

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN AMBITO OSPEDALIERO

Recepimento raccomandazione ministeriale n.4 sulla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott. M. Sapienza Direttore UOC Medicina Enna	21.12.2022	<i>M. Sapienza</i>
	Dott. E. Mendolia Direttore UOC Medicina Leonforte	28.01.2023	<i>E. Mendolia</i>
	Dott. G. Iraci Direttore UOC Medicina Piazza Armerina	20.1.23	<i>G. Iraci</i>
	Dott. G. Barbagallo Direttore UOC Medicina Nicosia	21/01/23	<i>G. Barbagallo</i>
	Dott. L. Rubino Resp SPDC Enna	22/12/22	<i>L. Rubino</i>
Verifica	Dott. G. Cucci Direttore Dipartimento Salute Mentale	22/12/22	<i>G. Cucci</i>
	Dott.ssa A.M. Montalbano Direttore medico Presidi Enna e Leonforte	21.12.22	<i>A.M. Montalbano</i>
	Dott.ssa M.R. Politi Direttore medico Presidio Piazza Armerina	21-12-2022	<i>M.R. Politi</i>
	Dott. E. Leanza Direttore medico Presidio Nicosia	23-12-2022	<i>E. Leanza</i>
	Dott. C. Viscuso Direttore f.f. UOC Servizio tecnico	24.01.2023	<i>C. Viscuso</i>
Verifica formale	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	31/01/2023	<i>P. Mirabile</i>
Approvazione	Dott. E. Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	31.01.2023	<i>E. Cassarà</i>
Adozione	Dott. F. Iudica Direttore Generale	31.01.23	<i>F. Iudica</i>

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO
IN AMBITO OSPEDALIERO

INDICE GENERALE

Premessa	3
1.	Scopo3
2.	Campo di applicazione3
3.	Scheda di registrazione delle modifiche3
4.	Definizioni ed acronimi4
5.	Responsabilità4
6.	Descrizione delle attività.....5
6.1.	Identificazione pazienti a rischio5
6.2.	Attività in caso di pazienti identificati a rischio7
6.3.	Misure preventive organizzativo – assistenziali8
6.3.1.	Misure preventive presso i reparti di degenza ed il PS8
6.4.	Misure preventive organizzativo-strutturali9
6.5.	Segnalazione di caso 10
7.	Documenti di riferimento 10
8.	Allegati 10
9.	Indicatori..... 10
10.	Lista di distribuzione 10

Premessa

Come riportato dalla Raccomandazione Ministeriale n.4 sulla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale, il suicidio rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente.

È bene considerare che il rischio suicidario, in quanto rischio derivante dall'incontrollabile fattore umano, non potrà mai essere azzerato.

Tuttavia, attraverso l'identificazione precoce del paziente a rischio, è possibile applicare misure specifiche per il sostegno e la prevenzione dell'atto suicidario.

Come riportato anche nella Raccomandazione Ministeriale, il rischio suicidario non è sempre esplicito; infatti, qualsiasi paziente ricoverato in una UO ospedaliera, pur senza una storia di precedenti gesti autolesivi e/o tentativi suicidari, può cercare di mettere in atto "ex novo" azioni autolesionistiche/autosoppressive.

Per tale motivo l'ambito di applicazione della presente procedura non può essere circoscritto ai soli pazienti sospetti, ma deve essere applicata a qualunque paziente preso in carico dal sanitario.

1. Scopo

Scopo della presente procedura è quello di fornire strumenti per prevenire il rischio di suicidio del paziente TRAMITE:

- misure preventive sull'ambiente ospedaliero;
- modalità operative da adottare per prevenire/ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno dell'ospedale;
- comportamenti da attuare nel caso in cui si verifichi il suicidio o il tentato suicidio;
- segnalazioni da effettuare nel caso in cui si verifichi un tentato suicidio/suicidio in ambito Ospedaliero.

2. Campo di applicazione

La presente procedura è diretta a tutti gli operatori sanitari dei presidi ospedalieri dell'ASP di Enna.

