

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 99 del 07/02/2022)

OGGETTO: PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE
Implementazione Raccomandazione Ministeriale n.4

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

Premesso che la Gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie e che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività, i comportamenti e ridurre la discrezionalità del singolo operatore;

Ritenuto che i percorsi di Risk Management hanno come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni e uno spunto di lavoro comune, per garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza della prestazione attraverso l'omogeneità di comportamenti tra i membri dell'equipe;

Preso atto 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 sociosanitarie coinvolte;

Premesso che la Raccomandazione Ministeriale n.4 ricorda che il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità, la ASL Taranto con la delibera n. 1684 del 18 luglio 2017 ha adottato la Procedura applicativa per la prevenzione del suicidio in Ospedale con i seguenti obiettivi ovvero, di fornire agli Operatori uno strumento per individuare i pazienti a rischio di comportamenti suicidari, dare indicazioni sulle modalità di gestione, ridurre il rischio di comportamenti aggressivi autodiretti nei pazienti psichiatrici e definire il ruolo degli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale;

Osservato che l'implementazione "sul campo" ha evidenziato la necessità di attuarne un aggiornamento, volto a conseguire una semplificazione delle azioni di prevenzione del suicidio in ambienti di degenza, e sulla scorta dell'analisi pervenute dalle unità operative di degenza in fase applicativa, il gruppo di lavoro costituito presso il Dipartimento di Salute Mentale ha elaborato una revisione della Procedura;

L'Istruttore: CPS-Infermiere Dr.ssa Irene Friuli

Il Responsabile S.S.D. Dr Giuseppe Carbotti

I soggetti di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa e dei regolamenti aziendali e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti attestano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale e indipendente delle funzioni attribuite, in relazione al procedimento indicato in oggetto ai sensi della normativa nazionale, del codice di comportamento aziendale e del PIAO vigenti.

D E L I B E R A

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

Di approvare la : Procedura per la prevenzione del suicidio in ospedale - Implementazione Raccomandazione Ministeriale n.4 , in allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

Di trasmettere il presente provvedimento, a mezzo procedura informatizzata interna ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri della ASL che ne assicureranno loro tramite la diffusione Direttori ed ai Responsabili delle Unità Operative interessate.

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE

Implementazione Raccomandazione Ministeriale n.4

Con la sottoscrizione del presente provvedimento, i Direttori attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale e indipendente delle funzioni attribuite, in relazione al procedimento indicato in oggetto ai sensi della normativa nazionale, del codice di comportamento aziendale e del PIAO vigenti.

Il numero di registro e la data del presente provvedimento, nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO:	ASL_TA
REGISTRO:	DELIBERAZIONI
NUMERO:	1186
DATA:	09/05/2024
OGGETTO:	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE Implementazione Raccomandazione Ministeriale n.4

Sottoscritto digitalmente da:

dr. Vito Gregorio Colacicco in qualità di Direttore Generale nominato con D.G.R. n. 99 del 07/02/2022
con il parere favorevole del dr. Sante Minerba - Direttore Sanitario
con il parere favorevole del dott. Vito Santoro - Direttore Amministrativo

Struttura proponente : **Rischio Clinico**

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: GIUSEPPE CARBOTTI

Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

4CFC16DA7BE9413B86BFD587DD0DB86336840947A

770187C87DABF7B24EE3C75

L'originale del provvedimento indicato nel presente frontespizio, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente e deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-1348-2024**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
REGISTRO DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

AOO: **ASL_TA**

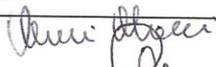
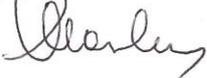
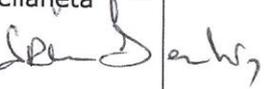
REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **1186**

DATA REGISTRO: **09/05/2024**

NUMERO REPERTORIO: **2161**

OGGETTO: **PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN
OSPEDALE
Implementazione Raccomandazione Ministeriale n.4**

