



**PROCEDURA ASL BR “Procedura  
per la prevenzione del suicidio del  
paziente in ospedale”**

**U.O. Gestione del  
Rischio Clinico**

Rev. 0

**Procedura per la prevenzione del suicidio  
del paziente in ospedale**

Rev	Data	Redazione	Progetto e Verifica	Firma di approvazione
0	12/11/2015	Dr.ssa Anna Patrizia Barone	Dr. Valter De Nitto	Il Direttore Sanitario Dr. Angelo Greco
1				
2				

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*



## PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”


U.O. Gestione del Rischio Clinico

Rev. 0

### INDICE

PREMESSA.....	3
1. SCOPO.....	4
2. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
3. DEFINIZIONE E ACRONIMI.....	5
4. COMPITI E RESPONSABILITÀ.....	5
4.1 Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero.....	5
4.2 Altri Direttori.....	5
4.3 Dirigente Medico.....	5
4.4 Coordinatore infermieristico.....	6
4.5 Infermiere.....	6
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	8
5.1 Identificazione dei fattori di rischio.....	8
5.2 Adozione di misure preventive di sicurezza.....	10
5.2.1 Misure generali.....	10
5.2.2 Misure di sicurezza ambientale e organizzativa.....	11
5.3 Rivalutazione giornaliera del rischio.....	12
5.4 Adeguata assistenza infermieristica.....	12
5.5 Continuità ospedale - territorio.....	13
6. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI.....	13
7. SEGNALAZIONE DEL SUICIDIO O DEL TENTATO SUICIDIO.....	13
8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE.....	14
9. REVISIONI.....	14
10. MONITORAGGIO.....	14
11. BIBLIOGRAFIA.....	15
12. ALLEGATI.....	15
Allegato 1 - Guida per il colloquio con il paziente.....	16
Allegato 2 - Beck Hopelessness Scale.....	17

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b>	<b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b>	Rev. 0
---	--	--	--------

## PREMESSA

Il **suicidio** può essere inteso, in senso stretto, come l’atto con cui un individuo si procura volontariamente la morte, quindi come l’espressione finale di un’anomalia dell’istinto più importante, quello della conservazione.

Il **tentato suicidio** è invece un suicidio mancato a causa dei mezzi impiegati o delle circostanze esterne che lo hanno impedito; a volte può essere un tentativo, seppur inadeguato, di richiesta di aiuto.

Il suicidio non è quasi mai una decisione improvvisa. Sono meno frequenti i casi in cui una persona, a meno che non soffra di qualche grave disturbo psichiatrico o si trovi in circostanze estreme, si suicida in preda ad un raptus di disperazione. Più spesso, il suicidio è il punto di arrivo di un percorso mentale lungo e tortuoso (da mesi a molti giorni) nel quale l’inserimento di un’ospedalizzazione può far precipitare la situazione. Infatti, la condizione di ricovero comporta un disagio connesso non solo alla gravità della patologia organica, ma anche alla separazione dal nucleo familiare, alla necessità di adeguarsi a nuovi ritmi, consuetudini, strutture gerarchiche, alla rinuncia alla privacy, allo stato di dipendenza dagli altri, con conseguente perdita della propria autonomia. Depersonalizzato già al momento del ricovero, a volte poco informato sulla sua malattia e sull’iter diagnostico-terapeutico a cui sarà sottoposto, il paziente può sentirsi in balia di eventi che non può dominare né modificare, quindi può decidere di togliersi la vita. Da non sottovalutare anche il fatto che l’ospedale è il luogo simbolico per eccellenza della vita e della morte e quindi rappresenta il teatro ideale per il gesto suicidiario.

Secondo il Ministero della Salute, il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità, la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente e la conseguente adozione di misure e comportamenti degli operatori atti ad eliminare o quanto meno a ridurre l’incidenza del fenomeno.

Il verificarsi dell’evento indica una sottovalutazione delle condizioni psichiche del soggetto ed una inadeguata sorveglianza dei pazienti a rischio. Inoltre, alcune caratteristiche dell’ambiente, degli spazi ospedalieri e le condizioni organizzative (finestre non protette, farmaci e taglienti incustoditi, scarsa informazione del personale sull’argomento, ecc.) possono aumentare il rischio di suicidio.

La letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio predittori di suicidio la cui conoscenza consente l’adozione di strategie efficaci per la riduzione degli eventi suicidiari in ospedale. Queste comprendono:

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*



## PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Rev. 0

- 1) l'utilizzo di strumenti di valutazione del paziente;
- 2) appropriati processi organizzativi;
- 3) la formazione specifica degli operatori;
- 4) l'idoneità ambientale e strutturale.

Anche la JCAHO, nell'ambito degli obiettivi di sicurezza, definisce uno specifico requisito riguardante l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio. A tal proposito, identifica strumenti finalizzati alla preparazione del personale ed alla creazione di un ambiente di cura per l'identificazione accurata e la buona gestione del paziente a rischio suicidiario.

Questo tragico evento può verificarsi in tutta la struttura ospedaliera, ma sono considerate a maggior rischio alcune aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.), 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 presente procedura è stata sviluppata in ottemperanza a quanto suggerito nella Raccomandazione Ministeriale n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale” ed è focalizzata sulla prevenzione del suicidio dei pazienti ricoverati nei reparti di degenza, compresa l'OBI, per condizioni diverse dal tentato suicidio.

La valutazione del rischio di suicidio va estesa, ove possibile, anche al contesto del Dipartimento di Emergenza. Viene invece escluso il ricovero in S.P.D.C. in ragione delle competenze e professionalità coinvolte nella gestione del paziente psichiatrico.

### 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è fornire una guida e strumenti di lavoro agli operatori sanitari per prevenire e/o ridurre i suicidi e tentati suicidi dei pazienti in ospedale.

### 2. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è rivolta a tutto il personale coinvolto nell'assistenza sanitaria ed è applicabile a tutti i pazienti con patologia ad esito infausto, ovvero con tendenze autolesionistiche, che accedono alle strutture ospedaliere della ASL BR.

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*



## PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Rev. 0

### 3. DEFINIZIONE E ACRONIMI

BHS: Beck Hopelessness Scale

CSM: Centro di Salute Mentale

DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione

DSM: Dipartimento di Salute Mentale

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MMG: Medico di Medicina Generale

OBI: Osservazione Breve Intensiva

SIMES: Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità

S.P.D.C.: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio

UU.OO.: Unità Operative

### 4. COMPITI E RESPONSABILITÀ

#### 4.1 Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero

Il Direttore Sanitario di presidio:

- provvede alla capillare diffusione della procedura sulla prevenzione del suicidio del paziente in ospedale;
- vigila sull'applicazione della stessa.

#### 4.2 Altri Direttori


I Direttori di U.O./DEA/Dipartimento/Servizio provvedono alla diffusione della procedura a tutto il personale operante nelle rispettive UU.OO./Servizi. Sono responsabili dell'effettiva applicazione della stessa alla pratica assistenziale e del monitoraggio nel tempo dei livelli di conoscenza e di adesione del personale alle presenti indicazioni.

#### 4.3 Dirigente Medico

Il Dirigente Medico:

- è responsabile della valutazione del rischio di suicidio in tutti i pazienti ricoverati e della relativa presa in carico;

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<p><b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b></p>	<p><b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b></p>	<p>Rev. 0</p>
---	---	---	---------------

- fornisce al Coordinatore infermieristico e agli infermieri indicazioni sulle misure da adottare per aumentare la sicurezza nel caso di pazienti valutati a rischio di suicidio;
- provvede a segnalare alla U.O. Gestione del Rischio Clinico eventuali eventi sentinella (suicidi o tentati suicidi).

#### **4.4 Coordinatore infermieristico**

Il Coordinatore infermieristico:


- collabora con il Dirigente medico nella valutazione del rischio di suicidio nei pazienti ricoverati e nella definizione delle modalità di sorveglianza dei casi ritenuti a rischio;
- è responsabile della vigilanza e della gestione del paziente;
- segnala alla U.O. Gestione del Rischio Clinico eventuali eventi sentinella (suicidi o tentati suicidi).

