



**REGIONE PUGLIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**  
(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Struttura: S.S. GESTIONE RISCHIO CLINICO**  
**Proposta n. 4618875**

**Oggetto: Adozione “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”.**

Sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente Responsabile della Struttura Semplice di Gestione Rischio Clinico, Dott.ssa Carmela Fiore, anche quale Responsabile del procedimento, che con la sottoscrizione della presente proposta viene confermata, si relaziona 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 FG ha recepito ed adottato le prime diciotto Raccomandazioni Ministeriali con la Delibera n. 777 del 19 novembre 20015 e con Delibera n. 880 del 12 giugno 2019, la Raccomandazione Ministeriale n. 19 e l'Aggiornamento della Raccomandazione Ministeriale n. 5 con la Delibera n. 344 del 15 marzo 2022;

**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 per cui,

**RITENUTO CHE** al fine di prevenire e/o ridurre i suicidi e tentati suicidi dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie della ASL Fg fosse necessario elaborare una procedura operativa con l'obiettivo di



fornire una guida e strumenti di lavoro agli operatori sanitari, in conformità con la Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”;

**RILEVATO CHE** in data 11/04/2022, il Direttore Sanitario Aziendale costituiva relativo gruppo di lavoro che provvedeva alla redazione della “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale”;

**RITENUTA** pertanto, la necessità di adottare la “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale” redatta da:

- 1) Dott. Giuseppe Pillo, Direttore CSM Foggia;
- 2) Dott. Angelo De Giorgi, Direttore U.O.C. SPDC San Severo;
- 3) Dott.ssa Antonia Papagno, Coordinatore Infermieristico SPDC;

Verificata dal Dott. Savino Dimalta, Direttore ad interim Dipartimento Salute Mentale e dalla Dott.ssa Carmela Fiore, Responsabile S.S. Gestione Rischio Clinico; approvata in data 27.06.2022 dal Commissario Straordinario Dott. Antonio Giuseppe Nigri.

### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Antonio Giuseppe Nigri, nominato con deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n.711 del 16.5.2022;

**ESAMINATA e FATTA PROPRIA** la proposta del SS di Gestione del Rischio Clinico;

**ACQUISITI** i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

### **DELIBERA**

Per i motivi esposti in premessa, che qui si intendono integralmente riportati, quanto segue:



- 1) di adottare la “Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale” così come elaborata dal gruppo di lavoro e verificata dal Dipartimento di Salute Mentale e dalla S.S. di Gestione del Rischio Clinico, allegata alla presente delibera;
- 2) di disporre l’adozione in tutte le UU.OO. ospedaliere aziendali, prevedendo l’inserimento degli allegati al presente protocollo, nelle cartelle cliniche attualmente in uso;
- 3) di disporre la diffusione con eventi formativi promossi dalle Direzioni Mediche di P.O. e dai Dirigenti Responsabili delle Unità Operative e Servizi interessati della Asl Fg; gestiti dall’Ufficio Formazione di questa Azienda, anche con valenza ECM;
- 4) di notificare copia della presente deliberazione ai Direttori/Responsabili dei Presidi ospedalieri e, per il loro tramite, alle singole UU.OO. ed ai Coordinatori Infermieristici delle UU.OO. ospedaliere dell’Azienda;
- 5) di incaricare i Direttori/Responsabili di Presidi Ospedalieri ed il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) di monitorare l’osservanza della Procedura, con le modalità definite all’interno ella stessa, relazionando alla Direzione Sanitaria della ASL Fg ed alla U.O. di Gestione del Rischio Clinico;
- 6) di disporre che la procedura aziendale sia pubblicata sul sito web istituzionale, in apposita sezione relativa alla “UO Gestione del Rischio Clinico”;
- 7) di dare esecutività immediata al presente atto con la pubblicazione dello stesso sul sito web aziendale.

Il Direttore Sanitario  
*F.to Dott. Franco Angelo Mezzadri*

Il Direttore Amministrativo  
*F.to Dott. Michelangelo Armenise*

Il Commissario Straordinario  
*F.to Dott. Antonio Giuseppe Nigri*

## ALLEGATI

Procedura prevenzione rischio suicidio paziente ospedalizzato Asl FG



Registrazione dell' annotazione di costo

Esercizio economico anno \_\_\_\_\_

<b>Codice conto</b>	<b>Importo presente deliberazione</b>	<b>Totale annotazione di conto</b>

IL DIRIGENTE AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

<b>INVIO AL COLLEGIO SINDACALE</b>	<b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>
Protocollo n. _____ del _____  Il Funzionario _____	<b>AFFISSA E PUBBLICATA ALL' ALBO AZIENDALE DI QUESTA AZIENDA ASL</b>  Dal _____ _____ _____ al _____ senza opposizioni  Data _____ Il Funzionario _____

<b>PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO</b>
Foggia _____  Il Responsabile _____

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

## ***PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE***

<b>REDATTO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
<p style="text-align: center;">Dott. Giuseppe Pillo Direttore CSM Foggia</p> <p style="text-align: center;">Dott. Angelo De Giorgi Direttore U.O.C. SPDC San Severo</p> <p style="text-align: center;">Dott.ssa Antonia Papagno Coordinatore Infermieristico SPDC</p>	<p style="text-align: center;">Dott.ssa Carmela Fiore Dirigente Medico SS. Rischio Clinico</p> <p style="text-align: center;">Dott. Savino Dimalta Direttore ad Interim Dipartimento Salute Mentale</p>	<p style="text-align: center;">Dott. Antonio Giuseppe Nigri Commissario Straordinario</p>