Data Redazione	12.05.2017
Revisione n.1	06.12.2023
Gruppo di lavoro	<p>Dr.ssa I. DI NOI Dirigente Medico SPDC</p> <p>Dr.ssa S. DE FAZIO Coordinatrice SPDC</p> <p>Dr.ssa M.G. MALUCCIO Direzione Medica POC</p> <p>CPSIDr.ssa P. FALCO Direzione Medica POC</p> <p>Dr.ssa L. NARDELLI Dirigente Medico Rischio Clinico</p> <p>Dr.ssa L. INNAMORATO Dirigente Medico Rischio Clinico</p> <p>CPSI Dr.ssa I. FRIULI Rischio clinico</p>
Verifica	<p>Dr.ssa M. NACCI Direttore DSM </p> <p>Dr.ssa M. LEONE Direzione Medica POC </p> <p>Dr. G. MALAGNINO Direzione Medica PO Valle d'Itria Martina Franca </p> <p>Dr.ssa V.M. VINCI Direzione Medica PO Ospedale San PIO Castellaneta </p> <p>Dr.ssa A. DE SANTIS Direzione Medica PO Giannuzzi Manduria </p> <p>Dr.ssa C. FARILLA Direzione Medica PO Moscati </p> <p>Dr. G. CARBOTTI Resp. SSD Rischio Clinico </p>
Approvazione	<p>Dr. V. G. COLACICCO Direttore Generale ASL TA </p> <p>Dr. S. MINERBA Direttore Sanitario ASL TA </p>

SOMMARIO

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	4
4.1 IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO.....	5
4.2 DEFINIZIONE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO	8
4.3 ANAMNESI.....	9
4.4 ESAME OBIETTIVO	10
4.5 RIVALUTAZIONE GIORNALIERA DEL RISCHIO	11
4.6 GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO SUICIDIO	11
4.7 MISURE PREVENTIVE DI SICUREZZA NEL PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE.....	12
5. FLOW CHART PERCORSO DEL PAZIENTE	16
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	17
7. FORMAZIONE	18
8. SEGNALAZIONE	18
9. ALLEGATI	18

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p style="text-align: center;">Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 3 di 21</p>
---	---	--

1. PREMESSA

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare rilevanza, per tale ragione è di primaria importanza, in termini di prevenzione e sicurezza del paziente, adottare misure e strumenti adeguati. I fattori di rischio sono molteplici e la loro conoscenza permette l'elaborazione e l'applicazione di strategie idonee per ridurre il verificarsi di tale evento avverso, agendo su:

- Strumenti di valutazione del paziente;
- Profili assistenziali per i pazienti, che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio, che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
- Processi organizzativi;
- Formazione degli operatori;
- Idoneità ambientale e strutturale.

La prevenzione del suicidio si articola dunque su un livello conoscitivo, ambientale ed organizzativo. Relativamente all'aspetto **conoscitivo**, gli sforzi degli operatori sanitari devono tendere verso un processo di umanizzazione delle strutture sanitarie rendendo l'esperienza del ricovero meno spersonalizzante, anonima, passiva e regressiva e fornendo ai pazienti gli strumenti e le informazioni per conoscere e gestire, in maniera consapevole, responsabile e autonoma, la propria malattia.

Per quanto concerne l'aspetto **ambientale**, è necessario, ove possibile, porre in essere azioni finalizzate ad aumentare la sicurezza ambientale nelle strutture sanitarie per tutti i degenti, quali, a titolo di esempio, il controllo di accesso ai farmaci o l'eventuale disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi.

L'aspetto **organizzativo** riguarda il coordinamento complessivo delle attività, nelle quali rientra a titolo prioritario, la formazione.

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p style="text-align: center;">Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 4 di 21</p>
---	---	--

2. SCOPO

Il presente documento costituisce la revisione della “*Procedura per la prevenzione del suicidio*” redatta nel maggio 2017 e oggetto di deliberazione del Direttore Generale n. 1684 del 18.07.2017 in ottemperanza a quanto previsto dalla **Raccomandazione Ministeriale n. 4** del marzo 2008 recante *Prevenzione del Suicidio in Ospedale*. Tale revisione ha la finalità di rafforzare quanto già presente nel *background* professionale degli operatori sanitari della ASL Taranto in merito alla acquisizione di strumenti e pratiche finalizzate alla identificazione dei fattori di rischio e alla conoscenza delle attività volte alla prevenzione/riduzione dei suicidi/tentati suicidi dei pazienti afferenti alle Strutture Sanitarie della ASL Taranto, favorendo, nel contempo una più ampia divulgazione delle raccomandazioni ministeriali anche in ragione dell’elevato *turnover* del personale sanitario.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è rivolta a tutto il personale coinvolto nell’assistenza sanitaria e si applica ai pazienti che accedono alle Strutture Sanitarie della ASL Taranto, con particolare riferimento ai soggetti affetti da patologie gravemente invalidanti o con note tendenze autosoppressive.