#### **4.5 Infermiere**

L’infermiere:

- collabora con il Dirigente medico ed il Coordinatore infermieristico nella valutazione del rischio di suicidio nei pazienti ricoverati, nella sorveglianza e gestione dei casi ritenuti a rischio e nella rimozione di tutti i fattori ambientali sfavorevoli;
- segnala alla U.O. Gestione del Rischio Clinico eventuali eventi sentinella (suicidi o tentati suicidi).

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
 Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
 Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
 Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
 E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b>	<b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b>	Rev. 0
---	--	--	--------

Si riporta di seguito la matrice delle attività/responsabilità degli operatori coinvolti nell'applicazione della procedura.


ATTIVITÀ	Direzione Sanitaria Strategica (U.O. Gestione Rischio Clinico)	Direttore Sanitario di Presidio	Direttore U.O./Dipartim./ Servizio	Dirigente medico	Coordinat. Infermier.	Infermiere
Progettazione, promozione e diffusione procedura a DS	R					
Diffusione procedura		R	R	C	C	I
Applicazione procedura			R	R	R	R
Vigilanza su applicazione procedura		R	C	C	C	I
Valutazione del rischio suicidario			R,C	R	C	C
Modalità di vigilanza e gestione del paziente			I	R	R	C
Monitoraggio applicazione procedura			R			
Segnalazione eventi sentinella			R	R	R	R
Monitoraggio eventi sentinella	R	I				

*R: responsabile; C: collabora; I: informato*

La U.O. Gestione del Rischio Clinico progetta, promuove e diffonde la procedura alle Direzioni Sanitarie di Presidio della ASL BR.

Le suddette Direzioni sono responsabili della capillare diffusione ed applicazione della procedura nonché del relativo monitoraggio.

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<p align="center"><b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b></p>	<p align="center"><b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b></p>	<p align="center">Rev. 0</p>
---	--	--	------------------------------

Il Personale Sanitario coinvolto nell’assistenza ai pazienti ha la responsabilità dell’applicazione di tutte le indicazioni contenute nella presente procedura.

La U.O. Gestione del Rischio Clinico monitora eventuali eventi sentinella correlati al suicidio o al tentato suicidio del paziente in ospedale.

## **5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**

Ad un livello generale, la prevenzione del suicidio si avvantaggia di tutte le attività finalizzate a rendere l’esperienza del ricovero meno spersonalizzante, approcciandosi al paziente come persona malata e non come corpo malato, e di quelle iniziative volte ad aumentare la sicurezza ambientale nella struttura sanitaria, come il controllo dell’accesso ai farmaci, la disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi o l’accessibilità a terrazzi o piani alti che non abbiano adeguati dispositivi di protezione.

Ad un livello più specifico, un elemento fondamentale nella prevenzione del suicidio in ospedale è l’esecuzione di un’anamnesi adeguata: il paziente che presenta alcuni specifici fattori di rischio necessita di una particolare attenzione al fine di valutare avvenimenti, comportamenti, comunicazioni verbali e non verbali che indichino un aumento del rischio di suicidio.

Per prevenire il suicidio è quindi fondamentale la presa in carico del paziente e perché questa sia efficace ed appropriata devono essere garantite:

- l’identificazione dei fattori di rischio;
- l’adozione di misure preventive di sicurezza;
- la rivalutazione giornaliera del rischio;
- un’adeguata assistenza infermieristica;
- la continuità ospedale-territorio.


### **5.1 Identificazione dei fattori di rischio**

I fattori di rischio suicidario possono emergere attraverso l’anamnesi effettuata dal personale sanitario già all’atto del ricovero, così come dall’osservazione diretta, e dai colloqui con i familiari/caregiver.

Un ulteriore ausilio per l’approfondimento di elementi sospetti può essere rappresentato dall’utilizzo di specifici strumenti di valutazione, come la *Beck Hopelessness Scale*, la cui utilizzazione è stata approvata dalla Direzione del DSM, e la cui compilazione fornisce informazioni

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
 Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
 Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
 Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
 E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*



	<b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b>	<b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b>	Rev. 0
---	--	--	--------

che possono contribuire ad orientare il personale sulle iniziative da intraprendere e sulle modalità di controllo e vigilanza più appropriate.