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

## INDICE

<b>1.</b>	Premessa	pag. 4
<b>2.</b>	Scopo ed obiettivi	pag. 6
<b>3.</b>	Campo di applicazione	pag. 7
<b>4.</b>	Definizioni	pag. 7
<b>5.</b>	Modalità operative	pag. 8
	5.1. Identificazione del paziente a rischio	pag. 8
	5.1.1 Anamnesi	pag. 8
	5.1.2 Esame obiettivo	pag. 9
	5.2 Stratificazione del paziente in classi di rischio e definizione modalità di assistenza	pag. 9
	5.2.1 Rischio nullo/lieve	pag. 9
	5.2.2 Rischio sospetto/medio	pag. 10
	5.2.3 Rischio certo/grave	pag. 10
	5.3 Dimissione ospedaliera	pag. 12
<b>6.</b>	Caratteristiche strutturali del reparto	pag. 13
<b>7.</b>	Formazione del personale	pag. 14
<b>8.</b>	Responsabilità	pag. 14
<b>9.</b>	Segnalazione	pag. 15
<b>10.</b>	Monitoraggio	pag. 16
<b>11.</b>	Indicatori	pag. 16
<b>12.</b>	Diffusione della procedura	pag. 16
<b>13.</b>	Revisioni	pag. 16

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

**14. Normativa di riferimento e bibliografia**

pag. 16

## **ALLEGATI**

Allegato 1 – SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO SUICIDIARIO

pag. 18

Allegato 2 – SCALE FOR SUICIDE IDEATION

pag. 19

Allegato 3 – SCHEDA INTERVENTI PREVENTIVI E DI SICUREZZA

pag. 21

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

## 1. PREMESSA

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), pubblicate ad aprile 2019 nel rapporto "World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals", tra il 2000 e il 2016, in tutto il mondo, i tassi grezzi di mortalità per suicidio sono diminuiti del 16% negli uomini e del 20% nelle donne.

In Italia si registrano ogni anno circa 4000 morti per suicidio. Poiché il suicidio è un evento estremamente raro nell'infanzia, i tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione di età superiore a 15 anni. Secondo i dati ISTAT della "Indagine sulle cause di morte", nel 2016 (ultimo anno per il quale i dati sono attualmente disponibili) nel nostro Paese si sono suicidate 3780 persone di cui il 78,8% uomini. Il tasso (grezzo) di mortalità per suicidio per gli uomini è stato pari a 11,8 per 100.000 abitanti mentre per le donne a 3,0 per 100.000. I tassi di mortalità per suicidio sono più elevati nel Nord Italia e, in particolare per gli uomini, nelle Regioni del Nord-Est. I tassi di suicidio tra gli uomini sono inoltre inversamente proporzionali alla densità di popolazione, verosimilmente in quanto gli uomini sono più vulnerabili a fattori sociali ed economici avversi.

L'analisi dei tassi età-specifici riferita all'anno 2016 mostra che per gli uomini il tasso aumenta costantemente raggiungendo un valore di quasi 20 casi ogni 100.000 abitanti tra gli anziani di età superiore ai 70 anni. Anche per le donne i tassi aumentano con l'età e raggiunge un massimo di oltre 4 casi ogni 100.000 tra le ultra settantenni. Quasi l'80% dei morti per suicidio sono uomini, con un rapporto di genere (uomini/donne) che è andato aumentando linearmente nel tempo, passando da 2,1 nel 1980 a 3,6 nel 2016. I tassi di mortalità per suicidio sono più elevati tra gli anziani, ma è tra i giovani che il suicidio è, analogamente a quanto si registra a livello mondiale, una delle prime cause di morte.

Il trend storico del tasso di mortalità per suicidio mostra per l'Italia una riduzione a partire dalla metà degli anni Ottanta dello scorso secolo che si accentua, soprattutto per gli uomini, nella seconda metà degli anni Novanta. Tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto negli anni 2006 e 2007, questa tendenza alla riduzione ha subito un arresto. Nel 2008, anno in cui cominciano a manifestarsi gli effetti della crisi economico-finanziaria, analogamente a quanto osservato in altri Paesi europei e negli Stati Uniti, anche in Italia il tasso comincia ad aumentare tra gli uomini tra i 25-30 anni e i 65-69 anni e prosegue fino al 2012. In seguito alla crisi economico-finanziaria del 2008 non si registra invece un aumento di rischio suicidario tra gli uomini "anziani" e tra le donne si registrano variazioni molto più contenute. La crisi economico-finanziaria del 2007-2008 è stata considerata la più severa recessione che ha colpito l'Europa dopo la seconda guerra mondiale, paragonabile per alcuni aspetti (quali, ad esempio, la riduzione dei consumi di beni non durevoli) alla "grande depressione" del 1929. La minor resilienza degli uomini di fronte ad "eventi critici" è anche rilevabile dal fatto che i tassi età-specifici di mortalità per suicidio aumentano con l'età sia per gli uomini che per le donne, ma per gli uomini si osserva un aumento esponenziale a partire dai 65 anni di età in corrispondenza con l'età al pensionamento.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

Le modalità di suicidio più frequenti sono l'impiccamento (30% dei suicidi nel nostro Paese), la precipitazione, ad esempio, defenestrazione (20% dei suicidi), le ferite letali da armi da fuoco, l'annegamento, l'avvelenamento (anche con farmaci), l'asfissia (gas), l'investimento ovvero delle lesioni contusive direttamente o indirettamente esercitate su una persona da un veicolo in moto.

Un precedente tentativo di suicidio è considerato il più importante fattore di rischio singolo per il suicidio nella popolazione generale.

Senza pretesa di esaustività, i principali indicatori di rischio sono:

- sesso maschile, celibato e/o mancanza di supporto parentale, solitudine;
- disoccupazione, pensionamento recente, lutto recente;
- età avanzata, adolescenza;
- dipendenza/a da alcool e/o sostanze;
- malattie croniche o terminali concomitanti;
- progressi comportamenti suicidari e/o autolesivi e/o storia personale di malattia mentale (depressione, schizofrenia, disturbo di personalità);
- familiarità per malattia mentale e/o altri suicidi in famiglia.

