulsi**
- **Comprovate capacità di problem-solving e di coping:** Porre attenzione a variazioni repentine della capacità del paziente di far fronte ai problemi
- **Gravidanza (APA, 2003)**
- **Life satisfaction (APA, 2003)**
- **Sollievo per non aver completato il suicidio (NZGG, 2003)**
- **Sensazione di avere progetti/compiti ancora da completare (NZGG, 2003)**
- **Buona autostima, fiducia in se stessi (NZGG, 2003)**
- **Il paziente è consapevole che le figure significative di riferimento fanno dei pensieri suicidari (NZGG, 2003)**
- **Senso di appartenenza (Sargent, Williams, Hagerty, Lynch-Sauer & Hoyle., 2002)** A un gruppo, ad una associazione, ad un partito politico o religione

PREVENZIONE:

L'inquadramento del fenomeno e le risposte preventive, terapeutiche ed assistenziali identificano interventi su diversi livelli, distinti in:

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 15 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

Prevenzione primaria:

Comprende le azioni rivolte al contesto, intervenendo sui fattori ambientali e di comunicazione tra gli operatori, con il fine di sottrarre opportunità immediate ai pazienti con ideazione suicidaria, ovvero:

- Struttura fisica e architettonica degli ambienti,
- Comunicazione tra operatori e pazienti / familiari,
- Promozione della qualità percepita nell'interazione clinico assistenziale con il paziente (relazione di aiuto)

La relazione d'aiuto è quella relazione interumana in cui un soggetto promuove la crescita dell'altro, dunque può essere interpretata come la relazione che si stabilisce tra operatore e paziente. La parola "aiuto" inclusa nell'espressione "relazione d'aiuto" deve essere intesa nel senso pedagogico più ampio del termine. Non si tratta tanto di capire razionalmente, quanto di sentire le istanze espresse dal paziente che, per le condizioni momentanee vissute, non è in grado di affrontare autonomamente ma a cui è necessario offrire un ausilio mediato professionalmente sotto il profilo assistenziale.

Prevenzione secondaria:

Comprende l'adozione di strumenti e modalità di screening dei soggetti potenzialmente a rischio di suicidio e l'applicazione di interventi assistenziali con finalità protettive nei confronti dell'azione autolesiva, ovvero:

- Individuazione, per classi generiche e/o profilo individuale, delle categorie di pazienti a maggior rischio,
- Presa in carico del paziente orientata alla gestione del rischio suicidario,
- Monitoraggio degli indicatori comportamentali prodromici di un passaggio all'atto,
- Adozione di un Piano Assistenziale specifico per la gestione del paziente a rischio suicidario

L'evento suicidario, a dispetto di ogni sforzo di predizione, costituisce sempre un evento inatteso per cui è indispensabile fornire preventivamente il supporto assistenziale ai pazienti che manifestano diverse forme di comportamento, sia nella fase acuta della manifestazione, sia a lungo termine. Al fine di giungere ad una ragionevole predizione del rischio di suicidio, e mettere in atto i possibili interventi preventivi, è necessario individuare le categorie di pazienti che statisticamente rientrano in misura più significativa nella potenzialità di agire un atto autolesivo o che intendano attuare consapevolmente una condizione di negativismo e/o rifiuto pregiudizievole per la vita.

La Raccomandazione ministeriale n. 4, Marzo 2008 - PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE — afferma, in merito alle classi di pazienti maggiormente a rischio suicidario, che 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. Tuttavia, al fine di individuare precocemente le categorie di pazienti che, per profilo individuale, e quindi condizioni generali e/o specifiche, sono da considerarsi a rischio di avviare (o riproporre) un percorso dall'esito autodistruttivo sono di seguito elencati i fattori di rischio generali riportati in letteratura e comuni a tutti gli individui:

- il sesso: essere maschi piuttosto che femmine;
- l'età: essere tra i 20 ed i 30 anni o sopra i 60 se si è uomini, avere meno di 25 anni o intorno ai 45 se si è donne;
- la situazione coniugale: l'essere uomini separati o divorziati (a qualsiasi età) o avere più di sessant'anni e vivere da soli;

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 16 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

- le perdite precoci: aver avuto nell'infanzia un lutto, quale la perdita di uno o di entrambi i genitori;
- le patologie somatiche e le nuove perdite: andare incontro a patologie somatiche gravi, che minacciano seriamente la vita o l'integrità del soggetto;
- le relazioni con le persone significative: le modalità di rapporto e soprattutto i loro cambiamenti e/o la percezione (reale o simbolica) della perdita degli altri;
- i precedenti tentativi di suicidio;
- altri fattori, quali la mobilità sociale, la perdita del lavoro o del ruolo sociale, l'emigrazione ed altro ancora.

Prevenzione terziaria:

Comprende il percorso di cura per la prevenzione delle recidive di tentativi di suicidio precedentemente falliti, agendo sull'incidenza dei tentativi di suicidio nel periodo successivo alla dimissione attraverso:

- Applicazione di strumenti di risk assessment di potenziale recidiva suicidaria,
- Implementazione del percorso di continuità clinico assistenziale ospedale-territorio per i pazienti ad elevato rischio e/o con pregresso tentativo suicidario.

Il periodo immediatamente successivo alle dimissioni è quello in cui si verifica il maggior numero di suicidi. La letteratura scientifica evidenzia che su un significativo campione di pazienti con un episodio di ricovero correlato a tentativo suicidario, il 16% e il 23% rispettivamente si sono suicidati: i primi nell'ambito del ricovero, i secondi nel corso dei 3 mesi successivi alle dimissioni. Il dato sembra dimostrare che nelle settimane successive alle dimissioni i pazienti mettono in atto i loro intenti suicidari ponendo l'accento sul ruolo del ricovero come fattore precipitante dell'evento stesso.

ALGORITMO DECISIONALE

Lo scopo della procedura è quello di implementare un modello proattivo al potenziale evento suicidario dei pazienti ricoverati, è pertanto necessario stabilire un algoritmo decisionale per porre in atto alcuni piani di comportamento assistenziale in grado di rilevare precocemente manifestazioni significative da parte del paziente e attivare risposte coerenti con la significatività stessa della manifestazione.

Come premesso, le aree cliniche nelle quali vi è maggior rischio suicidario sono: il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, pertanto, in tali aree operative la soglia di attivazione di comportamenti proattivi alla prevenzione dell'evento suicidario deve essere più bassa rispetto ad altri ambiti clinici.

Nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) la peculiarità organizzativa, strutturale, clinica dei casi trattati, e l'osservazione psicologica continua ed intensiva dei pazienti ricoverati, offre la possibilità di garantire elevati standard di sicurezza preventiva anche per pazienti ad elevatissimo rischio suicidario.

In altre UU.00. la problematica prevalente è correlata con la possibile ridotta rilevanza dei segni prodromici di un comportamento potenzialmente autodistruttivo, segni che devono essere raccolti dal personale sanitario medico, nel corso dei colloqui per la raccolta anamnestica con pazienti e parenti, è dal personale infermieristico che garantisce l'assistenza nell'arco delle 24 ore, e che, nell'ambito dei processi assistenziali può individuare le condizioni per formulare specifiche diagnosi utili a delineare un profilo di rischio potenziale per i singoli pazienti. I domini ed i modelli della salute individuati dai paradigmi infermieristici definiscono aree e ambiti assistenziali

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 17 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

nella visione sistemica della persona all'interno dei quali la formulazione delle specifiche diagnosi rappresentate nel quadro tassonomico di seguito riportato in allegato costituisce un alert di rischio suicidario che si colloca lungo un continuum variabile che si estende da bassissimo ad elevatissimo rischio.

