

1351/2019
28-10-2020



DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Legge 25 Giugno 2019, n.60

N. 1269/CS DEL 10. 11. 2020

STRUTTURA PROPONENTE: D.S.A.: *Ufficio Gestione del Rischio Clinico.*

Oggetto: Adozione Procedura Aziendale per la Prevenzione del Suicidio in Ospedale
secondo la Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute.

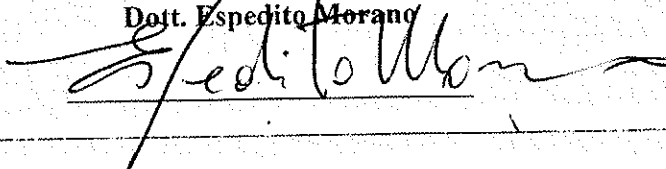
L'anno duemilaventi, il giorno 10 del mese di NOVEMBRE il Commissario Straordinario, Dott. *Giuseppe Giuliano*, nominato con Decreto del Ministro della Salute, 13 dicembre 2019, ha adottato la seguente deliberazione in merito all'argomento in oggetto.

D.S.A.: Ufficio Gestione del Rischio Clinico

**Il Responsabile del Procedimento e
Responsabile dell'Ufficio Gestione del Rischio Clinico**

Attesta la regolarità tecnico-procedurale del provvedimento.

**Dirigente Medico
Dott. *Espedito Morano***



Il Direttore dell'U.O. Gestione Economico - Finanziaria

Attesta che la spesa di €. _____ scaturente dalla presente proposta graverà sul conto n. _____
del bilancio economico patrimoniale del corrente anno (oppure dell'anno _____) - centro di costo _____

**Il Dirigente
Dr. *Antonio Zappone***

Il Responsabile dell'Uff. Gestione del Rischio Clinico nonché Responsabile del Procedimento

Premesso

- che la Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute precisa che le Direzioni Generali, le Direzioni Sanitarie, la Direzione Medica di Presidio, i Direttori di Dipartimento sono responsabili della implementazione della stessa Raccomandazione, e che le Direzioni Aziendali devono predisporre e rendere disponibile a tutti gli operatori un protocollo operativo per la prevenzione e la gestione degli atti suicidari;
- che la definizione di protocolli e procedure facilita l'espletamento di processi per fasi ed uniforma le attività ed i comportamenti, riducendo la discrezionalità del singolo operatore e, di conseguenza, i possibili errori derivanti da tali comportamenti;
- che l'attività di Risk Management ha come obiettivo il miglioramento della sicurezza e qualità delle cure;

Considerato che diversi Operatori della nostra Azienda, unitamente al Risk Manager, hanno collaborato alla elaborazione e stesura di una procedura aziendale per la prevenzione del suicidio in ospedale secondo i dettami della Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute (2008);

Visto che la predetta procedura è stata approvata dalla Direzione Sanitaria Aziendale in data 28/09/2020;

dato atto che la presente delibera non comporta impegno di spesa;

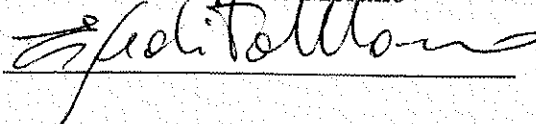
tenuto conto dell'istruttoria redatta dal sottoscritto Responsabile del procedimento che attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto;

Propone

- **di Adottare** con decorrenza immediata la Procedura aziendale per la prevenzione del suicidio in ospedale secondo la Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute, allegata al presente atto deliberativo quale parte integrante dello stesso, obbligando tutti i soggetti interessati ad attenersi alle indicazioni contenute nella stessa;
- **di Disporre** che il Direttore Sanitario di presidio provveda alla capillare diffusione della procedura sulla prevenzione del suicidio del paziente in ospedale e vigili sull'applicazione della stessa;
- **di Stabilire** che i Direttori di U.O./Dipartimento/Servizio provvedono alla diffusione della procedura a tutto il personale operante nelle rispettive UU.OO./Servizi, e che sono responsabili dell'effettiva applicazione della stessa;
- **di Dare atto** che la pubblicazione della presente delibera nell'albo pretorio online dell'Azienda ha valore di notifica a tutti gli effetti per gli interessati.