La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- a) **ricostruzione storica della vita del paziente** (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, isolamento sociale, eventi negativi significativi, anche recenti (ad esempio un lutto, la perdita del lavoro). Da tenere presente che sono più a rischio i maschi e l'età compresa tra 15 e 24 anni o superiore a 65;
- b) **individuazione di alcune condizioni cliniche**, in particolare sindromi cerebrali organiche, soprattutto se confusionali, patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia, altri disturbi psicotici, disturbi di personalità, della condotta o disturbo oppositivo provocatorio in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci), ansia, attacchi di panico, patologia terminale;
- c) **esame obiettivo**, con attenzione a segni tipici di alcolismo cronico, sindrome da astinenza o di eventuali comportamenti autolesivi;
- d) **rilevazione di alcuni segni predittori**, tra cui: senso di grave perdita (per esempio, a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, passaggio da terapia curativa a palliativa, decesso di neonato, depressione post-partum, amputazione di arto ed altre prognosi infauste), difficoltà di ragionamento, commenti o battute sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza o di significato, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici o lettura di questi come fatti personali, agitazione, aggressività, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni, soprattutto se concernenti il suicidio, senso di colpa, possesso “maniacale” di farmaci;
- e) **colloquio più approfondito con il paziente e somministrazione della “Beck Hopelessness Scale”**: nei casi in cui vi sia un sospetto da approfondire (quindi dopo aver

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi), è affidato al medico che ha in cura il paziente il compito di effettuare un colloquio più approfondito con lo stesso, in un clima di rispetto e di fiducia, adottando un atteggiamento empatico e di ascolto attivo, scegliendo una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy. Una guida per il colloquio, parte integrante della Raccomandazione Ministeriale n. 4, è presentata nell'Allegato 1. Il colloquio dovrebbe precedere la somministrazione del questionario di Beck (*Beck Hopelessness Scale*, Allegato 2). La Beck Hopelessness Scale (BHS) misura la gravità degli atteggiamenti negativi (*hopelessness*) nei confronti del futuro (pessimismo) percepiti da adolescenti e adulti. È composta da 20 item, con risposta “Vero/Falso”, cui corrisponde un punteggio di 0 o 1, che valutano la gravità delle aspettative negative sul futuro sia nel breve che nel lungo periodo. I punteggi vanno sommati e il range del punteggio totale va quindi da 0 a 20. Gli Autori hanno isolato anche 3 fattori: il primo, denominato **Sentimenti**, esprime gli aspetti affettivi, quali la speranza e l'entusiasmo, la fiducia (item 1, 6, 13, 15 e 19); il secondo, denominato **Perdita della Motivazione**, è caratterizzato dalla decisione di non desiderare nulla, di non perseguire quanto desiderato, (item 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 e 20); il terzo, **Aspettative Future**, riguarda l'anticipazione (negativa) di ciò che ci si può aspettare dalla vita, un futuro nero, vago ed incerto (item 4, 7, 8, 14 e 18). Il questionario può essere autosomministrato o somministrato oralmente dall'esaminatore; il tempo per l'autosomministrazione richiede da 5 a 10 minuti, mentre la somministrazione orale generalmente 10-15 minuti.


La valutazione del rischio di suicidio va documentata in cartella clinica.

## **5.2 Adozione di misure preventive di sicurezza**

### **5.2.1 Misure generali**

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

- l'informazione di tutto il personale della U.O. sul rischio suicidiario dei soggetti ricoverati (segnalare tempestivamente al medico di guardia e ai medici dei turni successivi ogni situazione di potenziale pericolo per il paziente);

	<b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b>	<b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b>	Rev. 0
---	--	--	--------

- l'integrazione delle diverse competenze degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza al paziente, al fine di cogliere i segni premonitori di un eventuale atto suicidario;
- una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e i pazienti;
- se necessario, la consulenza di psicologi e psichiatri che eventualmente prescriveranno terapia ad hoc e/o decideranno il trasferimento presso l'S.P.D.C.;
- la definizione delle modalità di vigilanza e controllo dei pazienti, sulla base della gravità del rischio individuato (nel caso di rischio alto, predisporre una vigilanza personalizzata 24 ore su 24). È necessario mantenere un adeguato livello di vigilanza sia se il paziente è turbato sia, paradossalmente, se i sintomi sembrano alleggerirsi. Particolare attenzione deve essere prestata, sia in occasione di trasferimenti intraospedalieri per esami/accertamenti che durante le ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e malati si riduce;
- l'eventuale collocazione del paziente a rischio in una stanza in prossimità della postazione del personale sanitario per avere (soprattutto nelle ore notturne) maggiori possibilità di controllo, evitando, se possibile, i letti vicino alle finestre;
- il maggiore coinvolgimento possibile della famiglia e degli amici del paziente, sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio. In particolare, è opportuno garantire la presenza di un familiare all'interno della stanza di degenza che contribuisca ad assistere il paziente;
- il coinvolgimento di altri specialisti e del medico di medicina generale del paziente, sia per completare l'anamnesi, sia per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione.