Inoltre, in passato, sono state descritte come associate ad un aumento del rischio suicidario le misure di quarantena collettiva. Il pericolo che l'attuale crisi sanitaria, con le associate conseguenze economiche e sociali, possa causare anche un aumento dei suicidi è uno scenario molto probabile ma forse non ineluttabile. La situazione che il mondo sta attraversando è in qualche modo senza precedenti e sono sconosciuti gli effetti a lungo termine del "distanziamento sociale", del confinamento in casa, della convivenza con una familiare affetto da COVID-19, nonché delle limitazioni all'accesso ai servizi sanitari e di prevenzione e cura (di routine o di emergenza). I ceti sociali più svantaggiati, in particolare, vedono messi a rischio anche il soddisfacimento dei loro bisogni primari, a causa della perdita del lavoro o della riduzione del reddito dovuto al fermo delle attività produttive. Tutto questo, unito alla paura di contrarre l'infezione da SARS- COV-2 e di ammalarsi di COVID-19 e/o di contagiare i propri cari, ha generato un forte stato d'ansia e preoccupazione per il futuro che si ripercuoterà inevitabilmente sulla salute mentale della popolazione e rischia di impattare anche sul rischio di suicidio andando ad aggiungersi agli altri fattori di rischio. Tra i fattori che potrebbero aumentare il rischio suicidario durante la pandemia da Covid-19 sono sicuramente da annoverare:

- il distanziamento sociale e le restrizioni alla libertà personale, che alimentano un aumentato senso di isolamento e di solitudine;
- il timore del contagio e l'ansia per la propria salute;
- il senso di incertezza per il futuro e lo "stress cronico" legato a questo momento storico;
- lo stigma nei confronti delle persone affette da Covid-19 e delle loro famiglie;
- l'aumento dei livelli di disoccupazione e di precarietà;
- i fenomeni di violenza domestica;
- l'aumentato consumo di alcol;
- lo stress ed il "burnout" degli operatori sanitari coinvolti in prima linea nell'emergenza;
- la mancanza e/o l'inefficienza di servizi dedicati alla prevenzione del suicidio.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

Tuttavia alcuni dei suicidi sono l'espressione di un severo discontrollo degli impulsi di soggetti non diagnosticati come persone affette da disturbo psichico e quindi apparentemente non associati a specifici fattori di rischio. Gli sforzi per la prevenzione del suicidio richiedono pertanto il coordinamento e la collaborazione tra Sanità, Scuola, Politica e Mass-Media che si concretizzino nello sviluppo di sinergie per la gestione di un fenomeno tanto complesso che si estende anche all'ambito ospedaliero. 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 - Urgenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.

L'incidenza del suicidio (o di tentato suicidio) aumenta sensibilmente nella popolazione ricoverata in ospedale e fra i pazienti dimessi da una a tre settimane successive. Molteplici possono essere le cause:

- 1) 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;
- 2) la condizione di ricoverato si può accompagnare a vissuti di abbandono, estraniamento, oggettualizzazione, mancanza di autonomia, controllo e privacy;
- 3) l'ospedale è 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.

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 nei Presidi Ospedalieri della ASL Fg** 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**.

## 2. SCOPO ED OBIETTIVI

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

Scopo della presente procedura aziendale è quello di fornire una guida d'indirizzo operativo agli specialisti e a tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, in tutti i **presidi ospedalieri** della ASL Fg, al fine di prevenire e/o ridurre il rischio di suicidio e i tentativi di suicidio dei pazienti in ospedale.

Gli obiettivi della presente procedura aziendale sono:

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

- migliorare la capacità degli operatori sanitari nel rilevare il rischio suicidario dei pazienti anche attraverso una attività di formazione/informazione del personale sanitario;
- ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno dell'ospedale, fornendo uno strumento di lavoro che dia indicazione agli operatori sulle modalità operative da adottare sia in forma preventiva che in caso di messa in atto della condotta suicidaria;
- definire il ruolo degli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale;
- rilevare le criticità strutturali e più genericamente ambientali dei reparti di degenza;
- definire idonee modalità di segnalazione degli eventi sentinella quali suicidio o tentativi di suicidio del paziente in ospedale.

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata ai pazienti che sono ricoverati presso i reparti dei Presidi Ospedalieri della ASL FG (sia in regime di ricovero ordinario che di day-hospital/day-surgery) ogni qualvolta si osservino segni o sintomi riconducibili a fattori di rischio per il suicidio. Sono considerate a maggior rischio il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di Emergenza-Urgenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio, ove il controllo da parte del Personale di cura è sicuramente minore.

### 4. DEFINIZIONI

**Evento Sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema che può comportare la morte o grave danno al paziente e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e richiede tempestive ed adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

**Suicidio compiuto:** un atto intenzionale di autolesionismo che ha portato al decesso.

**Tentato suicidio:** un atto di autolesionismo che avrebbe potuto causare il decesso. Un tentato suicidio può comportare menomazioni.

**Ideazione suicida:** pensieri, pianificazione e atti preparatori relativi al suicidio.

**Autolesionismo non suicidario:** un atto di autolesionismo che non mira a causare la morte. Atti simili comprendono graffiarsi, tagliarsi, ustionarsi (ad esempio, con una sigaretta). L'autolesionismo non suicidario può rappresentare una condotta finalizzata alla riduzione della tensione psichica, dato che il dolore fisico può alleviare quello psicologico. Può anche essere una richiesta d'aiuto da parte di una persona che comunque desidera vivere.

**Suicidio mancato:** condotta suicidaria messa in atto con mezzi e modalità adeguate ai fini della lesività che non si consegue solo per circostanze impreviste.

**Gesto Autolesivo:** produzione di ferite autoinferte.

**Contagio suicidario:** fenomeno per cui un suicidio sembra determinarne altri, in una comunità, una scuola o un ambiente lavorativo.

**Incident reporting:** segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi.

**Audit clinico:** metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di *best practice*, per attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

## 5. MODALITA' OPERATIVE

La presente procedura operativa raccomandata agli Operatori delle UU.OO. e dei Servizi coinvolti si articola nelle seguenti fasi:

### 5.1 Identificazione del paziente a rischio

Per la prevenzione del suicidio, la prima azione è l'identificazione dei pazienti che presentano un rischio suicidiario. Premesso che il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione, che statisticamente i maschi sono più a rischio in un'età compresa tra 15 e 24 anni e dopo i 65 e che inoltre il 30-40% di coloro che si sono suicidati avevano già messo in atto precedenti tentativi, l'attenzione deve essere rivolta, in particolare, a:

- pazienti che hanno già tentato il suicidio;
- pazienti cui viene diagnosticata una patologia a prognosi infausta;
- pazienti cui vengono proposte cure palliative;
- pazienti cui, per il trattamento di complicanze letali, si rende necessaria l'amputazioni di arti
- pazienti affetti da dolore intenso/cronico
- genitori, soprattutto le madri, cui viene comunicato il decesso del neonato.