Il Responsabile del procedimento e Responsabile dell'Ufficio Gestione del Rischio Clinico

Dott. Espedito Morano



II COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la motivata proposta dell'Ufficio avente oggetto: **Adozione Procedura Aziendale per la prevenzione del suicidio in ospedale secondo la Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute;**

Preso atto della positiva valutazione fatta sulla proposta dal Responsabile dell'Ufficio nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto;

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo Aziendale e del Direttore Sanitario Aziendale;

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa, qui da intendersi integralmente riportati e trascritti:

- **di Adottare** con decorrenza immediata la Procedura aziendale per la prevenzione del suicidio in ospedale secondo la Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute, allegata al presente atto deliberativo quale parte integrante dello stesso, obbligando tutti i soggetti interessati ad attenersi alle indicazioni contenute nella stessa;
- **di Disporre** che il Direttore Sanitario di presidio provveda alla capillare diffusione della procedura sulla prevenzione del suicidio del paziente in ospedale e vigili sull'applicazione della stessa;
- **di Stabilire** che i Direttori di U.O./Dipartimento/Servizio provvedono alla diffusione della procedura a tutto il personale operante nelle rispettive UU.OO./Servizi, e che sono responsabili dell'effettiva applicazione della stessa;
- **di Dare atto** che la pubblicazione della presente delibera nell'albo pretorio online dell'Azienda ha valore di notifica a tutti gli effetti per gli interessati.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Amministrativo Aziendale

Dott.ssa *Elisabetta Rosa Tripodi*

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Matteo Galletta

II COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. *Giuseppe Giuliano*

PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE SECONDO LA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 4

Hanno collaborato:		Redazione n. 1.0 21 Set. 2020
Dir. Medico Resp. Uff. Gestione del Rischio Clinico Aziendale ASP di Vibo V.	Dott. Espedito Morano	<i>[Signature]</i>
Direttore Medico P.O. di Vibo Valentia "G. Jazzolino"	Dott. Angelo Michele Miceli	<i>[Signature]</i>
Dir. Medico: Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze; Direttore U.O.C. S.P.D.C. P.O. di Vibo Valentia	Dott. Giuseppe Greco	<i>[Signature]</i>
Pedagogista/Psicologo - Settore Pedagogico/Psicologico U.O.C. Ser.t ASP di Vibo V.	Dott.ssa Luciana Gemelli	<i>[Signature]</i>
Dir. Medico - Responsabile S.S.V.D. Oncologia P.O. di Tropea	Dott.ssa Maria Grazia Arena	<i>[Signature]</i>
Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Vibo Valentia	Dott. ssa Carmelina Ermio	<i>[Signature]</i>
Direttore Dipartimento di Emergenza Urgenza; Direttore U.O.C. Cardiologia/UTIC P.O. Vibo V.	Dott. Michele Comito	<i>[Signature]</i>
C.P.S. Infermiere Coordinatore U.T.I.C.;	Dott. Stefano Moscato	<i>[Signature]</i>
Responsabile S.P.P. Aziendale	Perito Industriale Giuseppe Dignitoso	<i>[Signature]</i>
Approvazione:		
Direttore Sanitario Aziendale A.S.P. di Vibo Valentia	Dott. Matteo Galletta	<i>[Signature]</i> 23. ix. 2020

	INDICE	Pag.
1	Premessa	3
2	Obiettivo	4
3	Ambiti di applicazione	4
4	Azioni	4
4.1	Presa in carico del paziente e processi organizzativi	4
4.1.1	Anamnesi ed esame obiettivo	4
4.1.2	Percorso clinico-assistenziale	6
4.1.3	Continuità ospedale-territorio	7
4.1.4	Particolari indicazioni per l'U.O. S.S.V.D. Oncologia	8
5	Caratteristiche strutturali dell'ospedale	8
5.1	L'ospedale	8
6	La formazione	9
7	Segnalazione del Suicidio o del Tentato Suicidio e attivazione del protocollo di monitoraggio	9
8	Compiti e responsabilità	9
	Tabella Matrici di responsabilità	11
9	Disposizioni finali	12
	<i>ALLEGATO 1: Guida per il colloquio con il paziente</i>	13
	<i>ALLEGATO 2: Beck Hopelessness Scale</i>	15
	<i>ALLEGATO 3: FLOW-CHART sintetica delle azioni</i>	18
	Riferimenti bibliografici	19

1. PREMESSA

La presente procedura è stata redatta seguendo le indicazioni della Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute.

La raccomandazione Ministeriale n. 4 (Marzo 2008) precisa che "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".

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

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

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

Il suicidio in Ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una valutazione appropriata delle condizioni del paziente, sulla individuazione dei pazienti a rischio e sulla conseguente adozione di misure idonee alla prevenzione.

Esistono una serie di fattori di rischio relativi al suicidio e la loro conoscenza consente la messa in atto di strategie efficaci per la riduzione degli eventi suicidari agendo su:

1. strumenti di valutazione del paziente;
2. profili assistenziali, per i pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio, che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
3. processi organizzativi;
4. formazione degli operatori;
5. idoneità ambientale e strutturale.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo di questa procedura è quello di fornire una guida e strumenti utili a tutti gli operatori sanitari al fine di ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno degli ospedali dell'ASP di Vibo Valentia e delle sue Strutture di ricovero accreditate.