È opportuno precisare con chiarezza che la possibilità da parte dell'operatore sanitario di formulare, anche con notevole precisione, le singole diagnosi riportate in allegato non corrisponde alla reale predittibilità, altrettanto precisa, del rischio suicidario, è possibile tuttavia definire valori soglia con i quali stratificare le dimensioni comportamentali dei processi assistenziali in tre livelli. Tale valutazione viene effettuata dal medico di reparto o territoriale, e confermata dallo specialista psichiatra che ne valuta l'effettivo livello di rischio (con scala BPRS, item 4) e assegna l'intensità di assistenza.

Livello ordinario:

il rischio suicidario non è evidenziabile in quanto assente o assolutamente insospettabile in relazione alla raccolta dati effettuata sia in contesti a maggior rischio (vedi aree cliniche sopra elencate) sia in altri ambiti operativi;

Livello di sospetto:

il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile sebbene, in seguito ai colloqui con i medici di reparto, alla formulazione di diagnosi infermieristiche e alla persistenza dei comportamenti/atteggiamenti definiti dalle stesse, sia ipotizzabile un indebolimento non transitorio della progettualità autoconservativa da parte del paziente;

Livello di rischio:

il rischio suicidario è percettibile ed evidenziabile per dichiarazione di intenzioni autolesive, tentativi falliti e/o dimostrativi o per numerosità ed intensità espressiva nel tempo delle diagnosi (in allegato) per cui è richiesta consulenza specialistica urgente al fine di acquisire le indicazioni terapeutiche ed assistenziali coerenti con le condizioni del paziente. Il trattamento e la gestione del paziente di livello 3 dovranno essere garantiti nella Unità Operativa di degenza del paziente ad eccezione dei casi in cui lo specialista ravvisi un quadro clinico complessivo di pertinenza e competenza prioritariamente psichiatrica.

Da tale stratificazione sono articolati i seguenti orientamenti comportamentali:

Livello ordinario:

Si raccomanda l'adozione di comportamenti assistenziali non specificatamente orientati alla prevenzione di azioni autodistruttive ma routinariamente caratterizzati da un atteggiamento professionale di comprensione empatica del paziente e delle sue manifestazioni;

Livello di sospetto:

Richiede la **VALUTAZIONE SECONDARIA** del paziente da parte dello specialista psichiatra. Si raccomanda di mettere in atto cautelativamente e con discrezione le misure di sicurezza ambientale e organizzativa al fine di ridurre la disponibilità dei mezzi suicidari comunemente più utilizzati, in attesa di **valutazione specialistica psichiatrica PROGRAMMATA**, ovvero:



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 18 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

- l'impiccagione,
- la precipitazione,
- l'utilizzo di oggetti taglienti
- nelle forme più subdolamente premeditate, l'accumulo e l'autoavvelenamento con farmaci (al fine di ridurre questa evenienza, prescrivere possibilmente terapie per via parenterale piuttosto che per via orale al fine di ridurre la possibilità di accumulo illecito di compresse)
- evitare che il paziente possa accedere a sostanze potenzialmente pericolose (detersivi, veleni, ecc.) tenendo tali prodotti in ambienti chiusi a chiave (il cui accesso è consentito solo al personale di reparto);

È inoltre necessario, in attesa di una valutazione specialistica di conferma (valutazione secondaria) del caso:

- Informare tutto il personale sul sospetto di potenziale rischio suicidario e garantire una osservazione accurata ma discreta sul comportamento del paziente in modo continuativo. Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti potrebbe essere ridotto; fare attenzione alla scelta della stanza di ricovero, e alla posizione del letto nella stanza affinché il paziente possa essere facilmente sorvegliato;
- Limitare le situazioni in cui il paziente rimanga solo (ad es. stanza di degenza a più letti)
- Relazionare con particolare attenzione in merito alla eventualità di nutrizione alterata (superiore/inferiore al bisogno), alla capacità psicologica e motivazionale da parte del paziente a raggiungere e mantenere un sufficiente livello di autonomia nella cura di sé e del proprio aspetto e a mantenere un adeguato ritmo sonno/veglia;
- porre in atto misure che impediscano alla persona a rischio di accedere ad ambienti, strutture ed attrezzature che non suggeriscano usi impropri (ad es. docce e cabine docce) e mezzi (ad es. oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci, specchi, caricatori di cellulare) per togliersi la vita.
- mettere in sicurezza gli impianti di riscaldamento/raffreddamento e dei dispositivi anti-incendio del reparto;
- Qualora le condizioni di sospetto si protraessero nel tempo e/o aumentassero la loro intensità espressiva richiedere la consulenza di specialisti psichiatri che, a loro giudizio, indicheranno orientamenti operativi assistenziali e/o prescriveranno terapia farmacologica ad hoc;

Livello di rischio:

Impone la **VALUTAZIONE SECONDARIA specialistica psichiatrica** del paziente **IN URGENZA**, accompagnata dalle seguenti condotte:

- controllare gli oggetti personali,
- ritirare i farmaci in possesso del paziente,
- comunicare e chiedere la collaborazione dei familiari e degli amici del paziente, per evitare che possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, che potrebbero essere nocivi se impropriamente utilizzati.
- Individuare una stanza di ricovero affinché il paziente possa essere facilmente sorvegliato e mantenere un livello di sorveglianza elevato fino alla dimissione.

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 19 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

- porre adeguato collocamento in reparto dei mezzi televisivi in dotazione, in modo da evitarne l'accessibilità diretta al paziente, per scoraggiare tentativi di impiccagione e folgorazione.

INTERVENTI ASSISTENZIALI IN PRESENZA DI ALTO RISCHIO SUICIDARIO ACCERTATO, VALIDI PER TUTTI I PAZIENTI AFFERENTI O DEGENTI PRESSO LE STRUTTURE OSPEDALIERE E TERRITORIALI DELLA ASL BARI (PRONTO SOCCORSI OSPEDALIERO, REPARTI DI DEGENZA, STRUTTURE TERRITORIALI)

Sulla base del sospetto posto dal clinico richiedente, la valutazione definitiva e l'assegnazione del livello di rischio autolesivo è affidata allo specialista psichiatra che esegue la consulenza, e si basa sull'applicazione della SCALA BPRS in dotazione a tutti i servizi del DSM (allegati 5-6). Lo specialista sottoporrà il paziente ad un processo di rivalutazione continua del rischio suicidario per l'intera durata del periodo di assistenza, fino alla dimissione, e assegnerà il livello di intensità di assistenza.

In caso di soggetti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti a elevatissimo rischio suicidario, è opportuno preparare la dimissione con necessario anticipo, segnalando il caso ai servizi territoriali competenti (MMG, CSM, SERT, Servizio di Assistenza Domiciliare), al fine di garantire la continuità assistenziale e programmare per il paziente e i caregivers un appuntamento presso il CSM competente per la pianificazione del progetto di cura integrato.