Si sottolinea che, in tutti i casi, la valutazione del rischio di suicidio è un processo continuo che non si esaurisce all'ammissione del paziente ma che continua durante la degenza fino alla dimissione.

Per una efficace ed appropriata identificazione del paziente a rischio, è necessario procedere come di seguito indicato.

#### 5.1.1. Anamnesi

Il medico, durante l'indagine anamnestica, effettua la valutazione del rischio suicidiario ponendo attenzione a:

- storia personale e familiare del paziente ricercando attentamente, ad esempio, precedenti condotte autolesive e/o familiarità per suicidio, eventuali abusi sessuali subiti e avversità esistenziali nel recente passato;
- condizioni socio-ambientali del paziente quali, ad esempio, l'isolamento sociale;
- condizioni cliniche con particolare attenzione alle sindromi cerebrali organiche, alle patologie somatiche croniche e soprattutto a quelle in fase terminale;
- la presenza di disturbi psichici già diagnosticati:
  - depressione maggiore;
  - sindrome affettiva bipolare;
  - schizofrenia e altri disturbi psicotici;
  - disturbi di personalità con comportamento aggressivo;
  - personalità borderline o antisociale;
  - disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva;
  - abuso o dipendenza da alcool, da stupefacenti, da psicofarmaci, da gioco;
  - disturbi d'ansia;

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

- la presenza di segni e sintomi che esprimono uno stato di sofferenza psichica non riconducibili ad uno specifico disturbo, quali, ad esempio:
  - compromissione cognitiva e ridotta capacità di giudizio;
  - idee di morte e/o di suicidio anche in assenza di una franca progettualità;
  - mancanza di speranza (hopelessness) e di percezione di una rete di supporto familiare e sociale (helplessness);
  - agitazione e tensione interna;
  - ansia ed insonnia;
  - discontrollo degli impulsi.

Tali segni e sintomi devono essere puntualmente annotati dal medico nella cartella clinica del paziente utilizzando l'apposita scheda (allegato 1). Inoltre è opportuno istruire tutti gli Operatori di dare tempestiva comunicazione al medico di riferimento, per la messa in atto di idonee misure di prevenzione, qualora il paziente verbalizzasse idee di morte e/o di suicidio anche in assenza di una franca progettualità.

### **5.1.2 Esame obiettivo**

Un attento e completo esame obiettivo ispettivo è indispensabile per individuare eventuali segni di recenti o pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari. E' altresì possibile identificare i segni indicativi di uno stato di intossicazione da alcool e/o da sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza. In caso di sospetto di intossicazione deve essere richiesto un esame tossicologico (ad esempio, sulle urine) per conferma. L'esame obiettivo psichico deve essere mirato a rilevare alterazioni dello stato di coscienza, alterazioni dell'umore, soprattutto di marca depressiva o con rapida ciclicità, alterazioni delle senso-percezioni, turbe del contenuto del pensiero di marca delirante, ansia libera e somatizzata, idee di morte o di suicidio, anche in assenza di progettualità, alterazioni del comportamento indicative di discontrollo degli impulsi e assenza di infuturazione, ponendo particolare attenzione alla volontà spesso inespressa di disfarsi di oggetti di valore, sistemare affari in sospenso e disporre un testamento.

## **5.2 Stratificazione del rischio suicidiario e definizione delle misure di sicurezza organizzativo-assistenziali**

È possibile definire tre "valori soglia" – lieve, medio, grave - sulla base dei quali strutturare misure di sicurezza organizzativo-assistenziali come di seguito riportato.

### **5.2.1 Rischio lieve**

Il rischio suicidiario non è evidenziabile in quanto assente o assolutamente insospettabile in relazione alla raccolta dati effettuata sia nei reparti a maggior rischio (sopra indicati) sia in altri reparti di degenza.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

### **Misure di sicurezza organizzativo-assistenziali**

Si raccomanda l'adozione di comportamenti assistenziali non specificatamente orientati alla prevenzione di azioni anticonservative ma improntati alla comprensione empatica del paziente in riferimento ai suoi comportamenti.

#### **5.2.2 Rischio medio**

Il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile sebbene, a seguito dei colloqui intercorsi con il Personale di cura e sulla base dei comportamenti/atteggiamenti del paziente, sia ipotizzabile una progettualità anticonservativa non strutturata in un piano d'azione.

### **Misure di sicurezza organizzativo-assistenziali**

Si raccomanda, soprattutto per i pazienti degenti in UU.OO. non psichiatriche, 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, fino alla valutazione specialistica psichiatrica.

In attesa della valutazione del paziente da parte dello psichiatra, bisogna:

- informare tutto il personale sul sospetto di potenziale rischio suicidario e garantire un'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, ma anche durante le ore diurne in cui il personale è impegnato in attività di routine o di emergenza che possono distrarre l'attenzione dal "soggetto a rischio" (ad esempio cambio turno);
- accogliere il paziente in una stanza di degenza in cui sia più facile il controllo da parte del personale di assistenza; valutare attentamente la posizione del letto nella stanza affinché la sorveglianza del paziente sia più agevole e, se è possibile, evitare il posizionamento del letto vicino alle finestre; preferire la sistemazione del paziente in stanze dove ci siano anche altri degenti soli (ad es. stanza di degenza a più letti);
- prendere in consegna oggetti pericolosi come farmaci, sostanze tossiche o attrezzature da toeletta taglienti o in vetro o in plastica dura/ceramica, o altri oggetti personali o di abbigliamento potenzialmente a rischio di provocare asfissia o strangolamento, oppure fonti di fiamma libera;
- porre in atto misure che impediscano alla persona a rischio di accedere ad ambienti, strutture ed attrezzature che 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;
- 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.

#### **5.2.3 Rischio grave**

Il rischio suicidario è fondato su esplicite dichiarazioni di un'intenzione suicidaria o tentativi falliti sia pure dimostrativi. Il trattamento e la gestione del paziente considerato a rischio "certo" dovranno essere garantiti nella Unità Operativa di degenza del paziente ad eccezione dei casi in cui lo specialista psichiatra ravvisi una competenza prioritariamente psichiatrica.