In relazione a tanto, particolare attenzione deve essere rivolta ai setting assistenziali considerati ad alto rischio quali il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e i reparti di Oncologia, Ginecologia ed Ostetricia, Medicina Interna/Geriatria e il Dipartimento di Emergenza e Urgenza.

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA’

La prevenzione del suicidio ospedaliero si articola in una serie di azioni che mirano a rendere più personalizzata l’esperienza del ricovero. La capacità di porre al centro del percorso di cura la persona malata, aumenta la probabilità di individuare i casi a rischio e sviluppare contestualmente un piano

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 5 di 21</p>
---	---	--

assistenziale individualizzato basato anche, tra l'altro, sull'adozione di misure finalizzate a rafforzare la sicurezza ambientale.

Tali azioni partono da un'efficace ed efficiente presa in carico del paziente.

4.1 Identificazione dei fattori di rischio

È fondamentale considerare che l'ospedale può essere considerato il luogo scelto dal paziente per suicidarsi e per tale ragione è necessario considerare tutti i fattori di rischio possibili, prescindendo dalla patologia connessa al ricovero.

Il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione e comunque la valutazione del rischio di suicidio è un processo continuo che va effettuato non solo all'ammissione, ma anche durante il trattamento e alla dimissione.

I fattori di rischio suicidario possono emergere attraverso l'anamnesi (ottenuta direttamente dal paziente e/o dai colloqui con i familiari, se concessi) che deve essere accuratamente riportata nella cartella clinica e infermieristica, così come dall'osservazione diretta del paziente e da notizie ricevute da familiari.

La **valutazione primaria del rischio** (ordinario e di sospetto) deve essere attuata dal medico e dagli operatori sanitari che prendono in carico il paziente.

Un ausilio per l'approfondimento di elementi di sospetto è rappresentato dalla **Guida per il colloquio con il paziente (ALLEGATO 9.1)**, elaborata dal Ministero della Salute e allegata alla Raccomandazione n. 4 che fornisce una possibile traccia per orientare l'operatore nel colloquio con il paziente nel caso in cui, dopo aver raccolto l'anamnesi, sia emerso un elemento di sospetto da approfondire o possibili fattori di rischio e nella compilazione della **Scheda di raccolta dei potenziali fattori di rischio suicidari (ALLEGATO 9.2)** redatta dalla U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione della ASL Bari e allegata alla Procedura di implementazione aziendale della Raccomandazione n. 4 della ASL Bari.

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 6 di 21</p>
---	---	--

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

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

- **Disturbi psichici.** È il primo e più importante elemento da considerare: in una elevata percentuale dei casi di suicidio è diagnosticabile un disturbo psichico, principalmente un disturbo depressivo. In termini strategici è utile focalizzare l'attenzione sui pazienti in fase depressiva o con evidenti oscillazioni dell'umore o comportamenti impulsivi. Molta attenzione deve essere posta ai pazienti nel periodo di tempo immediatamente successivo a un ricovero.
- **Uso/abuso di sostanze.** Da solo, oppure associato a disturbo psichico, è un fattore rilevante di rischio.
- **Traumi/eventi recenti/situazioni con “perdita di speranza”.** Possono determinare sindromi reattive abnormi (reazioni emotive inadeguate, stati depressivi, perdita della capacità di “infuturarsi”, ecc.) con possibile ideazione suicidaria. L'evento (normalmente una perdita) va messo in relazione con la personalità del paziente. Valutare anche pazienti che si presentano riportando contesti di sopravvenuta difficoltà economica o di perdita di “status” sociale.
- **Lutto recente per un parente morto suicida.** È una condizione nella quale il rischio suicidario aumenta. È importante monitorare questi pazienti, specialmente se la reazione alla perdita è stata in qualche modo anomala.
- **Gravi malattie fisiche e sindromi dolorose.** Anche in questo caso si osserva il fenomeno della “perdita della speranza”; il dolore cronico, se presente, è sempre

	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4	Rev. 1 del 12/2023 Pagina 7 di 21
---	--	--------------------------------------

contestuale a modificazioni dell'umore e ugualmente non consente "vie di fuga". Una particolare attenzione deve essere rivolta agli anziani con dolore cronico e a coloro che ricevono una diagnosi di patologia oncologica o a prognosi infausta, nel passaggio dalla terapia curativa alla palliativa o in caso di amputazione d'arto.