3. AMBITI DI APPLICAZIONE

La Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute ricorda che "L'evento suicidio va considerato un fenomeno generale e non solo ospedaliero. Tuttavia va tenuto presente che l'ospedale può essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi".

La presente Procedura è destinata a tutti gli operatori che a vario titolo sono coinvolti nell'assistenza sanitaria e riguarda tutti i pazienti che si rivolgono, per diagnosi e cure, agli ospedali dell'A.S.P. di Vibo Valentia (Vibo V., Tropea, Serra S. Bruno) ed anche alle Strutture sanitarie di ricovero accreditate per diagnosi e cura (oggi Casa di Cura Villa dei Gerani).

La presente procedura deve essere applicata per tutti i pazienti che vengono ricoverati negli Ospedali predetti sia in ricovero ordinario che in day hospital o day surgery.

Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggior rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di Emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.

4. AZIONI

Per la prevenzione del suicidio, gli ospedali debbono considerare le azioni di seguito descritte.

4.1 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E PROCESSI ORGANIZZATIVI

Per una efficace ed appropriata presa in carico del paziente vanno previste almeno le seguenti attività:

4.1.1 Anamnesi ed esame obiettivo

L'anamnesi completa va effettuata in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente; essa è uno strumento essenziale per l'identificazione dei fattori di rischio da monitorare.

La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

a) **ricostruzione storica della vita del paziente** (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, isolamento sociale, eventi negativi significativi, anche recenti (ad esempio un lutto, la perdita del lavoro, la fine di una relazione importante). E' opportuno sottolineare che circa il 30-40% dei suicidi ha già tentato il suicidio;

b) **analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente**. Vanno considerati almeno: sesso (i maschi sono più a rischio), età (compresa tra i 15 e i 24 anni o superiore ai 65).



REGIONE CALABRIA

Direzione Sanitaria Aziendale
Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Responsabile: dott. Espedito Morano

isolamento sociale. Da tenere presente che sono più a rischio i maschi e l'età compresa tra 15 e 24 anni o superiore a 65;

c) individuazione di alcune condizioni cliniche. in particolare sindromi cerebrali organiche, soprattutto se confusionali, patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia, altri disturbi psicotici, disordini di personalità con comportamento aggressivo o narcisistico o falsa autosufficienza, personalità borderline o antisociale, disturbo della condotta o disturbo oppositivo provocatorio in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/opiofarmaci, da gioco), eventuali diagnosi multiple, ansia, attacchi di panico, insonnia, patologia terminale;

d) esame obiettivo. con attenzione a segni tipici di alcolismo cronico, sindrome da astinenza e l'effettuazione, tra gli esami clinici, della alcolemia e del CDT (*Carbohydrate Deficient Transferrin* o *Transferrina Desialata*); attenzione ancora ad eventuali segni o comportamenti autolesivi;

e) rilevazione di alcuni segni predittori. tra cui: difficoltà di ragionamento, 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, ridotta capacità di giudizio, 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, possesso "maniacale" di farmaci, pensiero fisso sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari.

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

- presentano una chiara patologia psichiatrica;
- manifestano una sindrome organica confusionale;
- giungono in ospedale e manifestano tale ideazione;
- hanno una reazione suicidaria all'interno dell'ospedale;
- 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);

f) colloquio più approfondito con il paziente e somministrazione della "Beck Hopelessness Scale": nei casi in cui vi sia un sospetto da approfondire (quindi dopo aver raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi), è affidato al medico che ha in cura il paziente il compito di effettuare un colloquio più approfondito con lo stesso, in un clima di rispetto e di fiducia, adottando un atteggiamento empatico e di ascolto attivo, scegliendo una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy.

Una guida per il colloquio, parte integrante della Raccomandazione Ministeriale n. 4, è presentata nell'**Allegato 1**. Il colloquio dovrebbe precedere la somministrazione del questionario di Beck (**Beck Hopelessness Scale, Allegato 2**).

La Beck Hopelessness Scale (BHS) misura la gravità degli atteggiamenti negativi (*hopelessness*) nei confronti del futuro (pessimismo) percepiti da adolescenti e adulti. È composta da 20 item, con risposta "Vero/Falso", cui corrisponde un punteggio di 0 o 1, che valutano la gravità delle aspettative negative sul futuro sia nel breve che nel lungo periodo. I punteggi vanno sommati e il range del punteggio totale va quindi da 0 a 20. Gli Autori hanno isolato anche 3 fattori: il

primo denominato *Sentimenti*, esprime gli aspetti affettivi, quali la speranza e l'entusiasmo, la fiducia (item 1, 6, 13, 15 e 19); il secondo, denominato *Perdita della Motivazione*, è caratterizzato dalla decisione di non desiderare nulla, di non perseguire quanto desiderato (item 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 e 20); il terzo, *Aspettative Future*, riguarda l'anticipazione (negativa) di ciò che ci si può aspettare dalla vita, un futuro nero, vago ed incerto (item 4, 7, 8, 14 e 18).