### **Misure di sicurezza organizzativo-assistenziali**

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

In attesa della valutazione specialistica psichiatrica del paziente in urgenza, valgono le stesse modalità indicate per il rischio sospetto/medio.

**La valutazione definitiva e l'assegnazione del livello di rischio suicidario è affidata allo specialista psichiatra che esegue la consulenza e può basarsi sull'utilizzo di scale (ad esempio scala di Beck-allegato 2). Lo specialista sottoporrà il paziente a rivalutazioni giornaliere o secondo necessità del rischio suicidario per l'intera durata del periodo di degenza fino alla dimissione.**

La conferma del rischio suicidario da parte del consulente psichiatra, configurando un'urgenza di prioritaria pertinenza psichiatrica, compatibilmente con le condizioni cliniche generali del paziente, impone il trasferimento nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per una migliore definizione diagnostica e le cure del caso.

Lo psichiatra dovrà procedere alla formalizzazione del TSO in regime ospedaliero se sussistono *“alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici”*, se *“gli stessi non vengano accettati dall'infermo”* e *“ non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitari extra-ospedaliere”*, in caso di rifiuto del ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura da parte del paziente.

Nel caso in cui lo psichiatra intervenga su richiesta del Medico del Pronto Soccorso e valuti, escludendo uno stato di intossicazione acuto da sostanze d'abuso, che:

- l'ideazione suicidaria è una reazione ad eventi scatenanti (es., fallimento di un esame, difficoltà relazionali), il punto di vista del paziente sulla situazione è cambiato, in presenza di evidenze emerse dal colloquio di un recupero di una valida critica rispetto al gesto agito;
- il paziente ha messo in pratica atti di autolesionismo non suicidari;
- il piano /metodi ed 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;

in presenza di una adeguata “rete di supporto” familiare, potrà, in accordo con lo psichiatra dei Servizi territoriali o con lo psichiatra “di fiducia”, rimmetterlo alle loro cure.

#### I) Ricovero in SPDC

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

L'accoglienza nel reparto di degenza del paziente a rischio suicidario impone l'adozione di 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.) secondo le procedure di seguito riportate:

- annotare il piano di trattamento e sorveglianza del paziente ad alto rischio suicidario nella cartella infermieristica e nella cartella clinica e riportarlo nel registro di consegne infermieristico in modo che l'equipe sanitaria e il personale non sanitario (personale ausiliario, tecnici della manutenzione ecc.)

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

siano sempre informati della presenza in reparto di degenza di un paziente a rischio di suicidio, al fine di impedire l'accesso ad oggetti e materiali potenzialmente letali (farmaci, presidi e apparecchi sanitari, prodotti chimici, detergenti, 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;

- eliminare, ove possibile, gli stimoli eccessivi e predisporre un ambiente tranquillo;
- evitare la sistemazione del paziente in stanze singole preferendo la collocazione insieme ad altri degenti, in ambienti che rendano agevole la sorveglianza diretta del paziente;
- garantire un adeguato ritmo sonno-veglia;
- disporre che il Personale Infermieristico si accerti dell'assunzione della terapia farmacologica prescritta ad ogni somministrazione;
- disporre stretta osservazione del paziente (anche con videosorveglianza) almeno per le prime 24 ore o comunque fino a rivalutazione del livello di rischio con particolare attenzione nelle ore serali, notturne e nei giorni festivi quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto ma anche nelle ore in cui il personale di cura è impegnato in attività assistenziali di routine e/o di urgenza/emergenza, che possono distrarre l'attenzione dal soggetto a rischio;
- disporre che il paziente venga vigilato dal Personale di cura quando si reca in bagno, utilizzando anche il contatto vocale se la permanenza nella stanza da bagno si dovesse protrarre;
- disporre la registrazione da parte del Personale infermieristico su apposita scheda dei riscontri delle attività di monitoraggio.

**N.B.)** Nei casi in cui vengano ricoverati pazienti che abbiano già tentato in passato il suicidio o che provengano dal Pronto Soccorso per un tentato suicidio o che abbiano manifestato intenzioni anticonservative al medico curante e sui quali sia stato stimato un rischio suicidario medio e/o grave, è necessario mettere in atto procedure finalizzate a diminuire il rischio suicidario in reparto. In tali casi il Dirigente Medico e/o la Coordinatore Infermieristico di Reparto (o l'Infermiere) compila la "Scheda interventi preventivi e di sicurezza" (allegato 3) quale promemoria per ricordare a tutto il personale alcune semplici ma utili misure preventive da osservare. Tale elenco può essere modificato e arricchito dai singoli reparti.

#### Rivalutazione del rischio ed adeguamento delle misure assistenziali in SPDC

Lo specialista psichiatra effettuerà rivalutazione giornaliera del livello di rischio del paziente, eventualmente anche attraverso la somministrazione della scala di Beck (allegato 2) con conseguente adeguamento delle misure assistenziali rispetto al livello di rischio rilevato.

### **5.3 Dimissione ospedaliera**

Prima della dimissione di pazienti a rischio suicidario è opportuno assicurarsi della presa in carico da parte dei Servizi Psichiatrici territoriali e/o dei Servizi Socio-Sanitari competenti per territorio (MMG, CSM, SERD, Servizio di Assistenza Domiciliare), al fine di garantire una buona continuità assistenziale, in quanto la letteratura scientifica e l'esperienza clinica hanno dimostrato che il periodo post dimissione risulta particolarmente delicato per il paziente con drastico incremento del rischio suicidario nelle prime quattro settimane dalla dimissione dall'Ospedale e soprattutto nella prima.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

A tal fine è auspicabile **concordare** per tempo con il paziente e con gli operatori del Centro di Salute Mentale o dove il paziente è stato ricoverato, la data della probabile dimissione (“**dimissione protetta**”) dal reparto per verificare con lo stesso le capacità di poter ri-affrontare la vita quotidiana. Il paziente, infatti, potrà essere dimesso se non presenta gli elementi tipici del rischio di suicidio descritti in precedenza, se pertanto i punteggi degli strumenti psicometrici risultino compresi nel **range di sicurezza**.