- **Episodi di autolesionismo/precedenti tentativi di suicidio.** In queste persone il rischio è molto più alto rispetto alla popolazione generale. Il rischio aumenta maggiormente nei casi i cui l'episodio di autolesionismo/precedente tentativo di suicidio aveva consapevoli intenzionalità suicidarie.
- **Condizione di isolamento sociale.** Aumenta il rischio, specialmente se c'è facilità di accesso a mezzi idonei e problemi socioeconomici. Sono maggiormente esposte a questa tipologia di rischio gli anziani, ma anche i giovani di sesso maschile.
- **Fattori familiari.** Storia familiare con suicidi, elevata conflittualità, disturbi psichici, ponendo attenzione alla compresenza di una delle altre condizioni elencate.
- **Post partum.** Periodo con alterazioni dell'umore su base organica e psichica. È importante porre particolare attenzione alle pazienti con storia di disturbi psichici (in particolare disturbi dell'umore nel peri-partum), uso di sostanze.
- Tutte le situazioni che non consentono tale valutazione primaria (paziente non cosciente e/o con disturbi cognitivi e/o qualsiasi situazione che non permette un'anamnesi valida) dovranno semplicemente essere descritte e registrate in cartella clinica.

Nella valutazione complessiva utile alla gestione del paziente vanno considerati anche i fattori protettivi rispetto al rischio suicidario.

- Motivazioni personali, culturali, religiose o morali contrarie al suicidio;

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 8 di 21</p>
---	---	--

- Relazioni significative con il partner, la famiglia di origine, gli amici;
- Gravidanza e presenza di figli a carico;
- Buona capacità di controllare gli impulsi;
- Comprovate capacità di *problem solving* e di *coping* (porre particolare attenzione se vi è un peggioramento repentino delle capacità del paziente di far fronte ai problemi);
- Assistenza continuativa da parte di un caregiver;
- Buona alleanza terapeutica con gli operatori sanitari;
- Anamnesi negativa per depressione, abuso di sostanze, progressi agiti auto e/o eterolesivi, familiarità per suicidio;
- Facilità di accesso a percorsi di cura;
- Ridotto accesso a situazioni o oggetti potenzialmente lesivi.

4.2 Definizione della valutazione del rischio suicidario

Premesso che ogni individuo che subisce un ricovero ospedaliero è una persona fragile, si definisce:

- **Livello ordinario** il rischio base di ciascun paziente ricoverato in ospedale. Il rischio suicidario non è evidenziabile in quanto assente o assolutamente insospettabile in relazione alla raccolta dati effettuata sia in contesti a maggior rischio (come le strutture ospedaliere precedentemente menzionate) sia in altri ambiti operativi;
- **Livello sospetto** quando si ha il riscontro a seguito di colloquio, anamnesi ed esame obiettivo (vedi Allegato 9.1 e 9.2), della presenza attuale, al momento della rilevazione, di fattori di sospetto che inducono il medico dell'UO che ha effettuato l'anamnesi a richiedere la consulenza psichiatrica per accertarne il livello di rischio. In tali circostanze il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile, tuttavia, dai colloqui con il paziente e dalla persistenza di comportamenti/atteggiamenti delineati in anamnesi e successivamente descritti, è ipotizzabile un indebolimento non transitorio della

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 9 di 21</p>
---	---	--

progettualità autoconservativa da parte del paziente. In presenza di un livello sospetto è necessario ricorrere alla valutazione specialistica secondaria di pertinenza dello specialista psichiatra (eventuale integrazione con scale di valutazione del rischio suicidio).

- **Livello di rischio:** il rischio suicidario è evidenziabile per dichiarazione di intenzioni autolesive, tentativi falliti e/o dimostrativi. Deve essere tempestivamente richiesta consulenza psichiatrica urgente al fine di acquisire le indicazioni terapeutiche e assistenziali coerenti con le condizioni del paziente. Il trattamento e la gestione del paziente possono essere attuati nell'Unità Operativa di degenza del paziente, a eccezione dei casi in cui lo specialista ravvisi un quadro clinico complessivo di pertinenza e competenza prioritariamente psichiatrica, e comunque dopo scioglimento della prognosi da parte dell'equipe che ha già in carico il paziente.