Il questionario può essere autosomministrato o somministrato oralmente dall'esaminatore; il tempo per l'autosomministrazione richiede da 5 a 10 minuti, mentre la somministrazione orale generalmente 10-15 minuti.

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

4.1.2 Percorso clinico assistenziale

Il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione.

La presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede:

- l'integrazione delle diverse competenze (operatori sanitari e informal caregiver) presenti nell'unità operativa, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidario; la necessaria informazione di tutto il personale della U.O. sul rischio suicidario dei soggetti ricoverati (segnalare tempestivamente al medico di guardia e ai medici dei turni successivi ogni situazione di potenziale pericolo per il paziente);

- l'obbligo di avvalersi delle consulenze specialistiche psicologiche e psichiatriche, in caso di rischio elevato: se necessario, oltre la loro consulenza, psicologi e psichiatri preserveranno terapia ad hoc e/o decideranno il trasferimento presso l'S.P.D.C. se il pz. non è già ricoverato in tale U.O.;

- la definizione delle modalità di vigilanza e controllo dei pazienti, sulla base della gravità del rischio individuato (nel caso di rischio alto, predisporre una vigilanza personalizzata 24 ore su 24);

- la necessità di mantenere un adeguato livello di vigilanza sia se il paziente è turbato sia, paradossalmente, se i sintomi sembrano alleggerirsi. Particolare attenzione deve essere prestata, sia in occasione di trasferimenti intraospedalieri per esami/accertamenti che durante le ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e malati si riduce;

- il coinvolgimento di altri specialisti e dei medici di medicina generale (MMG), sia per completare l'anamnesi che per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione;

- il maggiore coinvolgimento possibile delle famiglie e degli amici sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio;

- l'eventuale collocazione del paziente a rischio in una stanza in prossimità della postazione del personale sanitario per avere (soprattutto nelle ore notturne) maggiori possibilità di controllo, evitando, se possibile, i letti vicino alle finestre;

- eventualmente il coinvolgimento, sulla base di protocolli concordati, di volontari preparati all'uopo;

- una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e i pazienti;

- la prescrizione di terapie "personalizzate" per i soggetti ritenuti a rischio suicidario.

All'atto della dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio è opportuno assicurare:

- la disponibilità immediata di un referente ospedaliero da contattare in caso di bisogno;

- l'integrazione con i servizi territoriali sociosanitari per fornire supporto fisico e psicologico in modo attivo e continuativo.



Direzione Sanitaria Aziendale
Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Responsabile: dott. Espedito Morano

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

- controllare che non sia in possesso di propri farmaci;
- chiedere la collaborazione dei familiari ed amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere utilizzati impropriamente;
- sensibilizzare gli addetti alle pulizie di reparto a tenere sempre sotto controllo il carrello con prodotti chimici pericolosi (candeggina, detergenti, acido muriatico, etc.);
- porre in atto misure che impediscano, alla persona a rischio, di accedere senza l'adeguata vigilanza ad ambienti dove può risultare più facile togliersi la vita (ad es. docce), o di procurarsi mezzi (ad es. oggetti taglienti, cinture, corde, lenzuola, farmaci) per togliersi la vita;
- intensificare la vigilanza sul paziente (H 24).

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

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

Di particolare rilevanza è l'**adeguata assistenza infermieristica**. Nella prevenzione del suicidio del paziente in ospedale, un ruolo importante può essere svolto dall'infermiere quale interlocutore privilegiato col paziente, in quanto costantemente presente in reparto e spesso "confidente" dei problemi personali del malato. Nel caso di paziente considerato a rischio, è fondamentale che questi sia trattato con adeguate cautele, quali:

- il rispetto e la comprensione per la sua sofferenza;
- la creazione di un rapporto di confidenza, che lo induca a comunicare i propri sentimenti e pensieri;
- l'attuazione di una sorveglianza attenta e continua, ma anche discreta e rispettosa; la responsabilizzazione progressiva del paziente, che lo aiuti a raggiungere e mantenere un'autonomia nella cura di sé;
- l'incoraggiamento di ogni suo tentativo di socializzazione.