#### 5.2.2 Misure di sicurezza ambientale e organizzativa

Le caratteristiche dell'ambiente e degli spazi ospedalieri ed i processi organizzativi possono aumentare o ridurre il rischio del verificarsi dell'evento.

È opportuno che, nel rispetto della dignità della persona, l'ospedale disponga di:

- dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarmi, infissi di sicurezza, ove possibile (soprattutto alle finestre dei piani alti, dato che in ospedale la modalità di suicidio più frequentemente utilizzata è la precipitazione);
- strutture ed attrezzature che non consentano usi impropri;
- misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci).

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b>	<b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b>	Rev. 0
---	--	--	--------

Se si valuta che un paziente sia a rischio di suicidio, è opportuno adottare le seguenti misure:

- controllare che non sia in possesso di propri farmaci;
- chiedere la collaborazione dei familiari ed amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere utilizzati impropriamente;
- sensibilizzare gli addetti alle pulizie di reparto a tenere sempre sotto controllo il carrello con prodotti chimici pericolosi (candeggina, detersivi, acido muriatico, etc.)
- porre in atto misure che impediscano, alla persona a rischio, di accedere ad ambienti (ad es. docce) e mezzi (ad es. oggetti taglienti, cinture, corde, lenzuola, farmaci) per togliersi la vita.

Ogni operatore deve essere adeguatamente informato riguardo le misure adottate, e deve comunicare tempestivamente al proprio responsabile eventuali disfunzioni o problemi organizzativi.

### **5.3 Rivalutazione giornaliera del rischio**

Un'efficace presa in carico del paziente a rischio richiede che l'équipe medico-infermieristica effettui la rivalutazione dello stesso almeno ogni giorno. Sia nella cartella medica che in quella infermieristica devono essere riportate le osservazioni quotidiane e le eventuali rivalutazioni del rischio.


### **5.4 Adeguata assistenza infermieristica**

Nella prevenzione del suicidio del paziente in ospedale, un ruolo importante può essere svolto dall'infermiere quale interlocutore privilegiato col paziente, in quanto costantemente presente in reparto e spesso “confidente” dei problemi personali del malato.

Nel caso di paziente considerato a rischio, è fondamentale che questi sia trattato con adeguate cautele, quali:

- il rispetto e la comprensione per la sua sofferenza;
- la creazione di un rapporto di confidenza, che lo induca a comunicare i propri sentimenti e pensieri;
- l'attuazione di una sorveglianza attenta e continua, ma anche discreta e rispettosa;

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<p><b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b></p>	<p><b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b></p>	<p>Rev. 0</p>
---	---	---	---------------

- la responsabilizzazione progressiva del paziente, che lo aiuti a raggiungere e mantenere un'autonomia nella cura di sé;
- l'incoraggiamento di ogni suo tentativo di socializzazione.

### **5.5 Continuità ospedale - territorio**

La dimissione dall'ospedale è uno dei momenti in cui aumenta il rischio di suicidio del paziente. Le cause probabili comprendono il persistere dei problemi clinici, la mancanza di una buona relazione con l'équipe o di un riferimento extraospedaliero, lo scarso supporto familiare, la riesposizione ai fattori stressanti ambientali e il più facile accesso ai mezzi suicidari.