La valutazione primaria del rischio (ordinario e di sospetto) è pertanto affidata a tutti gli operatori sanitari nella fase di presa in carico del paziente (allegato 1 e 2).

La valutazione secondaria del rischio è affidata allo psichiatra a seguito di diagnosi di sospetto posta in fase di valutazione primaria.

4.3 Anamnesi

Come si è detto, strumento fondamentale per l'identificazione dei fattori di rischio è l'anamnesi.

Essa deve essere intesa non solo quale acquisizione di notizie inerenti precedenti e/o morbosi, ma come vero e proprio step preliminare della empatia, del rapporto fiduciario e – più in generale – della comunicazione tra paziente e operatore. Tanto potrà avvenire in primis attraverso la creazione di un clima accogliente. La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (per esempio un lutto): è opportuno

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 10 di 21</p>
---	---	---

sottolineare che circa il 30- 40% dei suicidi ha già tentato il suicidio;

- analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente. Devono essere considerati almeno: sesso (i maschi sono più a rischio), età (compresa tra i 15 e i 24 anni o superiore ai 65), isolamento sociale, perdita del lavoro o del ruolo sociale, emigrazione;
- accertamento delle condizioni cliniche, in particolare sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, disturbi d’ansia, attacchi di panico, schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi di personalità con comportamento aggressivo, di tipo narcisistico, borderline o antisociale, disturbo della condotta e disturbo oppositivo provocatorio in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, da gioco), eventuali diagnosi multiple, insonnia, patologia terminale;
- rilevazione di segni quali difficoltà di ragionamento e ridotta capacità di giudizio, commenti o battute sul suicidio, affermazioni concernenti l’assenza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, ipergeneralizzazione, lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro, eccessiva attenzione alla donazione degli organi, eccessivo interesse o disinteresse per la religione o recente cambio di atteggiamento nei confronti della stessa, eccessivo o anomalo approvvigionamento di farmaci, pensiero polarizzato sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari.

4.4 Esame Obiettivo

L’esame obiettivo del paziente costituisce parte integrante della complessiva valutazione delle condizioni cliniche e, qualora la raccolta anamnestica abbia identificato la presenza di eventuali fattori di rischio, deve essere particolarmente attento e mirato alla rilevazione di segni tipici di alcolismo cronico, sindrome da astinenza da alcol e/o sostanze stupefacenti o eventuali

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 11 di 21</p>
---	---	---

comportamenti autolesivi. In caso di sospetto, può essere utile completare la fase diagnostica con dosaggio di alcolemia, ricerca di sostanze stupefacenti e d'abuso.

4.5 Rivalutazione giornaliera del rischio

Un'efficace presa in carico del paziente considerato a rischio suicidario secondo quanto rinveniente dalle precedenti acquisizioni anamnestiche e clinico-obiettive richiede che l'équipe medico-infermieristica effettui la rivalutazione dello stesso in maniera cadenzata, anche ogni giorno, nei casi nei quali il profilo di rischio suicidario sia più elevato durante l'intera durata del periodo di assistenza, fino alla dimissione. Le osservazioni quotidiane e l'eventuale rivalutazione del rischio devono essere riportate tanto nel diario clinico che nella cartella infermieristica.

4.6 Gestione del paziente a rischio suicidio

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

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

- **Ricovero presso SPDC.** Considerando che il rischio suicidario può manifestarsi in pazienti degenti presso il PS o in reparti ospedalieri, oppure seguiti a livello territoriale, per patologie diverse da quelle di specifica natura psichiatrica, la presa in carico da parte del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura avverrà solo in presenza di condizioni clinico-organiche stabilizzate tali da consentire una gestione sicura della patologia di ingresso del paziente presso la struttura ospedaliera (PS, reparto di degenza), come da Delib. Reg. 12 luglio 2011, n. 1620.