4.1.3 Continuità ospedale – territorio

All'atto della dimissione il paziente dovrà essere segnalato ai servizi territoriali e sociosanitari competenti per residenza del paziente al fine di garantire una continuità assistenziale. (le modalità di segnalazione sono indicate **nell'allegata flow-chart – Allegato 3**)

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

Direzione Sanitaria Aziendale
Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Responsabile: dott. Ereditato Morano

- la comunicazione di riferimenti da contattare in caso di bisogno (numeri di telefono, servizio psicologico, assistente sociale, CSM, etc);
- il raccordo con il MMG per concordare il tipo di intervento più opportuno;
- l'affidamento ad un familiare o altra persona significativa, adeguatamente informata, con il consenso del paziente, riguardo alle condizioni cliniche, i trattamenti in corso, i possibili segnali d'allarme, i servizi e le figure sanitarie a cui riferirsi in caso di necessità;
- l'orientamento verso servizi territoriali socio-sanitari (CSM, Ser.T, etc) o altri specialisti al fine di garantire la continuità assistenziale, per proseguire valutazione ed eventuali cure extraospedaliere.

4.1.4 Particolari indicazioni per l'U.O. S.S.V.D. Oncologia

- Il cancro rappresenta sempre, per il paziente e per la sua famiglia, una prova esistenziale sconvolgente, una frattura nel senso della continuità del sé.
- Il cancro è una malattia del corpo, degli affetti e delle relazioni che si nutre di paure relative al vissuto di perdita di relazioni e di un patrimonio di possibilità, per progetti sospesi e non realizzati, ricordi, futuro non più possibile.
- Il rischio di suicidio nei pazienti oncologici è maggiore rispetto alla popolazione generale ed è spesso sottovalutato. Per inquadrare meglio il problema, gli psichiatri del Public Health England hanno pubblicato su JAMA Psychiatry l'analisi dei decessi di oltre 4,7 milioni di pazienti diagnosticati in Gran Bretagna tra il 1995 e il 2015, scoprendo che i suicidi rappresentano lo 0.08% del totale, ovvero un tasso superiore del 20% rispetto a quello della popolazione generale. Il rischio è il doppio per pazienti con diagnosi di tumore dell'esofago, dello stomaco, dei polmoni e del pancreas e, addirittura, quadruplicato nel caso di mesotelioma. Il rischio è massimo nei primi sei mesi dopo la diagnosi.
- **E' necessario mettere in atto strategie preventive.**

Lo screening routinario del "distress" psicologico, inteso come *"una esperienza emozionale spiacevole, multifattoriale psicologica, sociale e/o spirituale, che può interferire negativamente con la capacità di affrontare il cancro, i suoi sintomi fisici e il suo trattamento"* è una priorità ed uno standard di cura da effettuarsi durante tutte le fasi della malattia ed in qualsiasi setting di cura oncologica.

Si utilizza routinariamente la scheda di misurazione del disagio del NCCN.

Tale strumento consente l'individuazione dei pazienti a rischio e dei loro bisogni e l'invio allo psicologo/psichiatra per gli approfondimenti diagnostici e terapeutici, e/o all'assistente sociale e/o all'assistente spirituale.

5. CARATTERISTICHE STRUTTURALI DELL'OSPEDALE

5.1 L'ospedale

E' opportuno che l'ospedale, nel rispetto della dignità della persona, disponga, rispettando le priorità e i limiti di spesa, di:

- dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarmi, ringhiere;
- infissi di sicurezza, ove possibile, assicurandone una manutenzione adeguata (con particolare riguardo ai punti luce/finestre dei piani alti);



- strutture ed 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).

6. FORMAZIONE

Va effettuata formazione specifica del personale in merito a tale problematica, in particolare con richiami alle modalità di comunicazione, sui rischi connessi al suicidio, sulle modalità di prevenzione e controllo.

Il personale da formare dovrà essere quello delle Unità Operative maggiormente coinvolte, il personale di supporto e i volontari già precedentemente individuati.

La formazione mirerà a far conoscere la presente procedura e tutte le informazioni necessarie a gestire, a qualsiasi titolo, pazienti con rischio suicidario.

7. SEGNALAZIONE DEL SUICIDIO O DEL TENTATO SUICIDIO

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

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

8. COMPITI E RESPONSABILITÀ

8.1 Direttore Medico del Presidio Ospedaliero Unico

Il Direttore Medico di presidio:

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

8.2 Altri Direttori

I Direttori di U.O./DEA/Dipartimento/Servizio provvedono alla diffusione della procedura a tutto il personale operante nelle rispettive UU.OO./Servizi. Sono responsabili dell'effettiva applicazione della stessa alla pratica assistenziale e del monitoraggio nel tempo dei livelli di conoscenza e di adesione del personale alle presenti indicazioni. Inoltre, in assenza del Dirigente medico, o quando ne svolgano direttamente le funzioni, assumono anche i compiti e le responsabilità di cui al successivo punto 8.3:

- provvedono a segnalare alla U.O. Gestione del Rischio Clinico e al Direttore Medico di Presidio eventuali eventi sentinella (suicidi o tentati suicidi).