La conferma del rischio suicidario da parte del consulente psichiatra impone il trasferimento in ambiente specialistico per le terapie e la sorveglianza del caso, secondo le seguenti modalità:

➤ **RICOVERO PRESSO SPDC:**

Considerando che il rischio suicidario può manifestarsi in pazienti degenti presso il PS o i reparti ospedalieri, ovvero seguiti a livello territoriale, per patologie diverse da quelle di specifica natura psichiatrica, la presa in carico da parte del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura avverrà solo in presenza di un contesto organizzativo tale da consentire una gestione sicura della patologia di ingresso presso la struttura ospedaliera (PS, reparto di degenza) ovvero territoriale e delle condizioni cliniche associate alla stessa, (condizioni organiche stabilizzate, Delib. Reg. 12 luglio 2011, n. 1620)

➤ **ASO E TSO:**

Qualora il paziente rifiuti il ricovero volontario consigliato dallo specialista psichiatra, mostrandosi non collaborativo, e, ove esistessero i requisiti specifici, si procederà con l'attivazione delle seguenti procedure:
 Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)
 Trattamento Sanitario Obbligatorio extra ospedaliero ed ospedaliero (TSO)

➤ **FOLLOW-UP IN CASO DI MANCATO RICOVERO PRESSO SPDC:**

In caso di rifiuto al ricovero e qualora non sussistano i requisiti per l'accertamento e il trattamento sanitario obbligatorio, il ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non potrà essere effettuato, e il paziente verrà avviato ai controlli di follow-up, se:

- l'ideazione suicidaria è una reazione ad eventi scatenanti (es., fallimento di un esame, difficoltà relazionali), se il punto di vista del paziente sulla situazione è cambiato, in presenza di evidenza emersa dal colloquio di un recupero di una valida critica rispetto al gesto agito
- se il paziente ha agito atti di autolesionismo non suicidari



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 20 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

- il piano /metodi e di intenti hanno bassa letalità
- il paziente ha condizioni di vita affettivamente stabili e supportanti
- il paziente è in grado di cooperare con le raccomandazioni per il follow-up, ha una buona aderenza alle cure, può essere facilmente contattabile e monitorato periodicamente a domicilio.

ATTIVITA' ASSISTENZIALI PREVISTE IN CASO DI RICOVERO IN SPDC

All'ingresso in SPDC il paziente verrà accolto dal personale infermieristico, coordinato dal coordinatore infermieristico, e supervisionato dal medico.

L'accoglienza nel reparto di degenza del paziente a rischio suicidario impone l'adozione di misure di condotta, misure di sorveglianza e terapeutiche omogenee che coinvolgono tutto il personale dell'unità operativa (medici, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, OSS, personale ausiliario, ecc.):

- compilazione della documentazione clinica e modalità di passaggio delle consegne: il piano di trattamento e sorveglianza del paziente ad alto rischio suicidario deve essere registrato sulla cartella infermieristica e sulla cartella clinica, e documentato nel registro di consegne infermieristico.
- L'equipe sanitaria e il personale non sanitario (personale ausiliario, tecnici della manutenzione ecc.) saranno sempre informati della presenza in reparto di degenza di un paziente a rischio di suicidio, al fine di impedire l'accesso a materiali potenzialmente letali (farmaci, presidi e apparecchi sanitari, prodotti chimici, detersivi, attrezzi di pulizia e manutenzione, corde, fili elettrici, ecc.) e a situazioni di potenziale pericolo (possibili vie di fuga, accesso a locali di manutenzione e depositi, accesso a balconi e terrazzi, ecc.). Nella codificazione adottata nel passaggio di consegne, sulla documentazione clinica e nel registro di consegne infermieristico saranno utilizzate sempre le stesse abbreviazioni per identificare il paziente a rischio suicidario.
- Sarà posta particolare attenzione agli oggetti potenzialmente pericolosi applicando le misure indicate nell'**allegato 2**
- Saranno ridotti, ove possibile, gli stimoli eccessivi e predisposto un ambiente tranquillo.
- Dovrà essere evitata la sistemazione del paziente in stanze singole preferendo la collocazione insieme ad altri degenti, in ambienti che rendano agevole la sorveglianza diretta del paziente.
- Sarà promosso un adeguato ritmo sonno-veglia e profilo ipnico
- Sarà pianificata la terapia farmacologica prescritta con controlli sull'assunzione della medesima ad ogni somministrazione da parte del personale infermieristico.
- Sarà prestata stretta osservazione dei comportamenti del paziente (videosorveglianza) almeno per le prime 24 ore o comunque fino a rivalutazione del livello di rischio.
- Sarà incentivata, ove possibile, la permanenza di un familiare nella stanza di degenza anche al di fuori del range di orario di visite previsto.
- Sarà prestata attenzione ai fattori scatenanti delle idee autolesive (**allegato 3**)
- Sarà previsto l'impiego sistematico dell'impianto di videosorveglianza, allo scopo di monitorare costantemente i movimenti del paziente durante la degenza, nelle ore notturne e diurne con particolare attenzione nelle ore serali, notturne e nei giorni festivi quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto. Per lo stesso motivo una figura sanitaria dovrà sempre essere destinata alla sorveglianza del paziente nelle fasi della giornata in cui il personale è impegnato in attività assistenziali di routine e/o di urgenza/emergenza, che possono distrarre l'attenzione dal soggetto a rischio.
- Il paziente sarà vigilato quando si reca in bagno, monitorando la durata della permanenza e utilizzando anche



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 21 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

il contatto vocale se necessario;

- Sarà impedito al paziente l'accesso a sostanze potenzialmente pericolose presenti nell'ambiente di cura, limitandone l'accesso ad ambienti destinati all'infermeria/medicheria, e ai depositi.
- Saranno registrati su apposita scheda i riscontri delle attività di monitoraggio (allegato).

RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO ED ADEGUAMENTO DELLE MISURE ASSISTENZIALI IN SPDC

Lo specialista psichiatra effettuerà rivalutazione giornaliera del livello di rischio del paziente, attraverso la somministrazione della scala BPRS (**allegati 5-6**), con conseguente adeguamento delle misure assistenziali rispetto al livello di rischio rilevato.

SEGNALAZIONE EVENTI LEGATI ALLA SICUREZZA DELLE CURE EROGATE

L'ASL BA favorisce la segnalazione di **tutti gli eventi potenzialmente dannosi ed eventi dannosi**, tramite specifiche procedure aziendali.

Gli eventi legati alla sicurezza delle cure erogate si distinguono in:

- **Near miss:** quasi eventi (**Eventi Potenzialmente Dannosi**)
- **Incident:** eventi **non produttivi** di danno per i pazienti (**Eventi Potenzialmente Dannosi**)
- **Accident:** eventi **produttivi** di danno per i pazienti (**Eventi Dannosi**)
- **Eventi Sentinella:** **eventi dannosi di particolare gravità**, secondo quanto definito nell'elenco degli eventi Sentinella del ministero della Salute

La segnalazione degli eventi legati alla sicurezza delle cure all'U.O.C. Aziendale di Rischio Clinico e Qualità viene effettuata con la **SCHEDA DI INCIDENT REPORTING** disponibile sul portale aziendale.

È **responsabilità** di tutti gli operatori segnalare attraverso la scheda di Incident Reporting Aziendale all'U.O. Rischio Clinico e Qualità, **anche in forma anonima**, tutti gli **Eventi Potenzialmente Dannosi** e gli **Eventi Dannosi**, al fine di individuare e condividere appropriate azioni di miglioramento della sicurezza delle cure erogate.

A differenza degli **Eventi Potenzialmente Dannosi** e degli **Eventi Dannosi** (soggetti a segnalazione spontanea), gli **EVENTI SENTINELLA** sono sottoposti ad **obbligo di segnalazione** da parte degli operatori coinvolti, ovvero degli operatori che ne siano venuti a conoscenza, secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.

NB: Pertanto l'evento sentinella **“Morte per suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale, inclusi anche i Servizi Territoriali di Salute Mentale.”** è sottoposto a obbligo di segnalazione secondo il Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute.