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 12 di 21</p>
---	---	---

- **ASO E TSO:** Qualora il paziente rifiuti il ricovero volontario consigliato dallo specialista psichiatra, mostrandosi non collaborativo, sussistendo i requisiti specifici, si procederà con l'attivazione dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) e/o Trattamento Sanitario Obbligatorio extra ospedaliero o ospedaliero (TSO).
- **Follow-Up in caso di mancato ricovero presso SPDC.** In caso di rifiuto al ricovero presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e qualora non sussistano i requisiti per l'accertamento e il trattamento sanitario obbligatorio, il ricovero non potrà essere effettuato, e il paziente verrà avviato ai controlli di follow-up, se:
 - l'ideazione suicidaria è una reazione a eventi scatenanti (es., fallimento di un esame, difficoltà relazionali), se il punto di vista del paziente sulla situazione è cambiato positivamente rispetto all'iniziale osservazione, in presenza di evidenza emersa dal colloquio di un recupero di una valida critica rispetto al gesto agito;
 - se il paziente ha agito atti di autolesionismo non suicidari;
 - il piano /metodi e di intenti hanno bassa letalità;
 - il paziente ha condizioni di vita affettivamente stabili e supportanti;
 - il paziente è in grado di cooperare con le raccomandazioni per il follow-up, ha una buona aderenza alle cure, può essere facilmente contattabile e monitorato periodicamente a domicilio.

4.7 Misure preventive di sicurezza nel percorso clinico-assistenziale

Come si è già detto, il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione. Nel contesto di una efficace presa in carico del paziente risulta essenziale non solo procedere a una accurata valutazione del profilo di rischio, ma anche attuare una serie di azioni preventive che si articolano su diversi livelli distinti in:

- ✓ **MISURE PREVENTIVE STRUTTURALI:** annovera le azioni rivolte agli interventi strutturali e ambientali. Si sottolinea come alcune situazioni ambientali possono rendere più agevole porre

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 13 di 21</p>
---	---	---

in essere comportamenti anticonservativi, in particolare infissi non sicuri, scale e accessi all'esterno del reparto non inibiti/non controllati da personale di vigilanza, possibilità di accedere ad aree e locali non destinati alla degenza. Come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 4, è opportuno, nel rispetto della dignità della persona, disporre che il paziente sia collocato in ambienti con le seguenti caratteristiche:

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

La valutazione di rischio ambientale (dell'ambiente e della struttura) deve essere effettuata dall'Area Tecnica in collaborazione con il Direttore e il Coordinatore dell'UO, al fine di evidenziare le eventuali condizioni di rischio presenti nelle strutture e definire gli opportuni adeguamenti. La valutazione di rischio ambientale deve prevedere almeno una verifica annuale. Tra le misure preventive strutturali adottabili, si possono annoverare:

- Posate di plastica e piatti infrangibili;
- Quadri ben fissati al muro, con vetri di sicurezza; specchi di sicurezza nei bagni;
- Strumenti e attrezzature (stetoscopi, strumenti taglienti, farmaci) attentamente custoditi;
- Sistemi antintrusione anche nei locali riservati al personale;
- Vetri antisfondamento e/o ringhiere;
- Maniglie delle porte con requisiti di sicurezza;
- Protezione dei raccordi per ossigeno e aspirazione;
- Soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisce l'appiglio;
- Letti ad altezza variabile;

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 14 di 21</p>
---	---	---

- Campanelli di allarme non appesi a soffitto/pareti;
- Eventuali impianti di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche.

È evidente che non è possibile eliminare tutti i mezzi con i quali un paziente potrebbe mettere in atto un tentativo di suicidio se fosse realmente determinato a farlo. È invece possibile e, anzi, necessario inibire l'accesso/utilizzo da parte dei pazienti alle aree non destinate alla degenza e non presidiate. Il paziente non deve spingersi al di fuori dei locali e degli spazi adibiti alla degenza.

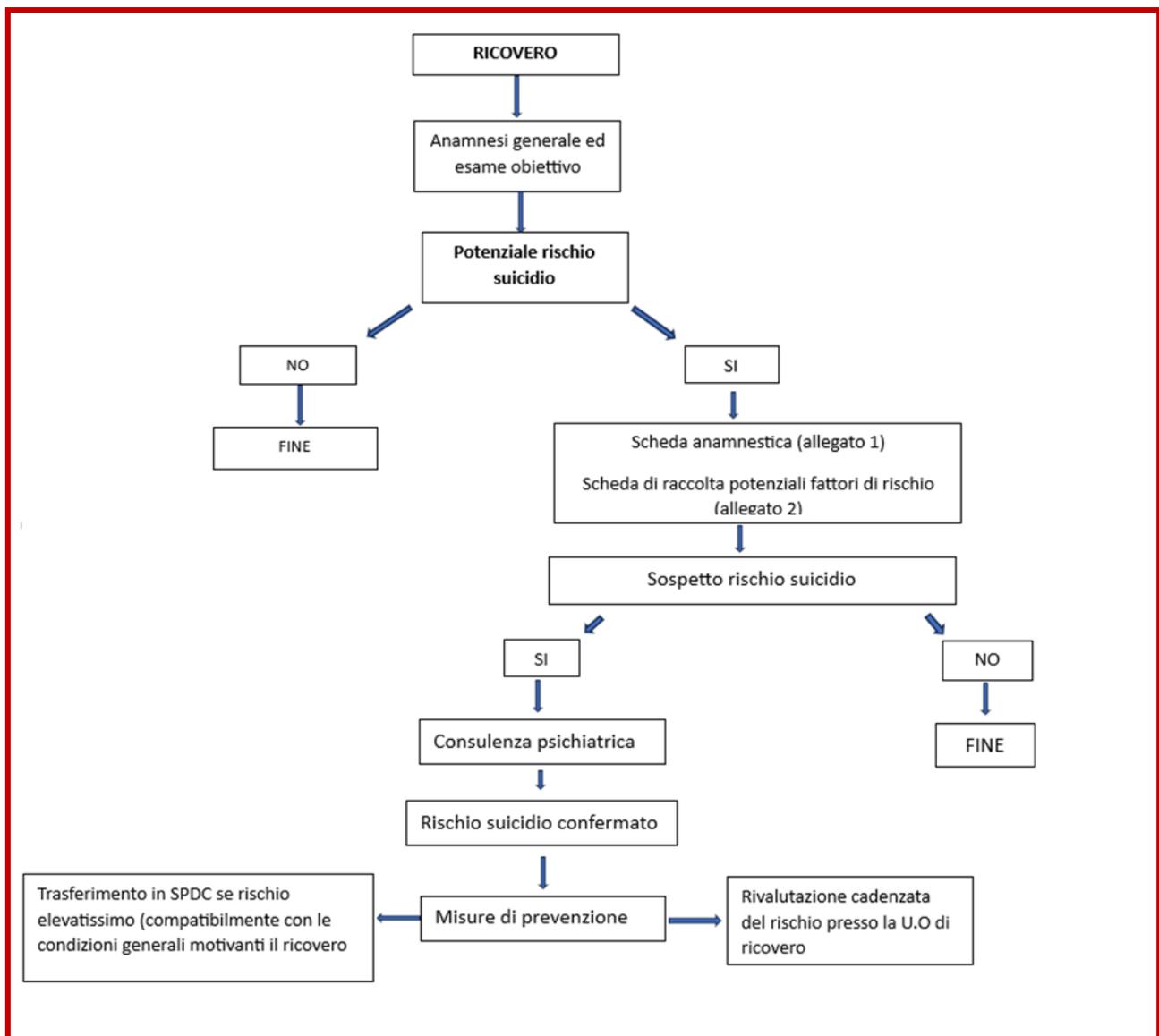
✓ MISURE PREVENTIVE ORGANIZZATIVE

I processi organizzativi rivestono un ruolo fondamentale nell'ambito delle attività preventive. Gli interventi posti in essere nei confronti dei soggetti potenzialmente a rischio di suicidio devono prevedere l'applicazione di un Piano Assistenziale specifico per la gestione del paziente a rischio. In relazione alla stratificazione del rischio desunta dall'anamnesi del paziente, dall'esame obiettivo e dalla individuazione di fattori di rischio, gli sforzi dei Sanitari devono essere congiunti nella prevenzione dell'evento autolesivo attraverso le seguenti attività:

- tutto il personale sanitario che ha in cura il paziente deve essere informato del rischio suicidario e deve porre particolare attenzione soprattutto nei trasferimenti del paziente per eventuali esami strumentali/consulenze;
- è opportuno predisporre per i pazienti a maggior rischio suicidario una stanza in prossimità della postazione del personale sanitario per avere (soprattutto nelle ore notturne) maggiori possibilità di vigilanza e controllo; porre attenzione anche alla posizione del letto, prediligendo, ove possibile, quella più lontana dalla finestra;
- evitare l'uso di oggetti personali taglienti, in vetro o potenzialmente pericolosi;
- controllare l'uso di eventuali farmaci personali del paziente o di detergenti;
- definire le modalità di vigilanza del paziente (sulla base della stratificazione del rischio), richiedendo anche, ove possibile e consentito, la presenza di un familiare all'interno della stanza di degenza;

- supervisionare le visite, chiedendo la collaborazione dei familiari/visitatori, per evitare che portino in ospedale oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere nocivi o impropriamente utilizzati;
- porre in essere misure che impediscano al paziente a rischio di accedere ad ambienti (docce, scale/ballatoi esterni) o mezzi (taglienti, cinture, corde, farmaci) potenzialmente idonei allo scopo suicidario.

5. FLOW CHART PERCORSO DEL PAZIENTE



	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4	Rev. 1 del 12/2023 Pagina 17 di 21
---	--	---------------------------------------

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	DIRETTORE SC	DIRIGENTE MEDICO S.C.	DIRIGENTE MEDICO SPECIALISTA	COORDINATORE S.C.	INFERMIERE E OPERATORI SANITARI S.C:	RESP. RISCHIO CLINICO
Valutazione del paziente/ identificazione del rischio	R	R		C	C	
Valutazione specialistica			R			
Applicazione Procedura	R	R		R	R	C
Misure organizzative clinico- assistenziali (vigilanza)	R	C		R	C	
Implementazione Procedura	R	C		R	C	R
Segnalazione eventi/audit	R	R		R	R	R

Legenda: R: responsabile, C: coinvolto

 <p>ASL Taranto PugliaSalute</p>	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 18 di 21</p>
---	---	---

7. FORMAZIONE

L'Ufficio Formazione Aziendale è tenuto ad organizzare periodici corsi di formazione rivolti a tutti gli operatori al fine di aumentare la capacità degli stessi di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio e adottare idonee misure di prevenzione.

8. SEGNALAZIONE

L'evento sentinella “Suicidio/Tentato Suicidio di paziente in ospedale” deve essere segnalata secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute (www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure).

9. ALLEGATI

9.1. Guida per il colloquio con il paziente

9.2. Scheda di raccolta dei potenziali fattori di rischio suicidario

	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 19 di 21</p>
---	---	---

9.1 GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

La presente guida vuole costituire una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, quindi, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa. È opportuno che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia; è pertanto necessario scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. È importante, inoltre, cercare di non perdere il contatto oculare con il paziente. Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero. Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d'animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.

- Come si sente?
- Che progetti ha quando esce dall'ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa era successo?
- C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?
- In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita più difficile?
- Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita?
- Sente di dovere espiare qualche colpa?
- Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. 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?

 <p>ASL Taranto PugliaSalute</p>	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p> <p>Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4</p>	<p>Rev. 1 del 12/2023 Pagina 20 di 21</p>
---	---	---

- 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?

	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4	Rev. 1 del 12/2023 Pagina 21 di 21
---	--	---------------------------------------

9.2 SCHEDA DI RACCOLTA DEI POTENZIALI FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO

SCHEDA DI RACCOLTA DEI POTENZIALI FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO
IL PRESENTE ALLEGATO E' PARTE INTEGRANTE DELLA CARTELLA CLINICA DELLE UU.OO. DI DEGENZA AZIENDALI

COGNOME E NOME: _____ _____	ETA': _____	SESSO F [] M []	LUOGO DI NASCITA: _____
--	-----------------------	-----------------------------	-----------------------------------

FATTORI DI RISCHIO	SI	NO
Pregressi tentativi di suicidio ed episodi di autolesionismo		
Disturbi psichici		
Inizio recente di terapia antidepressiva (specie nella prime settimane di trattamento)		
Abuso/dipendenze (da alcol, stupefacenti, e/o psicofarmaci, da gioco)		
Gravi malattie fisiche / dolorose / terminali		
Isolamento sociale e/o solitudine		
Fattori familiari (storia familiare con suicidi, elevata conflittualità, disturbi psichici)		
Vissuti traumatici o conflittuali che il paziente può aver solo apparentemente superato (ad es. separazione / divorzio, lutto recente, licenziamento, abusi sessuali subiti, ecc.)		
Conflitti interpersonali e/o problemi relazionali cronici		
Post partum		

All' osservazione attuale presente diagnosi di sospetto rischio suicidario	SI	NO

Data _____

Firma del Dirigente Medico