8.3 Dirigente Medico

Il Dirigente Medico:

- è responsabile della valutazione del rischio di suicidio in tutti i pazienti ricoverati e della relativa presa in carico;
- fornisce al Coordinatore infermieristico e agli infermieri indicazioni sulle misure da adottare per aumentare la sicurezza nel caso di pazienti valutati a rischio di suicidio (*tali indicazioni devono risultare scritte in cartella medica ed infermieristica*);
- provvede a segnalare alla U.O. Gestione del Rischio Clinico e al Direttore Medico di Presidio eventuali eventi sentinella (suicidi o tentati suicidi).

8.4 Coordinatore infermieristico

Il Coordinatore infermieristico:

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

8.5 Infermiere ed O.S.S.

L'infermiere e l'OSS:

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

Direzione Sanitaria Aziendale
 Ufficio Gestione del Rischio Clinico
 Responsabile: dott. Espedito Morano

MATRICI DI RESPONSABILITA'

Attività: ↓	Direzione Sanitaria Aziendale	U.O. Gestione Rischio Clinico	Direzione Medicadi Presidio	Direzione di Dipar- timento	Direttore U.O. Respons. Servizio	Dirigente Medico	Coordi- natore Infermiere	CPS Infermie- re - OSS
Diffusione Procedura a DSO	I	R	I	I	I	I	I	I
Diffusione Procedura in P.O. e U.O.O.	I	C	R	R	R	C	C	I
Applicazione Procedura	I	I	C	C	R	R	R	R
Vigilanza su applicazione procedura	I	I	R	R	R	C	C	I
Valutazione del rischio suicidario	I	I	I	I	R	R	C	C
Modalità di vigilanza e gestione del paziente	I	I	I	C	R	R	R	C
Monitoraggio applicazione procedura nelle U.O.O.	I	I	R	R	R	C	C	I
Segnalazione eventi sentinella a R.S.p-M	I	I	I	R	R	R	R	C
Monitoraggio eventi sentinella e segnalazione a Minist. Salute	I	R	I	I	I	I	I	I

R: responsabile; C: collabora; I: informato

REGIONE CALABRIA

Direzione Sanitaria Aziendale
Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Responsabile dott. Espedito Morano

La U.O. Gestione del Rischio Clinico partecipa alla progettazione della procedura: promuove e diffonde la procedura alle Direzioni Mediche di Presidio (P.O. Vibo Valentia, Serra San Bruno, Tropea).

Le suddette Direzioni sono responsabili della capillare diffusione della procedura nonché del relativo monitoraggio; inoltre collaborano alla sua applicazione.

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.

Segnalazione dell'evento sentinella e attivazione del protocollo di monitoraggio

L'Azienda deve favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure aziendali.

L'evento sentinella "Suicidio di paziente in ospedale" deve essere segnalato, a cura del Responsabile dell'U.O./Servizio Gestione del Rischio Clinico, secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.

9. DISPOSIZIONI FINALI

9.1 Validità

La presente procedura deve essere applicata, in aggiunta alla Raccomandazione Ministeriale n. 4, in tutti gli ospedali dell'ASP di Vibo Valentia e sostituisce ovvero integra eventuali altre disposizioni precedenti. Laddove dovesse risultare in contrasto con precedenti disposizioni, prevale su queste ultime.

9.2 Aggiornamento

La procedura presente sarà aggiornata di norma ogni tre anni oppure anche prima, quando se ne dovesse ravvisare la necessità.

ALLEGATO 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. Essa può essere utilizzata quando vi è un sospetto da approfondire (dopo aver quindi raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi).

E' opportuno che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia: è pertanto necessario scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E' importante, inoltre, cercare di non perdere il contatto oculare con il paziente.

Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero. 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 suicide. 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 spiare qualche colpa?
- Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. E' successo anche a Lei?
- Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?
- Con che frequenza Le sovengono tali pensieri?
- Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi).
- Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente vicino?
- Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)
- Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo? (Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte).
- Ha mai pensato a come farla finita? (Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale).



S

S

R

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA



REGIONE CALABRIA

Direzione Sanitaria Aziendale
Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Responsabile: dott. Espedito Morano

- 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?

REGIONE CALABRIA

Direzione Sanitaria Aziendale

 Ufficio Gestione del Rischio Clinico

 Responsabile: dott. Espedito Morabito

ALLEGATO 2:

Beck Hopelessness Scale (© Beck AT & Steer RA, 1988)

Cognome e nome _____ Data di nascita ____/____/____

Luogo di nascita _____

Data valutazione ____/____/____ Valutatore _____

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

AFFERMAZIONI:		VERO	FALSO
1	Vedo il futuro con speranza ed entusiasmo.		
2	Potrei arrendermi perché non posso migliorare le cose per me.		
3	Quando le cose vanno male, mi consola sapere che non può durare così in eterno.		
4	Non posso immaginare quello che sarà della mia vita tra 10 anni.		
5	Ho abbastanza tempo per realizzare le cose che desidero fare di più.		
6	Nel futuro mi aspetto di riuscire in quello che mi interessa di più.		
7	Il mio futuro mi sembra buio.		
8	Mi aspetto di ottenere dalla vita più cose buone rispetto alla persona media.		
9	Non mi prendo pause e non c'è motivo per cui lo debba fare in futuro.		



5
5
R

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA



REGIONE CALABRIA

Direzione Sanitaria Provinciale
Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Responsabile dott. E. Spedino Merino

10	Le mie esperienze passate mi hanno preparato bene per il futuro.
11	Se guardo avanti vedo solo situazioni spiacevoli piuttosto che piacevoli.
12	Non mi aspetto di ottenere ciò che voglio veramente.
13	Quando guardo al futuro, mi aspetto di essere più felice di adesso.
14	Le cose proprio non vanno come io desidero che vadano.
15	Ho una grossa fede nel futuro.
16	Non ottengo mai ciò che desidero, quindi è sciocco desiderare alcunché.
17	È molto inverosimile che nel futuro io ottenga una vera soddisfazione.
18	Il futuro mi sembra vago e incerto.
19	Posso aspettarmi che arrivino bei tempi, piuttosto che brutti.
20	È inutile provare ad ottenere ciò che voglio perché probabilmente non ci riuscirò.

Il presente questionario contiene dati personali e sensibili, va inserito in cartella clinica, e deve essere trattato nel rispetto delle norme che tutelano la privacy.

ITEM HOPELESSNESS A CUI ASSEGNARE 1 PUNTO

ITEM 1 se il soggetto risponde FALSO

ITEM 2 se risponde VERO

ITEM 3 se risponde FALSO

ITEM 4 se risponde VERO

ITEM 5 se risponde FALSO

ITEM 6 se risponde FALSO

Calcolare il punteggio totale

RANGE DI VALUTAZIONE:

REGIONE CALABRIA

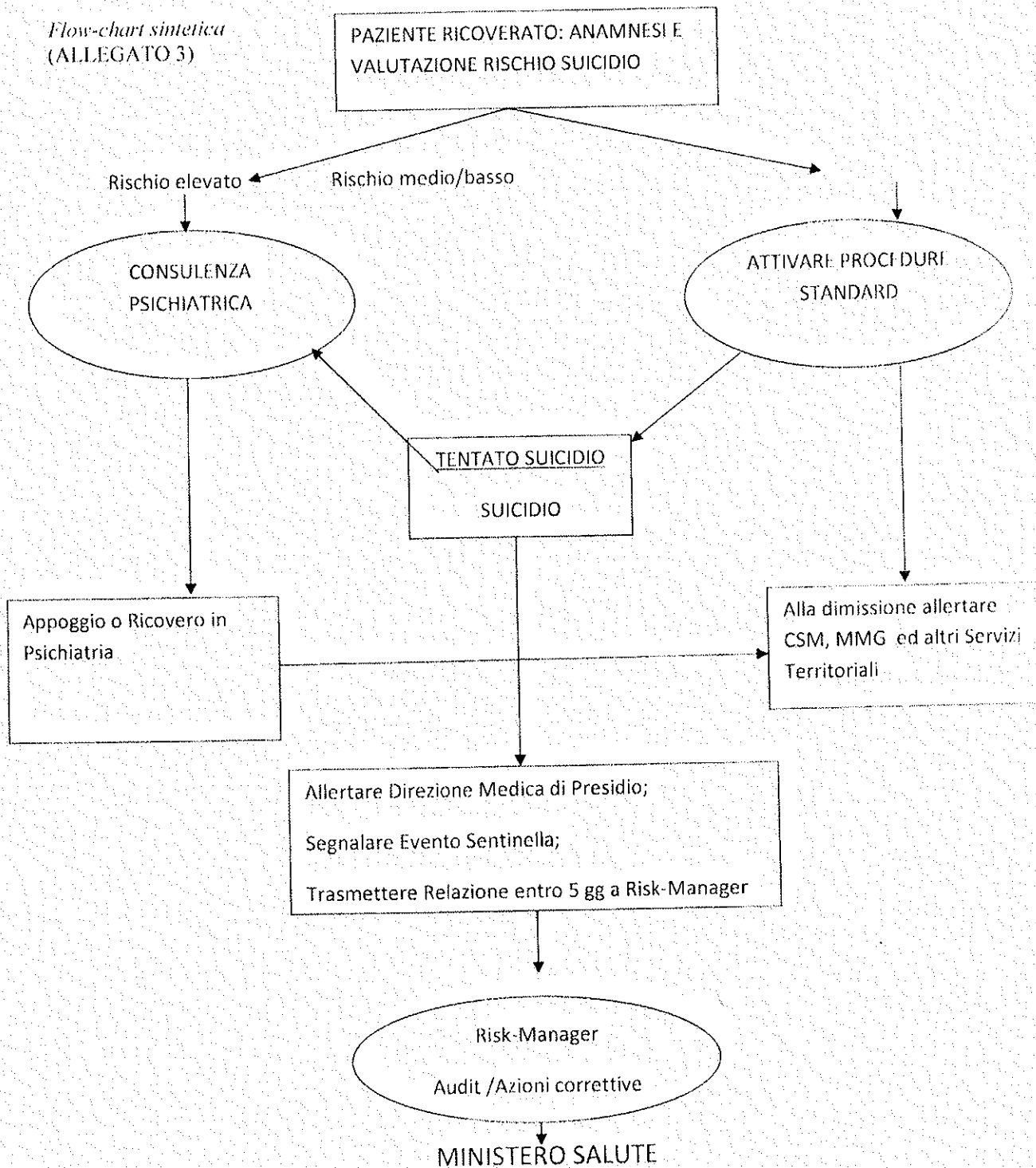
Direzione Sanitaria Aziendale
Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Responsabile: dott. Espedito Morano