3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE (REV.)	DESCRIZIONE
19/12/2022	0.0	Prima Emissione



4. Definizioni ed acronimi

ACRONIMI

SPDC	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
CSM	Centro di salute mentale

5. Responsabilità

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

FIGURA RESPONSABILE ATTIVITÀ	Medico	Infermiere	Coord. inferm.	Psichiatra (SPDC o CSM)	Servizio Tecnico	Direttore U.O.
Anamnesi medica ed esame obiettivo: identificazione del pz con sospetto rischio suicidario	R	C				
Richiesta consulenza psichiatrica	R	I				
Consulenza psichiatrica				R		
Valutazione gravità del rischio suicidario				R		
Allerta al personale di U.O. in caso di paziente individuato a rischio suicidario	R	C	C			I
Definizione delle Misure Preventive Organizzativo - Assistenziali	R	C	C	C		
Attuazione misure preventive individuate	R	R				
Valutazione del rischio ambientale			C		C	R
Adozione azioni correttive strutturali					R	



6. Descrizione delle attività

Al fine di prevenire il rischio suicidario, è necessaria un'efficace ed appropriata presa in carico del paziente, che preveda le seguenti attività:

- Identificazione dei pazienti (tramite anamnesi medica e infermieristica, valutazione degli eventuali fattori di rischio, esame obiettivo);
- Attuazione delle misure/strategie, preventive e di sicurezza, orientate alla prevenzione del (tentativo di) suicidio;
- Definizione e attuazione di un percorso clinico/assistenziale adeguato al profilo di rischio.

6.1. Identificazione pazienti a rischio

Tutti i pazienti che accedono in ospedale, anche quelli senza una storia di precedenti gesti anticonservativi, sono da considerare potenzialmente a rischio di mettere in atto un suicidio. In particolare, il rischio è più elevato:

- nei reparti di degenza, durante i primi giorni di ricovero,
- nel Pronto Soccorso, stanti le peculiarità del contesto (lunghe attese, concitazione, senso di abbandono, possibilità di eludere la sorveglianza e di allontanarsi etc).

Inoltre, la Raccomandazione Ministeriale n. 4 suggerisce di *“prestare particolare attenzione ai pazienti fragili sottoposti a repentini cambiamenti di vita e a coloro che hanno subito o temono di subire una grave perdita (a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, del passaggio da terapia curativa a palliativa, di decesso del neonato, di depressione post-partum, di amputazione d'arto e di altre prognosi infauste)”*.

Pertanto, un elemento fondamentale di valutazione del rischio suicidario è costituito da un'attenta fase di **valutazione iniziale del paziente tramite una anamnesi ed un esame obiettivo non mirati esclusivamente alla patologia organica che ha motivato il ricovero.**

Anamnesi

Attraverso un'attenta e accurata anamnesi medica e infermieristica possono emergere elementi suggestivi/sospetti. Per facilitare la raccolta anamnestica viene di seguito riportato un elenco dei fattori di rischio maggiormente associati a condotte suicidarie:

Fattori di rischio individuali:

- precedenti tentativi di suicidio
- ideazione e/o azione suicidaria all'interno dell'ospedale
- patologie psichiatriche



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN AMBITO OSPEDALIERO

- anamnesi familiare di suicidio
- sindromi organiche confusionali
- patologie gravi, specialmente se a prognosi infausta
- puerperio con rischio di depressione post-partum
- isolamento sociale
- abuso di sostanze psicoattive

Fattori di rischio sociali e culturali:

- Esperienze infantili di abuso
- Bullismo
- Episodi di violenza familiare
- Problematiche relazionali (es. recenti separazioni)
- Violenza sessuale
- Problemi di tipo giudiziario, finanziario o lavorativo
- Alto stigma associato alla malattia mentale o alla ricerca di aiuto
- Barriere all'accesso alle cure (ad es. migranti)
- Cluster di suicidi all'interno della comunità di appartenenza
- Appartenenza a gruppi culturali/religiosi che non vedono nel suicidio un disvalore

Esame obiettivo

Un completo esame obiettivo può consentire di rilevare segni di recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari, di abuso/dipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza. Durante l'esame obiettivo è inoltre possibile osservare segni di abusi fisici o di atti autolesionistici pregressi.

In questa sede è opportuno effettuare un approfondimento delle condizioni cliniche in taluni casi, il rischio di comportamenti suicidari è più elevato, ad esempio:

- nella patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo),
- nelle sindromi cerebrali organiche,
- in altre patologie gravi (per es. tumori etc.),
- nelle patologie cronico-degenerative dell'anziano e nell'età avanzata.