Tale segnalazione obbligatoria si effettua all'U.O.C. Aziendale di Rischio Clinico e Qualità, utilizzando la medesima scheda di **INCIDENT REPORTING**, pubblicata sul portale aziendale.

Il Clinical Risk Manager, referente aziendale per la gestione del rischio clinico, secondo quanto previsto dalla procedura ministeriale per la segnalazione e trasmissione degli eventi sentinella, provvederà a compilare la **scheda A**, ed inviarla al Ministero, anche per il tramite della regione di appartenenza, attraverso il Sistema di Monitoraggio del Ministero della Salute (**SIMES**) entro 48 ore dal verificarsi dell'evento o dell'avvenuta



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 22 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

conoscenza dello stesso. L'evento sarà oggetto di **Audit** da parte dell' U.O. Rischio Clinico e Qualità per la pianificazione delle azioni di miglioramento.

È responsabilità del Clinical Risk Manager trasmettere i risultati dell'analisi e le azioni correttive applicate, con la compilazione della **scheda B** e la trasmissione della medesima al Ministero, attraverso il SIMES, entro 45 giorni dalla segnalazione.

NB: l'articolo 16 della legge 8 marzo 2017, n.24 al comma 1 recita: «I VERBALI E GLI ATTI CONSEGUENTI ALL'ATTIVITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NON POSSONO ESSERE ACQUISITI O UTILIZZATI NELL'AMBITO DI PROCEDIMENTI GIUDIZIARI».

BRIEFING, AUDIT CLINICO e SEA- Significant Event Audit

- **Il Briefing** è uno strumento che consente la condivisione del processo di cura tra operatori di diverse professioni, basandosi su conoscenze condivise. L'adozione quotidiana del briefing permette di migliorare gli esiti, aumentando la soddisfazione dell'equipe e delle partorienti.
- **L'audit clinico** è un'attività governata dai professionisti sanitari e focalizzata su tematiche relative all'area clinica, finalizzata alla revisione, valutazione e analisi dei casi clinici, con l'obiettivo di migliorare i processi e gli esiti, sulla base di un confronto rispetto a standard precisi, espliciti e concordati.

L'audit clinico si differenzia dalla semplice raccolta di dati, la quale si limita a confrontare la pratica clinica da quella definita dagli standard; ciò costituisce solo una parte del processo di audit che prevede la valutazione degli scostamenti della pratica clinica rispetto a standard, le azioni di miglioramento e la valutazione delle iniziative intraprese.

Allo stesso modo l'audit clinico va distinto da ciò che i professionisti svolgono nel loro operare quotidiano, talora impropriamente definito come audit, ovvero:

- la discussione dei casi clinici, delle procedure adottate e della casistica, senza definire a priori gli standard con cui confrontarsi;
- la raccolta dei dati relativi alle attività che spesso non vengono portati a conoscenza e discussi dai professionisti;
- l'introduzione di cambiamenti delle prassi esistenti senza conoscere a priori il divario rispetto all'obiettivo che si ipotizza di raggiungere o senza una precisa definizione del piano di valutazione degli interventi messi in atto.

Infine, l'audit clinico, non va confuso con la ricerca clinica la quale mira a definire le caratteristiche della buona pratica in un ambito ignoto o poco conosciuto, poiché verifica la buona qualità della pratica corrente rispetto a standard.

Il Ministero della Salute ha definito l'Audit clinico come:
Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 23 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

L'AUDIT CLINICO

È una metodologia che si focalizza su specifici problemi clinico/assistenziali o su aspetti della pratica corrente che vengono valutati in termini di:

- struttura,
- processo
- esito

Ciò che lo connota è :

- la competenza clinico-assistenziale dei partecipanti,
- la confidenzialità dei risultati
- l'esplicito interesse al miglioramento della qualità delle cure.

La sua principale caratteristica è quella di fondarsi sul confronto e la misurazione delle pratiche professionali con **standard di riferimento** (Raccomandazioni Ministeriali, Linee Guida nazionali di Società Scientifiche accreditate secondo la procedura ministeriale prevista dalla legge 8 marzo 2017 n.24, procedure e protocolli aziendali e regionali, ecc.).

L'**audit clinico** è applicabile ad aree dell'assistenza per le quali sia ipotizzabile sviluppare interventi di **miglioramento**; ciò significa che non è ragionevole impegnarsi in un processo di audit allorché il divario tra la prassi esistente e quella ottimale sia minimo o quando, pur avendo livelli di assistenza sub-ottimali, le possibilità di introdurre cambiamenti siano limitate o quando non siano conosciuti i livelli ottimali di assistenza.

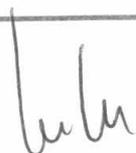
L'**audit clinico** viene distinto in:

- **Proattivo**: quando viene effettuato in fase di programmazione e progettazione di un'attività, prima che si verifichi un evento indesiderato nell'ambito della medesima attività assistenziale (**a priori** rispetto alla manifestazione del rischio). Ha lo scopo di analizzare tale attività/processo assistenziale, scomponendolo in fasi, per identificare all'interno delle singole fasi le possibili vulnerabilità, e stabilire procedure volte a minimizzare i rischi correlati allo svolgimento della singola fase, e, di riflesso, ridurre i rischi correlati al processo/attività globale.
- **Reattivo**: quando viene effettuato in risposta ad un evento indesiderato che si è manifestato nell'ambito di un processo assistenziale (**a posteriori** rispetto alla manifestazione del rischio). Ha la finalità di analizzare e identificare la causa profonda (**ACP- ANALISI DELLA CAUSA PROFONDA o causa radice**) che lo ha generato, con lo scopo di apportare azioni correttive di miglioramento volte a ridurre e minimizzare il rischio che l'evento indesiderato possa ripetersi.

I professionisti e le organizzazioni sanitarie hanno l'obbligo di implementare le buone pratiche disponibili e di mettere in atto le iniziative per accrescere la sicurezza dei pazienti in ambito sanitario globale. In tal senso l'audit clinico, condotto in modo rigoroso, risponde ad un imperativo etico del servizio sanitario, di cui possono beneficiare sia i professionisti che i pazienti.

L'audit clinico deve svolgersi in un contesto "**etico**", in cui sono numerosi i passaggi che richiedono una riflessione in tal senso, a cominciare dalla:

- scelta del tema,
- la progettazione,
- la raccolta dei dati,



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 24 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

- l'individuazione dei criteri e degli standard,
- la confidenzialità sui pazienti e sui dati raccolti,
- le azioni di miglioramento da intraprendere

Confidenzialità

La discussione di percorsi o casi clinici, come avviene nel corso di un audit clinico, implica un preciso obbligo di riservatezza; il nostro ordinamento giuridico prevede, infatti, il dovere di non divulgare notizie conosciute nell'esercizio della propria attività (segreto di ufficio) e ciò è corroborato dalle disposizioni degli art. 2105 e seguenti del Codice Civile, sull'obbligo di fedeltà del lavoratore, che vietano al lavoratore medesimo di divulgare le informazioni di cui è venuto a conoscenza nel corso del proprio lavoro. La riservatezza ed il rispetto del segreto professionale sono inoltre richiamati dai Codici deontologici dei medici e delle professioni sanitarie.