Nella cartella clinica andrà scritto con chiarezza il giorno e l’ora in cui il Servizio territoriale incontrerà il paziente dopo la dimissione, o presso il suo domicilio o presso il CSM.

## 6. CARATTERISTICHE STRUTTURALI DEL REPARTO

Al fine di ridurre nei reparti di degenza la presenza di mezzi idonei per il suicidio, bisogna:

- utilizzare solo posate di plastica, bicchieri e piatti infrangibili;
- dotare porte e finestre di vetri antisfondamento e/o ringhiere;
- dotare le porte di maniglie di sicurezza;
- disporre infissi, ove possibile, in sicurezza (soprattutto alle finestre dei piani alti, dato che in ospedale la modalità di suicidio più frequentemente messa in atto è la precipitazione);
- dotare di protezione i raccordi per ossigeno e aspirazione;
- dotare le docce di soffioni fissi e con foggia tale da impedire l’appiglio o l’uso improprio;
- dotare le stanze di degenza di letti ad altezza variabile, per adattarlo anche ai materassi antidecubito, con spondine protettive;
- dotare le stanze di degenza di dispositivi di allarme non appesi a soffitto/pareti;
- dotare di sistemi anti-intrusione anche nei locali riservati al personale;
- dotare di eventuali impianti di videosorveglianza le aree non presidiate o critiche;
- dotare le stanze di degenza di rivestimenti parietali in materiali idonei ad attutire gli effetti di eventuali urti;
- dotare le stanze di mezzi di oscuramento vetri che non usino corde o cinghie;
- adeguare il cablaggio elettrico delle prese affinché non sia possibile estrarle dal muro, fornite di specifici sistemi salvavita;
- porre in sicurezza quadri elettrici;
- utilizzare lastre in vetro infrangibile ovvero in vetro temperato per evitare utilizzo improprio di schegge e frammenti;
- adeguare i sistemi antincendio perché non possano essere usati in maniera impropria ( ad esempio estintori, manichette antincendio);
- porre in atto tutti i correttivi che dovessero evidenziarsi durante la normale attività di degenza;
- Predisporre attività di manutenzione periodica regolare ad evitare l’ammaloramento delle strutture e delle suppellettili con incremento del rischio di utilizzo improprio ( a titolo esemplificativo uso di porte di armadietti o pezzi provenienti dai letti).

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

Tutti gli operatori coinvolti devono essere adeguatamente informati sulle misure di prevenzione ambientale/strutturale adottate al fine di dare tempestiva comunicazione, in caso di eventuali disfunzioni o problemi organizzativi, al proprio responsabile.

## 7.FORMAZIONE DEL PERSONALE

Al fine di aumentare e mantenere la capacità degli operatori di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio ed adottare idonee misure di prevenzione, vanno incrementate le attività di orientamento e formazione del personale rispetto a tale problematica.

Nel merito, la ASL FG programmerà attività di formazione periodica obbligatoria 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).

## 8.RESPONSABILITA'

La U.O. Gestione del Rischio Clinico progetta, promuove e diffonde la procedura alle Direzioni Sanitarie di Presidio della ASL FG. Le suddette Direzioni sono responsabili della capillare diffusione ed applicazione della procedura nonché del relativo monitoraggio. 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.

Attività	Direzione Sanitaria Strategica (U.O. Gestione Rischio Clinico)	Direttore Sanitario di Presidio	Direttore U.O./ Servizio/ Dipartimento	Dirigente Medico di Reparto	Dirigente Medico Specialista	Coord. Infermieristico	Infermiere
Progettazione, promozione, diffusione procedura a DS	R						
Diffusione procedura		R	R	C	C	C	I
Applicazione procedura			R	R	R	R	R
Vigilanza su applicazione procedura		R	C	C	C	C	I
Valutazione paziente			R,C	R	R	C	C

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

Presa in carico del paziente			I	R			
Eventuale visita specialistica			I	I	R		
Sistemazione del paziente in reparto			I	I		R	C
Modalità di vigilanza e gestione del paziente			I	I		R	C
Monitoraggio applicazione procedura			R				
Segnalazione eventi sentinella			R	R	R	R	R
Monitoraggio eventi sentinella	R						

N.B.: R=RESPONSABILE C=COINVOLTO I=INFORMATO

## 9.SEGNALAZIONE

La segnalazione degli eventi legati alla sicurezza delle cure deve essere effettuata compilando la SCHEDA DI INCIDENT REPORTING disponibile sul sito aziendale.

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 secondo quanto definito nelle istruzioni operative aziendali "Segnalazione/gestione degli eventi avversi" adottate con delibera del Direttore Generale n. 67 del 22/01/2015.

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

È responsabilità del referente aziendale per la gestione del rischio clinico 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.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

## 10. MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio dell'applicazione della presente procedura aziendale sono in capo ai Direttori Medici di Presidio Ospedaliero ASLFG che unitamente al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) ASL FG dovranno produrre un report annuale indirizzato alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. di Rischio Clinico, contenente i sotto indicati 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.

## 11. INDICATORI

- 1) Numero di tentati suicidi/suicidi dalla data di approvazione della seguente procedura rispetto al numero di tentati suicidi/suicidi negli anni precedenti.
- 2) Percentuale di operatori con partecipazione ad almeno un evento formativo annuale sul suicidio e il tentato suicidio.

## 12. DIFFUSIONE DELLA PROCEDURA

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 presso tutte le Unità Operative.

Inoltre, il documento sarà reso pubblico al personale medico e all'utenza, mediante pubblicazione sul sito aziendale, alla sezione del Rischio Clinico dedicata alle procedure aziendali.