Per i pazienti a rischio di suicidio è opportuno assicurare alla dimissione:

- la comunicazione di riferimenti da contattare in caso di bisogno (numeri di telefono, servizio psicologico, assistente sociale, CSM, etc);
- il raccordo con il MMG per concordare il tipo di intervento più opportuno;
- l'affidamento ad un familiare o altra persona significativa, adeguatamente informata, con il consenso del paziente, riguardo alle condizioni cliniche, i trattamenti in corso, i possibili segnali d'allarme, i servizi e le figure sanitarie a cui riferirsi in caso di necessità;
- l'orientamento verso servizi territoriali socio-sanitari (CSM, SerT, etc) o altri specialisti al fine di garantire la continuità assistenziale, per proseguire valutazione ed eventuali cure extraospedaliere.


## **6. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI**

Per aumentare la capacità degli operatori di individuare il rischio di suicidio nei pazienti e quindi adottare le appropriate misure di prevenzione, la ASL BR programmerà attività di formazione del personale su tale problematica. Sarà previsto, inoltre, un aggiornamento periodico specifico, del personale operante nelle Unità Operative considerate maggiormente a rischio (in particolare, SPDC, Dipartimento di Emergenza, Oncologia, Ostetricia per la fase post-parto, Pediatria per la fascia adolescenziale).

## **7. SEGNALAZIONE DEL SUICIDIO O DEL TENTATO SUICIDIO**

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

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
 Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
 Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
 Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
 E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<p align="center"><b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b></p>	<p align="center"><i>U.O. Gestione del Rischio Clinico</i></p>	<p align="center">Rev. 0</p>
---	--	--	------------------------------

1. L'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza) comunica quanto accaduto al proprio Responsabile e alla Direzione Sanitaria di presidio.
2. Se l'accadimento soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella, l'operatore sanitario invia la segnalazione alla U.O. Gestione del Rischio Clinico, secondo la procedura prevista a livello aziendale e l'apposita scheda di segnalazione (scheda A del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella).
3. La U.O. Gestione del Rischio Clinico provvede ad inserire l'evento nel flusso SIMES utilizzando le informazioni fornite dall'operatore sanitario. Successivamente promuove un'indagine interna, volta a raccogliere ed analizzare, mediante la *Root Cause Analysis* o altro metodo, tutte le informazioni necessarie ad approfondire le cause dell'evento, i fattori contribuenti, il piano d'azione da intraprendere per rimuovere tali rischi, Al termine dell'analisi, ed entro 45 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, inserisce nel SIMES le informazioni raccolte nella scheda B del Protocollo Ministeriale.

## **8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE**

Il presente documento deve essere diffuso a tutti gli operatori. La sua conservazione va effettuata, in luogo accessibile a tutti gli operatori, presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione e tutte le Unità Operative.

## **9. REVISIONI**

Eventuali revisioni, a carico della U.O. Gestione del Rischio Clinico, sono previste sulla base di suggerimenti degli operatori e/o integrazioni di normative nazionali/regionali.

## **10. MONITORAGGIO**

Il monitoraggio dell'applicazione della procedura dovrà essere effettuato da parte dei Direttori Sanitari di presidio.

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
 Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
 Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
 Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
 E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*



## PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Rev. 0

### 11. BIBLIOGRAFIA

- Beck AT and Weissman A. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychology; 1974, 42 (6): 861-865.
- Beck AT & Steer RA. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1988.
- Ministero della Salute. Raccomandazione n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”, Marzo 2008.
- Ministero della Salute. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, luglio 2009.
- Pompili M, Iliceto P, Lester D, Innamorati M, Girardi P, Tatarelli R. BHS Beck Hopelessness Scale: manuale. Organizzazioni Speciali, Firenze, 2009.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Suicide Prevention: Toolkit for Implementing National Patient Safety Goal 15A, 2007.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Patient Safety Pocket Guide – Third Edition, 2012.
- Zucconi M. Prevenire gli errori, imparare dagli errori - suicidio in ospedale. Professione infermiere Umbria – 2007; 2: 16-22.

### 12. ALLEGATI

Allegato 1: Guida per il colloquio con il paziente

Allegato 2: Beck Hopelessness Scale


**U.O. Gestione del Rischio Clinico**

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<p><b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b></p>	<p><b>U.O. Gestione del Rischio Clinico</b></p>	<p>Rev. 0</p>
---	---	---	---------------

**Allegato 1 - Guida per il colloquio con il paziente**

(allegata alla Raccomandazione n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”)

Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d’animo a quelle sulle intenzioni suicidarie.