Il processo dell'audit clinico

L'audit clinico consiste in un ciclo della qualità che si articola in **4 fasi**:

- 1) preparazione,
- 2) attuazione,
- 3) azioni di miglioramento
- 4) valutazione dei risultati (re-audit)

FASE 1 - PREPARAZIONE (PIANIFICAZIONE) DELL'AUDIT CLINICO

Una preparazione accurata è fondamentale per il successo dell'audit clinico in quanto determina la piena efficacia della fase operativa. Questa fase prevede:

1. la scelta del tema dell'audit clinico,
2. la costituzione del gruppo di lavoro

In fase di preparazione dell'audit, una volta scelto il tema, deve essere costituito il gruppo di lavoro. Infatti la buona conduzione dell'audit e del relativo piano di miglioramento richiede un lavoro di squadra e diversi tipi di "giocatori" con esperienza in vari campi.

Nel contesto del gruppo di lavoro devono essere definiti (**Vedi tabella successiva**) :

- i ruoli e la distribuzione dei compiti;
- la posizione di ciascuno può essere diversa dal ruolo professionale di solito ricoperto
- devono essere evitate relazioni di tipo gerarchico.



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 25 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

RUOLI/RESPONSABILITÀ nell'analisi delle cause profonde ACP (Audit Reattivo)

RUOLI/RESPONSABILITÀ	FACILITATORE	COORDINATORE/LEADER	OPERATORI COINVOLTI NELL'EVENTO	ALTRO PERSONALE ED ESPERTI CON SPECIFICHE COMPETENZE SETTORIALI	DIREZIONE
CONOSCENZA DELLA METODOLOGIA ACP	Esperto in ACP	Conoscenza del metodo di base	Non necessario	Non necessario	Non necessario
CONOSCENZA DEL SETTORE SOTTOPOSTO AD ACP	Non necessario	Si	Si	Si	Non necessario
COINVOLGIMENTO DIRETTO NELL'EVENTO	No	Non necessario	Si	No	No
POTERE DECISIONALE	No	Parziale	No	No	Si
ADESIONE AI PRINCIPI DI CONFIDENZIALITÀ	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario			

3. la definizione dei criteri di comunicazione che devono essere applicati lungo tutto lo svolgimento del processo di audit.

FASE II - ATTUARE L'AUDIT CLINICO

Questa fase comprende:

- 1) la definizione degli obiettivi dell'audit
- 2) la valutazione dell'esistente
- 3) la selezione dei criteri, degli standard, degli indicatori
- 4) la raccolta dei dati
- 5) l'analisi e la valutazione
- 6) la condivisione dell'analisi dei risultati con i servizi coinvolti
- 7) la comunicazione dei risultati.

FASE III - ATTUARE LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

In questa fase:

- 1) viene definito il piano di azione sulla base degli ambiti di miglioramento e delle raccomandazioni individuate; 2) vengono individuate le strategie per “accompagnare” e guidare il cambiamento.

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 26 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

FASE IV - RIVALUTARE I RISULTATI

In questa fase, attuato il piano di azione, occorre procedere alla valutazione dell'efficacia dei miglioramenti apportati.

Durante questa fase, occorre individuare il metodo più appropriato per la valutazione, quale lo svolgimento di un secondo audit (**re-audit**), oppure una valutazione con l'**utilizzo di indicatori**.

Inoltre è necessario assicurare che il cambiamento si inserisca in un processo di miglioramento continuo della qualità, pertanto esso va sostenuto e mantenuto nel tempo.

Anche in questa fase è essenziale curare gli aspetti della **comunicazione e della formazione** per dare la massima visibilità ai cambiamenti avvenuti ed ai risultati raggiunti.

“Significant Event Audit”(SEA)

Il SEA è una forma di **audit REATTIVO** che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per imparare e migliorare. Più formalmente può essere definito come un processo in cui **singoli eventi o singoli casi, significativi sia in senso positivo che negativo**, sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri

Il SEA si caratterizza per **due aspetti**:

- Oltre a focalizzarsi su **aspetti negativi** (insuccessi, near miss, eventi avversi) è indirizzato alla individuazione di **comportamenti virtuosi ed attività assistenziali efficaci** e ad evidenziare, anche in momenti di grandi difficoltà, esempi di buone pratiche.
- Non è un metodo quantitativo, ma piuttosto un'attività di riflessione condivisa tra pari. Pertanto si diversifica dal tradizionale processo di audit clinico che si caratterizza per la raccolta su vasta scala di dati quantitativi da confrontare con criteri e standard misurabili e predefiniti. È un metodo di audit di tipo qualitativo.

Il SEA coinvolge un **ristretto numero di persone** che devono **creare un clima di reciproco supporto, favorevole all'apprendimento**; il metodo deve essere rigoroso e sistematico senza essere inquisitorio e punitivo e viene generalmente coordinato dall'operatore che presenta il caso.

Il SEA racchiude in un'unica attività diversi aspetti che svolgono un **ruolo fondamentale nel miglioramento della qualità delle cure**:

- **Lavoro di gruppo**: il SEA è un'attività multiprofessionale che aiuta i professionisti a comprendere e sostenere il lavoro degli altri.
- **Sicurezza dei pazienti**: il SEA è un forum dove gli eventi, sia quelli positivi che negativi, possono essere discussi in un ambiente esente da colpa, ponendo l'accento sul miglioramento del sistema.
- **Cultura della trasparenza**: quanto appreso nel corso del SEA può essere condiviso sia all'interno del gruppo sia con gli altri professionisti, nel rispetto della confidenzialità.
- **Sviluppo delle competenze**: il SEA facilita l'apprendimento, individuale e del gruppo; potrebbe rappresentare, pertanto, una modalità di formazione continua

Il metodo

Il SEA prevede una attenta e strutturata analisi dei fatti che hanno determinato il caso per dare risposta a 3 domande cruciali:

- In che modo le cose potevano andare diversamente?*
- Che cosa possiamo imparare da quello che è successo?*

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 27 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

c) *Che cosa deve cambiare?"*

Realizzazione del SEA

L'analisi della letteratura disponibile evidenzia diversi modelli di svolgimento di un SEA; **solitamente prevede incontri regolari, mensili o quindicinali, tra un team di operatori, per discutere i casi significativi. In alternativa è possibile effettuare il SEA immediatamente dopo un evento significativo.** Indipendentemente dall'approccio scelto, è importante che il SEA venga svolto, con metodo strutturato, da un gruppo costituito da tutti i professionisti interessati.

Il SEA si sviluppa attraverso alcune fasi fondamentali di seguito riportate.

- Fase 1 – Scelta dell'evento significativo
- Fase 2 - Raccolta delle informazioni
- Fase 3 -Costituzione del gruppo e organizzazione degli incontri
- Fase 4- Analisi dell'evento significativo L'analisi di un evento significativo deve essere guidata rispondendo a quattro quesiti:
 - 1) Cosa è successo?
 - 2) Perché è successo?
 - 3) Cosa abbiamo imparato?
 - 4) Quali sono le azioni da intraprendere?
- Fase 5 - Attuare e monitorare i cambiamenti
- Fase 6- Documentare il SEA
- Fase 7- Condividere le conoscenze

Il SEA è un metodo qualitativo che si presta ad analizzare singoli eventi definiti significativi dal gruppo per imparare da essi e migliorare la qualità dell'assistenza principalmente nel contesto delle cure primarie.

Si differenzia dall'audit clinico poiché non prevede una misura delle performance e **si distingue da altri metodi di studio reattivi/retrospettivi quali il la Root Cause Analysis (RCA) e la Discussione dei casi clinici.**

- **La RCA** è una analisi retrospettiva di eventi avversi gravi, condotta da un gruppo composto da persone formate che si avvale di una metodologia strutturata allo scopo di individuare le cause profonde di un evento.
- **La discussione di casi** infatti è una discussione di gruppo, spesso uni-professionale, retrospettiva, di casi clinici di particolare interesse o complessità. È uno strumento comunemente utilizzato in campo sanitario ed in taluni casi scambiato per audit clinico; da questo si differenzia in quanto è informale, scarsamente approfondito e soggettivo e non stabilisce a priori obiettivi specifici di apprendimento e di cambiamento.

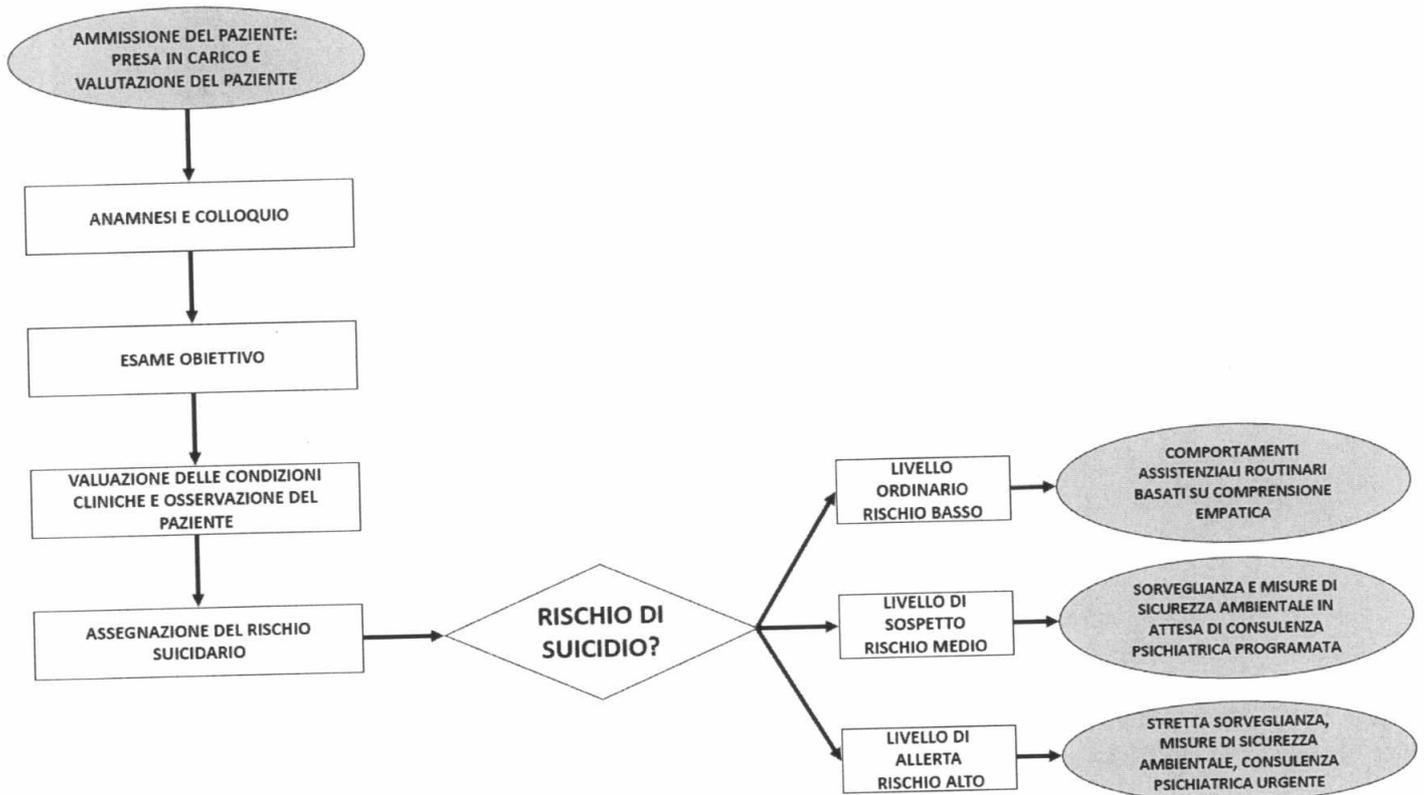
NB:

La ASL BARI favorisce e pone come obiettivi dei dirigenti medici, l'adozione dei tre strumenti (Briefing, Audit clinico, Significant Event Audit) in tutti gli ambiti lavorativi, nell'ottica del raggiungimento di una dimensione di continuo miglioramento della qualità, efficacia e sicurezza delle cure erogate.



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 28 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

7. DIAGRAMMA DI FLUSSO



[Handwritten signature]

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 29 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura Revisione 01 Data:

8. RIFERIMENTI

- Raccomandazione Ministeriale n.4
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 art.1
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- Ministero della Salute. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. Terzo Rapporto (Settembre 2005 – Dicembre 2010). Luglio 2011
- 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: Focus on medical/surgical units and the emergency department. Issue 46. 2010
- The Joint Commission, 2007 Patient safety goals on suicide.
- Van der Feltz-Cornelis et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. A Review of Systematic Reviews. Crisis. 2011;
- de Leo D & Svetcic J. Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? Epidemiol Psychiatr Soc. 2010;
- Cassels C et al. Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature. Crisis. 2005;
- National Institute for Clinical Excellence. Self-harm: longer term management. NICE Clinical Guideline 133. Novembre 2011
- 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
- Qin P & Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. 2005;
- 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;
- Burgess P et al. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. Psychiatric Serv. 2000;
- A.J. Mitchell and M.Dennis "Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff" Emerg.Med.J. 2006 23:251 -255
- Mark J. Russ, M.D.ToddKashdan, B.A. Simcha Pollack, Ph.D.SenadaBajmakovic- Kacila, M.D "Assessment of Suicide Risk 24 Hours After Psychiatric Hospital Admission" PSYCHIATRIC SERVICES © November 1999 Vol. 50 No. 11
- Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica.Ed. McGraw-Hill - Milano, 1999.
- Cutcliffe J.R. Barker P., "The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice." 2004, J. Psychiatric and Mental Health Nursing 11, 393-400.
- Nursing Best Practice Guidelines Program, "Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behavior." 1 /2008,
- Joseph Ventura e coll. "Manuale d'istruzione BPRS e scala" (1993), Adattamento Italiano a cura di: Pierluigi Morosini, Reparto di Valutazione dei Servizi, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Massimo Casacchia, Cl. Psichiatrica, Un.Studi dell'Aquila.
- Procedura Dipartimentale, Università di Ferrara "Prevenzione/Riduzione del rischio comportamentale auto/eterodiretto", Dott. Adello Vanni-Dott. Renato Cardelli.



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 30 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

- "Protocollo minimo di riferimento sul suicidio" a cura del gruppo di lavoro coordinato da Massimo Casacchia, con Massimo Di Giannantonio, Francesco Scapati, Salvatore Varia e Matteo Balestrieri e con la collaborazione di Maurizio Malavolta e Ida De Lauretis, Società Italiana di Psichiatria
- "Raccomandazioni per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie nel Territorio", Servizio Sanitario Regionale Emilia- Romagna
- "Raccomandazioni per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie in ospedale", Servizio Sanitario Regionale Emilia- Romagna
- "Documento di Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche", come da Deliberazione Regionale Puglia n.1620 del 12luglio 2011
- Documento del Ministero della Salute: L'audit Clinico
- Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Ministero della Salute
- Sistemi di gestione per la qualità: UNI EN ISO 9000:2015

INDICATORI DI MONITORAGGIO

La verifica continua della corretta applicazione della procedura si espleta attraverso l'utilizzo di indicatori. Gli indicatori oggetto della procedura sono i seguenti:

- N° suicidi annuali notificati per servizio/reparto
- N° tentati suicidi annuali notificati per servizio/reparto
- % di operatori con partecipazione ad almeno un evento formativo annuale sul suicidio e il tentato suicidio

Il **Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) ASL Bari**, insieme ai **Direttori Medici di Presidio Ospedaliero ASL Bari** e ai **Direttori di Distretti Socio Sanitari della ASL Bari** dovranno produrre un report annuale indirizzato alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O.C di Rischio Clinico e Qualità, contenente i sopraindicati indicatori, un'analisi critica dei medesimi e le proposte di azioni di miglioramento da sottoporre agli operatori sanitari coinvolti, ai fini di una revisione collegiale.



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 31 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ/ RESPONSABILITÀ	MEDICO OSPEDALIERO MEDICO TERRITORIALE	INFERMIERE OSPEDALIERO INFERMIERE TERRITORIALE	ALTRI OPERATORI SANITARI (OSS) OSPEDALIERI E TERRITORIALI	PERSONALE NON SANITARIO OSPEDALIERO E TERRITORIALE	MEDICO SPECIALISTA PSICHIATRA	INFERMIERI SPDC	OSS SPDC
PRESA IN CARICO E VALLUTAZIONE PRIMARIA DEL RISCHIO SUICIDARIO: ■ ANAMNESI ■ COLLOQUIO ■ ESAME OBIETTIVO ■ VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE ■ OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE)	R	C	C	I			
PREVENZIONE PRIMARIA, SECONDARIA E TERZIARIA	R	R	R	R	R	R	R
DIAGNOSI DI SOSPETTO DI RISCHIO SUICIDARIO	R	C	I	I			
DIAGNOSI DI CONFERMA DEL RISCHIO SUICIDARIO					R	C	I
DISPOSIZIONE DI INTERVENTI ASSISTENZIALI PER ALTO RISCHIO SUICIDARIO ACCERTATO					R	I	I
APPLICAZIONE INTERVENTI ASSISTENZIALI PER ALTO RISCHIO SUICIDARIO ACCERTATO					R	R	R
RIVALUTAZIONE CONTINUA DEL RISCHIO SUICIDARIO ACCERTATO					R	C	I
DIMISSIONE E SEGNALAZIONE AI SERVIZI TERRITORIALI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE					R	I	I

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 32 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

ATTIVITÀ/ RESPONSABILITÀ	DIRETTORI UU.OO	COORDINATORI INFERMIERISTICI	OPERATORI SANITARI	DIRETTORE MEDICO DI P.O.	DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	DIREZIONE SANITARIA
PREVENZIONE PRIMARIA, SECONDARIA, TERZIARIA DEL RISCHIO SUICIDARIO	R	R	R	R	R	R	R
SEGNALAZIONE EVENTI LEGATI ALLA SICUREZZA DELLE CURE	R	R	R	R	R	R	R
RICHIESTA DI CONVOCAZIONE AUDIT CLINICO	R	R	R	C	I	I	I
PARTECIPAZIONE AUDIT CLINICO	R	R	R	I	I	I	I
ASSICURARE LA FORMAZIONE SULLA PROCEDURA	R	R	C	C	C	C	C
GARANTIRE L'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA	R	R	R	C	C	C	C
SORVEGLIANZA SULL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA	C	C	C	R	R	R	R

Legenda: R: responsabile; C: coinvolto; I: informato



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 33 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura Revisione 01 Data:

ALLEGATO 1

ALLEGATO 1:



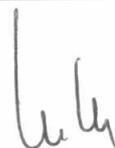
GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE IN PRESENZA DI SOSPETTO RISCHIO DI SUICIDIO

(IL PRESENTE ALLEGATO È PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN USO SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE DELLA ASL BARI)

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.

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.

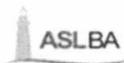
- ✓ Come si sente?
- ✓ Che progetti ha quando esce dall'ospedale?
- ✓ Si è sentito giù recentemente?
- ✓ Si è mai sentito così in precedenza?
- ✓ Che cosa era successo?
- ✓ C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?
- ✓ In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita 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. È 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?



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 34 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

ALLEGATO 2

ALLEGATO 2



Modulo Informativo

Regolamento del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

(da illustrare e da far firmare al momento del ricovero al paziente ed ai suoi familiari, allegandolo nella cartella clinica)

Si informano I Sigg. pazienti ed i familiari di alcune norme di sicurezza vigenti in questo reparto di degenza:

OGGETTI POTENZIALMENTE PERICOLOSI

E' assolutamente vietato introdurre e/o detenere in reparto oggetti quali: lamette, rasoi, forbici, posate, cinture, cinte, lacci, corde, bottiglie in vetro, stoviglie in ceramica vetro metallo, buste di plastica, fili elettrici e caricatori di batterie, accendini, fiammiferi, farmaci, alcolici, bottiglie di detersivi/shampoo. E' preferibile pertanto che i pazienti adoperino tute, pigiami e pantofole prive di lacci e/o cinte. A tal fine il personale infermieristico controllerà al momento del ricovero il bagaglio dei Sigg. ri pazienti. Il personale di reparto si riserva in ogni caso di prendere in custodia qualunque oggetto non incluso nella lista precedente giudicato potenzialmente pericoloso. I telefoni cellulari dei degenti potranno essere caricati **spenti in infermeria**.

VISITE

Le visite ai degenti potranno avvenire, negli orari consentiti ed indicati dall'U.O., **esclusivamente nel refettorio**. Sempre nel rispetto delle norme sulla privacy, è **assolutamente vietato l'ingresso dei visitatori nelle stanze di degenza, salvo diverse indicazioni dettate da inderogabili esigenze assistenziali ed autorizzate dal Direttore del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**.

FUMO

Il reparto è dotato di una stanza fumatori all'ingresso. Il fumo di sigarette è consentito **esclusivamente nella stanza fumatori**. È vietato ai pazienti tenere con sé le sigarette e accendini che saranno **custodite esclusivamente dal personale infermieristico e consegnati su richiesta del paziente, per un massimo di 1 sigarette all'ora dalle ore 7 alle 22**. I Sigg. visitatori potranno consegnare sigarette **SOLO** al personale infermieristico.

BENI DI VALORE/DOCUMENTI PERSONALI/DENARO

È preferibile che i Sigg. pazienti affidino qualsiasi loro bene di valore a parenti, accompagnatori di fiducia, al momento del ricovero. In ogni caso il reparto è dotato di una cassetta di sicurezza per la custodia di piccoli oggetti e/o modiche somme di denaro. In nessun caso il personale di reparto può essere ritenuto responsabile dello smarrimento di beni che i pazienti decideranno di trattenere sotto la propria personale responsabilità.

VIDEOSORVEGLIANZA

Si informano i Sigg. pazienti ed i visitatori che, per motivi di sicurezza, i locali comuni del reparto e le stanze di degenza (fatta eccezione per i bagni), sono datati di un sistema di videosorveglianza. I dati sensibili raccolti sono trattati secondo le normative vigenti sulla privacy.

Il Direttore del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Il Coordinatore Infermieristico

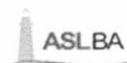
Data/ora

Firma del paziente / accompagnatore per presa visione:

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 35 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

ALLEGATO 3

ALLEGATO 3



SCHEDA DI RACCOLTA DEI POTENZIALI FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO
(IL PRESENTE ALLEGATO È PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN USO SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE DELLA ASL BARI)

COGNOME E NOME	ETÀ:	SESSO F [] M []	LUOGO DI NASCITA:
---	----------------------	-----------------------------	--

FATTORI DI RISCHIO GENERALI	SI	NO
Disturbi psichici		
Abuso/dipendenze (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, da gioco)		
Traumi/eventi recenti/situazioni con "perdita di speranza"		
Lutto recente per un parente morto suicida		
Gravi malattie fisiche e sindromi dolorose		
Episodi di autolesionismo, anche mascherati (considerando in particolare incidenti stradali ripetuti, etc.)		
Pregressi tentativi di suicidio (specificare data e tipo)		
Isolamento sociale		
Fattori famigliari (storia familiare con suicidi, elevata conflittualità, disturbi psichici)		
Post partum		
Abuso fisico o sessuale		
Vissuti traumatici o conflittuali che il paziente può aver solo apparentemente superato (ad es. abusi sessuali subiti, allontanamento dai cari, separazione o divorzio, etc):		
NELL'ADOLESCENTE (DA CONSIDERARE INSIEME AI FATTORI DI RISCHIO GENERALI)		
Perdite (ad es. recente licenziamento, separazione, lutto, etc.)		
Deficit di competenze sociali, situazioni di isolamento (cambio di città, cambio di scuola, bullismo, etc.)		
Conflitti genitoriali		
Conflitti interpersonali		
Accesso ad armi o metodi letali		
Sesso maschile, bisessualità, omosessualità		
Amici morti per suicidio		
Inizio recente di terapia antidepressiva (specie nelle prime settimane di trattamento)		
NELL'ANZIANO (DA CONSIDERARE INSIEME AI FATTORI DI RISCHIO GENERALI)		
Problemi relazionali cronici		
Preoccupazione di essere un peso per gli altri		
Tensioni con i caregivers		
Recente cambio di alloggio		
Solitudine eventualmente aggravata da problemi economici		

Data.....

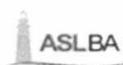
Firma operatore.....



 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 36 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

ALLEGATO 4

ALLEGATO 4



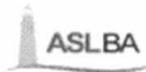
POSSIBILI “SEGNI PREMONITORI” DI ALTO RISCHIO DI SUICIDIO <small>(IL PRESENTE ALLEGATO È PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN USO SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE DELLA ASL BARI)</small>
--

➤ Difficoltà di ragionamento
➤ Commenti o battute sul suicidio
➤ Affermazioni concernenti l'assenza di speranza e di significato
➤ Affermazioni che mostrano senso di inutilità e di 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 di problemi, anche tra i più comuni e semplici da risolvere
➤ Atteggiamenti di disperazione, rabbia, bassa stima di sé
➤ Scarso interesse per cura personale
➤ 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 e 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 di fare testamento o di sistemare i propri affari

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 37 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 "PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE"	N° procedura
		Revisione 01 Data:

ALLEGATO 5

ALLEGATO 5



Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

SCHEDA DI VALUTAZIONE SPECIALISTICA DEL RISCHIO DI SUICIDIO SECONDO SCALA BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

(IL PRESENTE ALLEGATO È PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN USO SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE DELLA ASL BARI)

RISCHIO DI SUICIDIO BPRS	DESCRIZIONE E PUNTI DI ANCORAGGIO	LIVELLO DI RISCHIO /INTENSITÀ DI ASSISTENZA
1 Assente	Il paziente non presenta rischi di comportamenti autolesivi	BASSO/LIVELLO 1
2 molto lieve	Occasionale stanchezza di vivere. Assenza di idee di suicidio	BASSO/LIVELLO 1
3 lieve	Idee di suicidio occasionali che però non si traducono in una chiara decisione, né tanto meno in un progetto e/o il paziente ha spesso l'impressione che sarebbe meglio se fosse morto	BASSO/LIVELLO 1
Non valutabile	Il paziente non è valutabile	MEDIO/LIVELLO 2
4 moderato	Pensieri suicidari frequenti senza una vera e propria decisione o piani stabiliti per uccidersi	MEDIO/LIVELLO 2
5 moderatamente grave	Il paziente ha molte fantasie di suicidio, pensa a sistemi diversi per uccidersi. Può anche formulare progetti precisi o stabilire un momento preciso per uccidersi e/o ha effettuato un tentativo di suicidio impulsivo con un metodo non letale o sapendo di poter essere salvato	ALTO/LIVELLO 3
6 grave	Il paziente vuole chiaramente uccidersi. E' alla ricerca del momento e dei mezzi opportuni e/o ha messo in atto un tentativo di suicidio serio, anche se con modalità che non escludevano la possibilità di essere soccorso	ALTO/LIVELLO 3
7 molto grave	E' presente l'intenzione ed un ben preciso piano di suicidio (ad es. "non appena...mi suiciderò facendo...") e/o un tentativo di suicidio attuato con modalità che il paziente riteneva sicuramente letali o che comunque erano pericolose e messe in atto in un luogo isolato.	ALTO/LIVELLO 3

 ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. Aziendale Rischio Clinico e Qualità Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA	Pagina 38 di 38
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
		Revisione 01 Data:

ALLEGATO 6

ALLEGATO 6



Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

**SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEL RISCHIO DI SUICIDIO SECONDO SCALA BPRS
(Brief Psychiatric Rating Scale)**

(IL PRESENTE ALLEGATO È PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN USO SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE DELLA ASL BARI)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

La scala di valutazione deve essere applicata ad ogni paziente, al momento dell'ammissione in reparto di degenza, dal medico di guardia che gestisce il ricovero.

Le motivazioni del rischio assegnato ad ogni paziente vanno riportate in anamnesi nella cartella clinica, e condivise con il personale infermieristico, che provvederà alla registrazione del grado di rischio nel diario infermieristico. La corretta comunicazione tra gli operatori assicura un'adeguata applicazione del livello di intensità di cura e sorveglianza assegnati al paziente.

La rivalutazione del paziente deve essere effettuata ogni giorno nel caso di rischio da assente a lieve, e ad ogni cambio turno nei casi di rischio da moderato a molto grave, con relativo aggiornamento della cartella clinica.

Ogni rivalutazione effettuata verrà registrata nel diario infermieristico.

Il rischio comportamentale autodiretto presenta 8 livelli di intensità, a cui corrispondono 3 livelli di intensità dell'intervento assistenziale.

VALUTAZIONE INIZIALE

	Livello di Rischio (BPRS)	Intensità di assistenza
• Rischio auto diretto		
• Rischio etero diretto		
Firma Medico di guardia		Data/Ora
Firma Infermiere capoturno		Data/Ora

VALUTAZIONI SUCCESSIVE ALLA PRIMA

	Livello di Rischio (BPRS)	Intensità di assistenza
• Rischio auto diretto		
• Rischio etero diretto		
Firma Medico di guardia		Data/Ora
Firma Infermiere capoturno		Data/Ora

	Livello di Rischio (BPRS)	Intensità di assistenza
• Rischio auto diretto		
• Rischio etero diretto		
Firma Medico di guardia		Data/Ora
Firma Infermiere capoturno		Data/Ora

Parere del Direttore Amministrativo
Gianluca Capochiani

Parere del Direttore Sanitario
Silvana Fornelli

Il Segretario
Romano Capochiani

IL DIRETTORE GENERALE
Antonio Sanguedolce

Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio _____

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....
(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario _____ Il Dirigente dell'Area _____

.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. **0086**

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL
BA in data ... **20 LUG. 2020** ...

Bari: ... **20 LUG. 2020** ...

L'Addetto all'Albo Pretorio on line
.....

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del
..... è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli
adempimenti di competenza.