## 13. REVISIONI

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

## 14. NORMATIVA DI RIFERIMENTO E BIBLIOGRAFIA

- 1) WHO. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 2) Vichi M, Ghirini S, Pompili M, Erbuto D, Siliquini R. Suicidi. In Rapporto Osservasalute 2018: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex S.p.a, 2019.
- 3) Vichi M, Vitiello B, Ghirini S, Pompili M. Does population density moderate suicide risk? An Italian population study over the last 30 years. European Psychiatry, Volume 63, Issue 1. DOI:<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.69>
- 4) De Leo D, Vichi M, Kolves K, Pompili M. Late life suicide in Italy, 1980-2015. Aging Clin Exp Res. 2019 Dec 2. doi: 10.1007/s40520-019-01431-z.
- 5) Grande E, Vichi M, Alicandro G, Simeoni S, Murianni L, Marchetti S, Zengarini N, Frova L, Pompili M. Suicide among adolescents in Italy: a nationwide cohort study of the role of family characteristics. European Child & Adolescent Psychiatry, 2020, Jul 2. doi: 10.1007/s00787-020-01591-8. Online ahead of print.
- 6) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, Lester D, Yang B, De Leo D, Girardi P. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. Health Soc Care Community. 2014 Jul;22(4):361-7.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

- 7) Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013 Sep 17;347:f5239.
- 8) Raccomandazione Ministeriale n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”, Marzo 2008
- 9) LEGGE 8 marzo 2017, n. 24. “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017)
- 10) Mamelund SE. Effects of the Spanish Influenza Pandemic of 1918-19 on Later Life Mortality of Norwegian Cohorts Born About 1900. Working Paper., October 2003.
- 11) Simonsen L, Chowell G, Andreasen V, Gaffey R, Barry J, Olson D, Viboud C. A review of the 1918 herald pandemic wave: importance for contemporary pandemic response strategies. *Ann Epidemiol*. 2018 May;28(5):281-288. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.02.013. Epub 2018 Mar 2.
- 12) Gunnell D, Appleby L., Arensman E. et. Al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* April 2020. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1
- 13) Thakur V, Jain A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun*. 2020 Apr 23. pii: S0889-1591(20)30643-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.062.
- 14) Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J; ESEMED/MHEDEA Investigators. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1-3):27-34.

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

**Allegato 1**

**SCHEMA VALUTAZIONE RISCHIO SUICIDIARIO**

Sig. \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Raccolta da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

• SI SENTE GIU'?	SI	NO
• CHE PROGETTI HA QUANDO ESCE DALL'OSPEDALE?		
• SI E' SENTITO GIU' RECENTEMENTE?	SI	NO
• SI E' MAI SENTITO COSI' IN PRECEDENZA?	SI	NO
• CHE COSA ERA SUCCESSO?		
• C'E' QUALCOSA CHE LA PREOCCUPA O LA TURBA MOLTO?		
• IN CHE MODO LE PERSONE (EVENTUALMENTE SPECIFICARE) VICINE LE RENDONO LA VITA PIU' DIFFICILE?		
• HA AVUTO L'IMPRESSIONE DI NON FARCELA PIU'?	SI	NO
• SENTE DI DOVER ESPIARE QUALCHE COLPA?	SI	NO
• ALCUNE PERSONE NELLA SUA SITUAZIONE PENSEREBBERO CHE NON VALE LA PENA DI CONTINUARE A VIVERE. E' SUCCESSO ANCHE A LEI?	SI	NO
• HA MAI PENSATO DI FARSI DEL MALE O TOGLIERSI LA VITA?	SI	NO
• ANCHE ADESSO?	SI	NO
• COME?		
• CON CHE FREQUENZA LE VENGONO QUESTI PENSIERI?		
• PER QUANTO TEMPO CI HA PENSATO NEGLI ULTIMI GIORNI?		
• COSA L'HA TRATTENUTA DAL FARLO?		
• HA MAI CHIESTO AIUTO?	SI	NO
• A CHI?		
• QUANTO LE E' STATO VICINO?		
• HA MAI PENSATO COME CIO' INFLUENZEREBBE LA VITA DEI SUOI CARI?	SI	NO
• HA MAI TENTATO IL SUICIDIO PRIMA?	SI	NO
• QUANTE VOLTE?		
• QUANDO L'ULTIMA VOLTA?		
• IN CHE MODO?		
• HA MAI PENSATO DI FARLA FINITA?	SI	NO
• HA PROGRAMMATO QUANDO FARLO?	SI	NO
• HA PENSATO A COME FARLO?		
• HA ESPRESSO LE SUE ULTIME VOLONTA' A QUALCUNO DI CUI SI FIDA O LE HA LASCIATE SCRITTE?	SI	NO
• HA MAI FATTO QUALCOSA IMPULSIVAMENTE DI CUI POI SI E' PENTITO?	SI	NO

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

## Allegato 2 - SCALE FOR SUICIDE IDEATION (Beck et al., 1979)

L'SSI è un'intervista semi-strutturata da parte dell'operatore ed è composta da **19 item, si articola in 3 fattori (desiderio attivo di suicidio, la preparazione e il desiderio passivo di suicidio)** e prende in considerazione la intenzionalità e la pervasività dell'ideazione (item 1-7), i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio, la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie (item 8-10), i motivi (item 11); i dettagli e il grado di preparazione del progetto suicidario (12-19). Gli item sono valutati su di una **scala a 3 punti (da 0 a 2)**, in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso in ciascun item. Il punteggio totale può oscillare, perciò, **tra 0 e 38**. I soggetti che riportavano **punteggi ≤ 5** sono stati considerati non a rischio di suicidio, mentre quelli con **punteggi > 5** a rischio di suicidio.

<b>SCALE FOR SUICIDE IDEATION</b> <b>SSI - #770</b>	
<b>Nome e Cognome</b> _____ <b>Data di nascita</b> ___/___/___	
<b>Valutatore</b> _____ <b>Data valutazione</b> ___/___/___	
<b>1. Desiderio di vivere</b> 0. Da moderato a forte 1. Debole 2. Assente	<b>10. Deterrenti nei confronti dei tentativo di suicidio (es: famiglia, religione)</b> 0. Non tenterebbe il suicidio a causa dei deterrenti 1. Qualche preoccupazione circa i deterrenti 2. Preoccupazione minima o assente circa i deterrenti
<b>2. Desiderio di morire</b> 0. Da moderato a forte 1. Debole 2. Assente	<b>11. Motivi per prendere in considerazione il tentativo</b> 0. Per manipolare l'ambiente, attirare l'attenzione, vendicarsi 1. Una combinazione di 0 e 2 2. Fuggire, chiudere, risolvere dei problemi
<b>3. Ragioni per vivere/morire</b> 0. Le ragioni per vivere superano quelle per morire 1. All'incirca uguali 2. Le ragioni per morire superano quelle per vivere	<b>12. Metodo: adeguatezza/pianificazione del tentativo progettato</b> 0. Non considerata 1. Considerata, ma dettagli non calcolati 2. Dettagli calcolati/ ben previsti
<b>4. Desiderio di mettere in atto un tentativo di suicidio</b> 0. Nessuno 1. Debole 2. Da moderato a forte	<b>13. Metodo: disponibilità/opportunità per il tentativo progettato</b> 0. Metodo non disponibile; mancanza di opportunità 1. Il metodo richiede tempo/sforzo; l'opportunità non è facilmente disponibile 2a. Disponibili sia il metodo che l'opportunità