- 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?

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*


Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel/fax: 0831/536659



	<p><b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b></p>	<p><i>U.O. Gestione del Rischio Clinico</i></p>	<p>Rev. 0</p>
---	---	---	---------------

**Allegato 2 - Beck Hopelessness Scale**

(© Beck AT & Steer RA, 1988)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_


Data valutazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valutatore \_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI:** Qui sotto vi sono 20 affermazioni. Risponda se per Lei sono vere o false, nell’ambito della settimana passata (oggi compreso), segnando una croce nelle caselle corrispondenti. In caso di dubbio, dia la risposta che ritiene più vicina a quello che Lei crede corrisponda meglio a quello che pensa. Abbia cura di segnare **uno solo** tra VERO e FALSO per **tutte** le affermazioni.


**AFFERMAZIONI:**

	<b>Vero</b>	<b>Falso</b>
(1) Vedo il futuro con speranza ed entusiasmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Potrei arrendermi perché non posso migliorare le cose per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Quando le cose vanno male, mi consola sapere che non può durare così in eterno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Non posso immaginare quello che sarà della mia vita tra 10 anni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Ho abbastanza tempo per realizzare le cose che desidero fare di più.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Nel futuro mi aspetto di riuscire in quello che mi interessa di più.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Il mio futuro mi sembra buio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Mi aspetto di ottenere dalla vita più cose buone rispetto alla persona media.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Non mi prendo pause e non c’è motivo per cui lo debba fare in futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Le mie esperienze passate mi hanno preparato bene per il futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Se guardo avanti vedo solo situazioni spiacevoli piuttosto che piacevoli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Non mi aspetto di ottenere ciò che voglio veramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) Quando guardo al futuro, mi aspetto di essere più felice di adesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Le cose proprio non vanno come io desidero che vadano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Ho una grossa fede nel futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**  
 Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*  
 Dirigente Medico: *Dott.ssa Anna Patrizia Barone*  
 Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*  
 E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

	<p><b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b></p>	<p><i>U.O. Gestione del Rischio Clinico</i></p>	<p>Rev. 0</p>
---	---	---	---------------

- (16) Non ottengo mai ciò che desidero, quindi è sciocco desiderare alcunché.
- (17) È molto inverosimile che nel futuro io ottenga una vera soddisfazione.
- (18) Il futuro mi sembra vago e incerto.
- (19) Posso aspettarmi che arrivino bei tempi, piuttosto che brutti.
- (20) È inutile provare ad ottenere ciò che voglio perché probabilmente non ci riuscirò.

	<p><b>PROCEDURA ASL BR “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”</b></p>	<p><i>U.O. Gestione del Rischio Clinico</i></p>	<p>Rev. 0</p>
---	---	---	---------------

### BECK HOPELESSNESS SCALE

Misura la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro. È un indicatore indiretto del rischio di suicidio.

ITEM HOPELESSNESS A CUI ASSEGNARE 1 PUNTO	
ITEM 1 se il soggetto risponde FALSO	<p>Calcolare il punteggio totale</p> <p><b>RANGE DI VALUTAZIONE:</b></p> <p>0 - 3: nella norma</p> <p>4 - 8: lieve mancanza di speranza</p> <p>9 - 14: moderata mancanza di speranza</p> <p>15 - 20: grave mancanza di speranza, rischio di suicidio</p>
ITEM 2 se risponde VERO	
ITEM 3 se risponde FALSO	
ITEM 4 se risponde VERO	
ITEM 5 se risponde FALSO	
ITEM 6 se risponde FALSO	
ITEM 7 se risponde VERO	
ITEM 8 se risponde FALSO	
ITEM 9 se risponde VERO	
ITEM 10 se risponde FALSO	
ITEM 11 se risponde VERO	
ITEM 12 se risponde VERO	
ITEM 13 se risponde FALSO	
ITEM 14 se risponde VERO	
ITEM 15 se risponde FALSO	
ITEM 16 se risponde VERO	
ITEM 17 se risponde VERO	
ITEM 18 se risponde VERO	
ITEM 19 se risponde FALSO	
ITEM 20 se risponde VERO	
Tot. =	