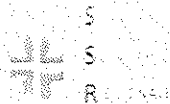
ITEM 7 se risponde VERO	0 - 3: nella norma
ITEM 8 se risponde FALSO	
ITEM 9 se risponde VERO	4 - 8: lieve mancanza di speranza
ITEM 10 se risponde FALSO	9 - 14: moderata mancanza di speranza
ITEM 11 se risponde VERO	15 - 20: grave mancanza di speranza, rischio di suicidio
ITEM 12 se risponde VERO	
ITEM 13 se risponde FALSO	
ITEM 14 se risponde VERO	
ITEM 15 se risponde FALSO	
ITEM 16 se risponde VERO	
ITEM 17 se risponde VERO	
ITEM 18 se risponde VERO	
ITEM 19 se risponde FALSO	
ITEM 20 se risponde VERO	
Tot. =	

REGIONE CALABRIA

Direzione Sanitaria Aziendale
Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Responsabile: dott. Espediro Morano

*Flow-chart sintetica
(ALLEGATO 3)*





Riferimenti Bibliografici:

Raccomandazione Ministeriale n. 4 : La Prevenzione del Suicidio di Pazienti in Ospedale (2008);

The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale (January 1975, Journal of Consulting and Clinical Psychology -42(6):861-5 ; Source PubMed);

The assessment and management of people at risk suicide New Zeland Guidelines Group, 2003;

Guidelines for Identification, Assessment and Treatment Planing for Suicidality, Risk management Foundation Harvard Medical Institution, 1996;

J.Bouch, J.J.Marshall, Suicide risk: structured professional juddgment, Advances in Psychiatric Treatment, 2005;11:84-91.

O.Bennewith, D.Gunnel, T.Peters, et al., "Variations in the hospital management of self harm in adults in England: observational study.", BMJ, 2004, N°328, pagg.1108-1109.

Physicians and Nurses Are key in Assessing Suicide Risk, Joint Commission: The Source, Volume 2, Number 1, January 2004, pp. 5-7(3).

JCAHO, 1998, Sentinel Event Alert, Accessed: 03/07/03 www.jcaho.org.

F.G.Pajonk, K.A.Gruenberg, H.Moecke, et al., "Suicides and suicide attempts in emergency medicine.", Crisis, 2002, N°23, pagg.68-73.

Shea S. The Practical Art of Suicide Assessment, John Wiley & Sons, 1999;
Evidence-based Protocol, Elderly suicide: secondary prevention, National Guideline Clearinghouse, USA;

Suicide Risk Assessment and Management Protocols- General Hospital Ward, NSW Department of Health, North Sidney, Australia

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene pubblicata sull'Albo Pretorio on-line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia in data 25 / 11 / 2020 e vi resterà per 15 giorni consecutivi.

Vibo Valentia li / / 2020

Il Dirigente Amministrativo



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo.

Vibo Valentia li / / 2020

Il Dirigente Amministrativo