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

	2b. Prevedibilmente prossima l'opportunità o la disponibilità del metodo
<b>5. Desiderio passivo di suicidio</b> 0. Prenderebbe delle precauzioni per salvare la vita 1. Lascerebbe al destino la vita/morte <b>2.</b> Eviterebbe di fare i passi necessari per salvarsi o mantenersi in vita	<b>14.Sensazione di “capacità” di realizzare il tentativo</b> 0. Mancanza di coraggio, troppo debole, troppo timoroso, incapace 1. Insicuro del proprio coraggio, della propria capacità 2. Sicuro della capacità, del coraggio
<b>6. Dimensione temporale: durata dell'ideazione/desiderio di suicidio</b> 0. Periodi brevi, passeggeri 1. Periodi più lunghi 2. Continua (cronica) o pressochè continua	<b>15.Attesa/previsione del reale tentativo</b> 0. Nessuna 1. Incerta, insicura 2. Si
<b>7. Dimensione temporale: frequenza suicidio</b> 0. Rara, occasionale 1. Intermittente 2. Continua (cronica) o pressochè continua	<b>16.Effettiva preparazione del tentativo progettato</b> 0. Nessuna 1. Parziale (es: incominciare ad accumulare pillole) 2. Completa (es: ha le pillole, ha la pistola carica)
<b>8. Atteggiamento verso l'ideazione, il desiderio</b> 0. Rifiutante 1. Ambivalente; indifferente 2. Accettante	<b>17.Scritti suicidiari</b> 0. Nessuno 1. Ci ha pensato o ha asistemato qualcosa 2. Ha fatto, pianificato con precisione o ha sistemato ogni cosa
<b>9. Controllo sul gesto suicidiario, sul desiderio di reazione impulsiva</b> 0. Ha la sensazione di avere il controllo 1. Non è sicuro di avere il controllo 2. Non sente di avere il controllo	<b>18.Atti finali in preparazione della morte (es: assicurazioni, testamento)</b> 0. Nessuno 1. Ci ha pensato o ha sistemato qualcosa 2. Ha fatto, pianificato con precisione o ha sistemato ogni cosa
<b>19. Dissimulazione/occultamento del tentativo progettato</b> 0. Ha comunicato apertamente le sue idee 1. E' reticente nel comunicare 2. Tenta di dissimulare, occultare, mentire	

	<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA</b>	<b>EDIZIONE 0 APRILE 2022</b>
	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE</b>	

### Allegato 3 – SCHEDA INTERVENTI PREVENTIVI E DI SICUREZZA

Scheda da compilare a cura del Dirigente Medico e dalla Caposala/Infermiere in modo da sensibilizzare tutto il personale medico e infermieristico alla messa in atto di misure preventive, sia durante il ricovero che alla dimissione.

<p><b>SCHEDA INTERVENTI PREVENTIVI E DI SICUREZZA</b> La presente scheda, da compilare nel momento in cui l'équipe avrà "valutato un paziente a rischio suicidiario", costituisce una traccia per l'identificazione e l'attuazione di misure preventive e di sicurezza. <u>Le misure preventive attivate dovranno essere portate a conoscenza di tutto il personale</u>, inserendo, ad esempio, la presente scheda nel registro delle consegne degli infermieri, dei medici strutturati e dei medici specializzandi</p>	
<b>COGNOME E NOME</b> _____	<b>DATA</b> _____
<p><b><u>MISURE PREVENTIVE ATTIVATE</u></b></p> <p><b><i>DURANTE IL PERIODO DI RICOVERO:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ALLERTATO TUTTO IL PERSONALE</li> <li><input type="checkbox"/> Osservazione costante del paziente</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilizzare i familiari sulla necessità di contribuire al controllo costante del paziente</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilizzare i familiari e gli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltellini, oggetti in vetro, farmaci)</li> <li><input type="checkbox"/> Controllare costantemente la stanza di degenza ed il bagno, ed allontanare qualunque oggetto possa costituire pericolo</li> <li><input type="checkbox"/> Vigilare che il paziente non acceda a sostanze potenzialmente pericolose (farmaci, detersivi, presidi)</li> <li><input type="checkbox"/> Chiudere a chiave la medicheria</li> <li><input type="checkbox"/> Chiudere a chiave tutti i magazzini contenenti detersivi e presidi potenzialmente pericolosi.</li> <li><input type="checkbox"/> Attivare familiare e/o volontariato e/o personale integrativo per osservazione del pz.</li> <li><input type="checkbox"/> Porre particolare attenzione durante le ore serali e notturne</li> <li><input type="checkbox"/> Porre particolare attenzione quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine</li> </ul> <p><b><i>ALLA DIMISSIONE:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fornire tutte le informazioni utili sul rischio potenziale ai medici del reparto medico in cui potrebbe essere trasferito, ai medici del Servizio territoriale nell'ottica della continuità</li> <li><input type="checkbox"/> Fornire recapiti telefonici utili in caso di necessità o di bisogno</li> <li><input type="checkbox"/> Verificare che i punteggi alla Scale for Suicide Ideation (SSI) e alla Beck Hopelessness Scale (BHS) si siano normalizzati</li> <li><input type="checkbox"/> Altro(specificare)_____</li> </ul>	
<b>IL MEDICO</b> _____	<b>LA CAPOSALA (o INFERMIERE)</b> _____