L'Allegato 1 alla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 4 (Allegato 1 alla presente procedura), presenta una guida per il colloquio clinico - anamnestico finalizzato alla valutazione del rischio. Tale strumento costituisce solo una griglia per l'operatore, il quale deve elaborare una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente, che ritenga maggiormente adeguata al caso concreto.

6.2. Attività in caso di pazienti identificati a rischio

Se dai dati anamnestici e dall'esame obiettivo emergono elementi suggestivi/sospetti di rischio suicidario, il medico deve richiedere la consulenza psichiatrica per la valutazione della reale gravità del rischio suicidario. **La consulenza dovrà essere garantita entro 24h.**

Specularmente, ove il pz ricoverato in SPDC presenti patologie di ambito non psichiatrico, lo psichiatra deve richiedere la consulenza specialistica per la valutazione delle patologie anzidette.

Nel presidio ospedaliero di Enna in cui è presente il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), la consulenza verrà espletata dallo psichiatra in turno (Guardia attiva dalle 8.00 alle 20.00 , reperibilità dalle 20.00 alle 8.00);

Nel caso di presidi ospedalieri in cui non è presente il SPDC la consulenza potrà essere richiesta al Centro di Salute Mentale (CSM) più vicino i CSM sono operativi dal lunedì al venerdì dalle 8 .00 alle 14.00 , e il lunedì e il giovedì dalle 15.00 alle 18.00.

Durante la notte, i festivi e l'orario di chiusura del CSM, se necessario il paziente può essere trasferito per la consulenza presso il Presidio ospedaliero di Enna, dove si trova l'SPDC.

In attesa della consulenza psichiatrica, in caso di paziente ritenuto potenzialmente a rischio suicidario, il Medico che esegue la valutazione iniziale adotta tutte le procedure atte a ridurre il rischio di suicidio.

Il consulente psichiatra potrà disporre anche un eventuale trasferimento presso il SPDC, se necessario. La decisione del setting di ricovero più opportuno sarà frutto di una decisione condivisa tra lo specialista (non psichiatrico) e lo psichiatra.

Tenendo conto che il rischio suicidario può variare nel tempo, l'équipe medico-infermieristica deve effettuare, durante la degenza, un'osservazione attenta e riportarla nella cartella clinica.

Documentazione clinica

Nella prevenzione del suicidio la comunicazione adeguata tra gli operatori sanitari è un elemento cruciale, in tal senso la documentazione clinica rientra a pieno titolo tra gli strumenti di comunicazione oltre che di tracciabilità del percorso di presa in carico e cura del paziente.

È, infatti, necessario riportare in cartella clinica l'eventuale positività dell'anamnesi del rischio suicidario e indicare gli elementi suggestivi/sospetti (elementi sociali, clinici o psicologici) che hanno portato ad individuare tale rischio.

Anche nella documentazione infermieristica devono essere segnalati tutti i comportamenti e le anomalie che potrebbero richiedere approfondimenti clinici.



6.3. Misure preventive organizzativo – assistenziali

Tra le misure preventive risulta di primaria importanza **creare un ambiente umano accogliente ed empatico**, nell'ambito del quale il paziente possa comunicare la propria sofferenza, sentirsi incoraggiato ad esprimere sentimenti e pensieri anche negativi e gli operatori possano rilevare segni iniziali di ansia, paura, agitazione.

6.3.1. Misure preventive presso i reparti di degenza ed il PS

In caso di individuazione di paziente a rischio suicidario, il responsabile medico di reparto e l'Infermiere coordinatore, per quanto di competenza, devono mettere in atto le seguenti misure preventive organizzativo – assistenziali:

- **Informare tutto il personale** dell'UO della presenza in reparto del paziente a rischio suicidario, segnalarlo tempestivamente ad ogni cambio turno, comunicare la valutazione del rischio;
- **Collocare strategicamente il paziente** in una stanza di degenza/posto letto in cui il Direttore/Coordinatore del Reparto ritenga più facile il controllo da parte del personale di assistenza;
- **Richiedere il blocco dei serramenti** (qualora non siano già dotati di sistemi di sicurezza), in particolare nelle UU.OO. collocate oltre il piano terra.
- **Controllare gli effetti personali** del paziente prendendo in consegna qualunque oggetto che possa prestarsi a fungere da strumento anticonservativo;
- **Vigilare** in modo che il paziente non abbia possibilità di accesso a possibili **mezzi di autoleSIONISMO presenti normalmente nelle UU.OO.** ospedaliere (vetreria, tubi, cavi, farmaci, conservati non assunti, di proprietà: digitale, warfarin, psicofarmaci, neurolettici, barbiturici, ed altri);
- **Vigilare** in modo che il paziente non abbia possibilità di accesso a possibili **mezzi di autoleSIONISMO quali** cinture, cravatte, lacci, sacchetti di plastica, aghi, accendini, fiammiferi, coltelli, forbici, lamette, rasoi;
- **Coinvolgere i familiari ed i visitatori** affinché si astengano dal procurare al paziente strumenti potenzialmente pericolosi (accendini, oggetti taglienti da toeletta ecc.);
- **Sensibilizzare gli operatori** riguardo ai momenti critici per la vigilanza dei pazienti a rischio suicidio ad esempio nelle ore serali, notturne, nei giorni festivi quando il rapporto numerico tra personale sanitario e pazienti potrebbe essere ridotto, nei cambi turno, durante le attività di routine (consegne, terapia, etc) o di urgenza/emergenza, durante i trasferimenti e/o gli esami diagnostici, nelle ore di visita quando l'attenzione del personale sanitario potrebbe essere distolta.

In base alla valutazione della gravità del rischio suicidario del paziente effettuata dallo psichiatra, bisognerà inoltre predisporre una vigilanza personalizzata, in accordo con lo psichiatra, con il coinvolgimento eventuale di familiari o conoscenti del paziente opportunamente sensibilizzati.

Trasferimento e Dimissione

In caso di dimissione bisogna assicurare una “dimissione protetta”: il medico dell’U.O. comunicherà la dimissione allo psichiatra, il quale dovrà indirizzare il paziente valutato a rischio suicidario al CSM di riferimento per la sua presa in carico.

Al momento del trasferimento presso altra U.O. del paziente individuato a rischio di suicidio è necessario porre massima attenzione al trasporto e al corretto passaggio di comunicazione tra gli operatori, anche in maniera verbale oltre che con le annotazioni nella documentazione clinica.

6.4. Misure preventive organizzativo-strutturali

L’elemento ambientale/strutturale è l’unico fattore di rischio su cui si può intervenire con certezza.

Alcune situazioni ambientali possono rendere più facile mettere in atto comportamenti anticonservativi in ambito ospedaliero, ad esempio infissi non in sicurezza, scale e accessi all’esterno del reparto non inibiti e/o non vigilati da sistemi di controllo, possibilità di accedere ad aree e locali non destinati alla degenza, eccetera.

La valutazione di rischio ambientale (dell’ambiente e della struttura) deve essere effettuata dal Direttore di U.O., coadiuvato dal titolare di incarico di funzione di coordinamento, in collaborazione con l’UOC Servizio Tecnico, 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.

Il risultato della valutazione ambientale deve essere inviato al Direttore Medico di Presidio affinché autorizzi gli interventi necessari.

Tuttavia, per il rispetto dovuto alla dignità dei pazienti, non si può trasformare un reparto di degenza in un luogo di detenzione; tanto più 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.

6.5. Segnalazione di caso

In caso di suicidio o tentativo di suicidio di un paziente ricoverato o presente all'interno delle strutture sanitarie per motivi sanitari è necessario segnalare nel minor tempo possibile l'accaduto all'UOS Qualità e Rischio clinico tramite le modalità prevista dalla Procedura aziendale: PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E NEAR MISS, pubblicata sul sito web aziendale, in area qualità e Rischio clinico

7. Documenti di riferimento

Raccomandazione Ministeriale n. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale"

8. Allegati

Allegato 1: Guida per il colloquio con il paziente per la valutazione del rischio suicidario

9. Indicatori

Numero eventi sentinella

Valore atteso 0

10. Lista di distribuzione

UU.OO. di ricovero dei PP.OO. Umberto I, Chiello, Basilotta, Branciforte

Direzioni mediche di Presidio

Pronto Soccorso

UOS Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche