

	<p style="text-align: center;">AZIENDA ASL PESCARA DIRETTORE GENERALE DR. C. D'AMARIO</p> <p style="text-align: center;">U.O.S. RISK MANAGEMENT DR.SSA ANNAMARIA AMBROSI.</p>	
<p>REVISIONE 0 GENNAIO 2015</p>	<p style="text-align: center;">PROCEDURA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p> 	<p>TOTALE PAGINE N. 19 ALLEGATI N. 6</p>

Redazione	U.O.S. Risk Management: Dr.ssa A. Ambrosi; Dott.ssa ML.Quinto.
Verifica dei contenuti	D.S.M.: dr.ssa M. Amorosi.
U.O.S. Risk Management	Dr.ssa A. Ambrosi Firma
Emissione	Data: 27.01.2015

INDICE

	Pag.
INTRODUZIONE	3
1. SCOPO	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITA'	3
3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
4. RESPONSABILITA'	4
5. DIFFICOLTÀ DELLA PREVENZIONE	4
6. ISTRUZIONI OPERATIVE	5
- ANAMNESI MEDICA ED INFERMIERISTICA	5
- MISURE PREVENTIVE E DI SICUREZZA	6
- PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE	7
- GESTIONE DELL'EVENTO ACCADUTO/MODALITA' DI SEGNALAZIONE	7
- COMUNICAZIONE DELL'EVENTO SUICIDARIO E SUPPORTO AI SOGGETTI COINVOLTI	8
7. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	9
8. DISTRIBUZIONE	9
9. ACCESSIBILITA'	9
10. PARAMETRI DI CONTROLLO	9
11. ALLEGATI	9
Allegato 1- Guida per il colloquio con il paziente.	
Allegato 2- Scheda valutazione fattori di rischio.	
Allegato 3- Scheda valutazione in Psichiatria.	
Allegato 4- Scale for suicide ideation SSI.	
Allegato 5- Intent Score Scale ISS.	
Allegato 6- Scheda interventi preventivi e di sicurezza.	

INTRODUZIONE

Il suicidio del paziente in Ospedale è stato inserito dal Ministero della Salute, per la sua gravità e la sua potenziale evitabilità, nella lista degli Eventi sentinella cioè di quegli eventi di particolare gravità indicativi di un serio malfunzionamento del sistema sanitario per i quali è obbligatoria la segnalazione attraverso il flusso SIMES (sistema informativo per il moni-toraggio degli errori in sanità).

Nel Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella, più precisamente nel 3° Rapporto relativo al periodo Settembre 2005/Dicembre 2010, il Ministero evidenzia come l'evento con il maggior numero di segnalazioni sia proprio il "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" con 166 segnalazioni pari al 19% delle segnalazioni pervenute (873 schede di segnalazione validate al 31.12.2010).

La gravità di questo evento e la possibilità di attivare misure idonee alla sua prevenzione impongono una regolamentazione e una standardizzazione dei comportamenti degli Operatori allo scopo di raggiungere l'eliminazione o quanto meno una forte riduzione della sua incidenza.

La presente procedura viene elaborata in ottemperanza alla Raccomandazione n°4 del Ministero della Salute del marzo 2008 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale".

1. SCOPO

- Migliorare la capacità degli operatori nel rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio;
- Ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno dell'ospedale, fornendo uno strumento di lavoro che dia indicazione agli operatori sulle modalità da adottare sia in forma preventiva sia come comportamenti da attuare in caso del manifestarsi dell'evento.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura riguarda tutti i pazienti che si rivolgono all'ospedale per diagnosi e cura, tenendo presente che il suicidio e/o tentato suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero ma che risultano a maggiore rischio aree quali:

- *le Unità Operative (UU.OO.) di Oncologia;*
- *il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);*
- *le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia;*
- *il Dipartimento di Emergenza;*
- *gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio o tutte le zone ove il controllo risulta essere minore.*

3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Suicidio: evidenze esplicite o implicite che la persona è deceduta attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

Tentato suicidio: evidenze esplicite o implicite che la persona si è procurata lesioni non fatali attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

Autolesionismo deliberato: atti volontari auto-inflitti, dolorosi, distruttivi o lesivi, eseguiti senza l'intenzione di morire.

Ideazione suicidaria: pensieri riferiti alla messa in pratica di azioni atte a produrre la propria morte.

Minaccia di suicidio: verbalizzazione dell'intento di mettere in pratica un atto di suicidio, oppure l'aver iniziato un gesto che, se portato a termine, può condurre al suicidio.

Gesto suicidario: minaccia di suicidio accompagnata da un gesto suicidario (che il paziente ritiene) di ridotta letalità. Il termine parasuicidio denota un comportamento che manca della vera intenzione di uccidersi, ma che comunica in una certa misura l'intento suicidario.

Evento avverso (E.A.): evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

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

C.S.M.: Centro di Salute Mentale;

D.M.P.O.: Direzione Medica del Presidio Ospedaliero;

D.S.: Direzione Sanitaria;

D.S.M.: Dipartimento Salute Mentale;

R.C.A. (Root Cause Analysis): tecnica di indagine volta a scoprire le cause profonde (cause radice) di un evento, allo scopo di introdurre azioni preventive e migliorative;

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

T.S.: Tentativo di suicidio;

T.S.O.: Trattamento Sanitario Obbligatorio.

4. RESPONSABILITÀ

1° livello - Stesura procedura, diffusione e informazione: U.O.S. Risk Management, D.S.M..

2° livello - Informazione e controllo: Direttori di Dipartimento, Direttori D.S.M., Responsabile Infermieristico/Tecnico Dipartimentale, C.P.S.E. Coordinatori Infermieristico/Tecnico/Ostetrica.

3° livello - Applicazione della procedura: l'adozione delle misure descritte nel presente documento deve avvenire, in modo sistematico, da parte di tutto il personale sanitario coinvolto nell'attività di assistenza al paziente.

5. DIFFICOLTA' DELLA PREVENZIONE

Prevedere e prevenire il suicidio è difficile in quanto dipende di tre fattori fondamentali:

- **ampiezza della popolazione a rischio:** se si considerano i fattori di rischio si vedrà che essi sono presenti in una popolazione molto ampia, la quale in Ospedale rischia addirittura di essere maggioritaria.

- **variabilità del livello del rischio:** il livello di rischio può variare nello stesso individuo, in dipendenza soprattutto da circostanze esterne o interne che provochino un vissuto di perdita e una caduta dell'autocontrollo, passando, in modo rapido ed imprevedibile, da un livello di rischio reale nullo ad un livello di rischio reale in atto molto elevato.

- **scarsa collaborazione dei pazienti:** se il suicidio è lucido spesso il paziente nasconde le sue intenzioni, se il suicidio invece è attuato in modo impulsivo, in stato subconfusionale, delirante o in stato di intossicazione da sostanze, il paziente non è in grado di dare comunicazioni sul suo stato mentale.

COSA SI PUO' FARE

Si deve mantenere attenzione costante al problema suicidio mentre si opera a più livelli nell'attività routinaria ospedaliera e residenziale.

Ad un primo livello: la prevenzione del suicidio si avvantaggia di tutte le iniziative che mirano ad umanizzare le strutture sanitarie.

Ad un livello generale: la prevenzione del suicidio si avvantaggia di tutte le iniziative volte ad aumentare la sicurezza ambientale nelle strutture sanitarie per tutti i degenti o utilizzatori.

Ad un livello più specifico, che riguarda i singoli pazienti: occorre mantenere attenzione ai fattori di rischio generali con una anamnesi adeguata. Il paziente che presenta alcuni fattori di rischio richiede una particolare attenzione allo scopo di valutare comportamenti e comunicazioni che indichino un aumento del rischio. In questo caso è necessaria la consulenza dello specialista psichiatra col quale occorre concordare una serie di provvedimenti per la gestione del paziente.

6. ISTRUZIONI OPERATIVE

Per una efficace ed appropriata presa in carico del paziente è necessario prevedere le seguenti attività:

- Anamnesi medica e infermieristica;
- Misure preventive e di sicurezza;
- Percorso clinico/assistenziale;
- Gestione dell'evento accaduto / Modalità di segnalazione.

ANAMNESI MEDICA E INFERMIERISTICA

Il personale medico ed infermieristico, ciascuno secondo le proprie competenze, dovrà effettuare, in un clima che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, un'attenta e completa anamnesi, strumento essenziale per l'identificazione dei pazienti che presentano fattori di rischi da monitorare.

La valutazione del rischio suicidario si avvale di:

- **esame obiettivo:** un attento e completo esame è utile per cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcool e/o sostanze stupefacenti; è possibile, inoltre, osservare segni di comportamenti autolesivi;
- **anamnesi storica del paziente:** considerando in particolare gli eventi autolesivi;
- **analisi delle condizioni socio-ambientali** del paziente con particolare riguardo all'isolamento sociale;
- **presenza di recenti eventi psico-sociali** stressanti gravi (lutti/separazioni/perdita del lavoro/solitudine);
- **presenza di disturbi psichiatrici** come la depressione maggiore, il disturbo bipolare, la schizofrenia; il poliabuso di sostanze (alcolismo, tossicodipendenza), l'anoressia e la bulimia nervosa, le sindromi cerebrali organiche, i disturbi di personalità borderline e antisociale;
- **presenza di familiarità** positiva per il suicidio;
- **presenza di malattie fisiche** gravi e invalidanti.

Particolare attenzione va rivolta ai pazienti sottoposti a repentini cambiamenti di vita, - a coloro che presentano una chiara patologia psichiatrica, -che manifestano una sindrome organica confusionale, - che giungono in struttura e manifestano ideazione suicidiaria, - che hanno una reazione suicidiaria all'interno della struttura sanitaria.

🚩 MISURE PREVENTIVE E DI SICUREZZA (ORGANIZZATIVO/STRUTTURALI)

Se a seguito dell'anamnesi medica e infermieristica il paziente risulta essere a rischio di suicidio o se manifesta intenzioni autolesive sarà necessario avvalersi della consulenza psichiatrica.

La visita specialistica urgente è da richiedere alla S.C. di abituale afferenza e verrà effettuata entro le 24 ore successive. In caso di emergenza chiamare lo psichiatra di guardia che la effettuerà nel più breve tempo possibile.

La richiesta non esime i curanti/personale addetto all'assistenza dal mettere in atto tutte le possibili misure di sicurezza strutturali, ambientali e organizzative che possano contribuire ad evitare il verificarsi dell'evento.

Misure generali: di seguito si suggeriscono alcune misure possibili che potranno essere messe in atto dagli operatori sanitari in relazione al proprio profilo professionale e di competenze.

Sarà cura del Dirigente Medico:

- informare tutti gli operatori sul rischio suicidario del paziente;
- coinvolgere familiari e caregivers sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio;
- garantire una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e i pazienti.

Sarà cura del personale di assistenza:

- prestare particolare attenzione durante i trasferimenti del paziente all'interno della struttura aziendale ed evitare lunghi tempi di attesa per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche terapeutiche;
- posizionare il paziente in una stanza in cui sia più facile il controllo da parte del personale di assistenza (es. vicino alla medicheria), a più letti, condivisa con altri degenti, escludendo i letti vicino alle finestre ed abbassando eventualmente le tapparelle;
- togliere dalla stanza e al paziente oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltelli, oggetti in vetro...) avvalendosi anche della collaborazione dei famigliari/caregiver;
- non lasciare incustodito il carrello dei farmaci durante la somministrazione della terapia e materiale potenzialmente lesivo in medicheria/stanza di degenza (fiale, flussometri, bisturi, disinfettanti e filo del campanello);
- accertarsi che il paziente non sia in possesso di farmaci, avvalendosi anche della collaborazione dei famigliari/caregiver;
- prestare particolare attenzione nelle ore serali e notturne avvalendosi della collaborazione dei famigliari/caregiver, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto, durante le fasi della giornata in cui il personale è impegnato in attività di routine o di emergenza che possono distrarre l'attenzione dal "soggetto a rischio";
- adottare misure di sicurezza, dotando, ad esempio, gli ambienti potenzialmente pericolosi di dispositivi di sicurezza, come serrature (garantendone la sostituzione immediata in caso di rottura o danno), oppure per evitare che il paziente possa accedere a sostanze potenzialmente pericolose (farmaci, detersivi, veleni, ecc.) e potenziare la sorveglianza da parte del personale.

Per migliorare la capacità degli operatori di rilevare il rischio, di adottare idonee misure di prevenzione e gestire l'evento suicidio, sono incrementate le attività di informazione e formazione attraverso progetti formativi specifici e periodici, rivolti in particolare al personale operante in unità operative considerate particolarmente critiche per il manifestarsi dell'evento.

✚ PERCORSO CLINICO/ASSISTENZIALE

Qualora dall'anamnesi emerga un sospetto da approfondire o possibili fattori di rischio, il medico dovrà registrare in cartella clinica la positività dell'anamnesi informandone tutto il personale di assistenza.

Il paziente a rischio richiede, oltre ad una accurata valutazione, anche una presa in carico adeguata, che tenga conto del fatto che il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione.

Prestare particolare attenzione a coloro che:

- hanno una reazione di tipo suicidario;
- viene comunicata una diagnosi infausta;
- viene effettuato un passaggio della terapia curativa a quella palliativa, nelle amputazioni di arti.

All'atto della dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti a rischio suicidiario, è opportuno:

- assicurare una **“dimissione protetta”**, che coinvolga le persone che si occuperanno del paziente a domicilio;
- segnalare al Servizio Psichiatrico coinvolto, ai servizi territoriali e socio sanitari competenti per residenza, al fine di garantire una continuità assistenziale.

✚ GESTIONE DELL'EVENTO ACCADUTO / MODALITÀ DI SEGNALAZIONE

- In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente in Ospedale, l'Operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza) comunica immediatamente quanto accaduto all'Autorità Giudiziaria: la denuncia si rende necessaria perché il fatto potrebbe essere collegato all'intervento di terzi sotto forma di aiuto materiale o di istigazione.
- comunica quanto accaduto alla Direzione Dipartimentale/ Direzione U.O. di afferenza e alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione dell'accaduto.
- invia la segnalazione dell'evento sentinella all'U.O. S. Risk Management entro 12 ore dall'accadimento o da quando ne viene a conoscenza, per l'effettuazione della necessaria istruttoria.
- l'U.O.S. Risk Management avvia immediatamente una istruttoria per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella; a tale scopo provvede ad acquisire gli atti, la documentazione sanitaria e ogni altra documentazione utile; effettua l'analisi del caso, descrivendone gli elementi oggettivi e raccoglie tutte le informazioni utili a definirlo negli eventuali aspetti di criticità. Provvede quindi ad analizzare l'accadimento al fine di approfondire le cause dell'evento e i provvedimenti da intraprendere per rimuovere/ridurre il rischio suicidio. A tale scopo utilizzerà la tecnica della RCA (Root Cause Analysis) coinvolgendo il Direttore della U.O.C. interessata ed operatori con competenze specifiche del settore in cui è avvenuto l'incidente senza entrare nel merito della responsabilità individuale e del comportamento. Al termine della RCA, l'U.O.S. Risk Management trasmetterà alla Direzione Aziendale un report conclusivo con le risultanze e gli interventi individuati idonei a rimuovere i rischi potenziali. Provvederà infine a segnalare al Ministero della Salute l'evento sentinella accaduto tramite il flusso SIMES.

✚ COMUNICAZIONE DELL'EVENTO SUICIDARIO E SUPPORTO AI SOGGETTI COINVOLTI

Comunicazione ai familiari:

Il processo di comunicazione con i familiari prende la forma di un dialogo e può prevedere vari colloqui. L'approccio deve essere aperto e trasparente; debbono essere fornite le informazioni sull'evento accaduto, anche per prevenire e ridurre il numero di contenziosi medico legali e mitigarne le conseguenze e deve avvenire il prima possibile.

Prima dell'incontro è utile:

- recuperare e mettere a disposizione di chi condurrà il colloquio tutti gli elementi informativi che riguardano la situazione clinica del paziente ed ogni altra informazione importante sull'accaduto.
- acquisire informazioni sulle caratteristiche socio-culturali ed etniche del paziente per poter tarare e gestire con attenzione e sensibilità il colloquio.
- prevedere eventualmente la disponibilità di persone di sostegno, un interprete, un mediatore culturale, uno psicologo.

Durante l'incontro dovranno essere espressi in modo comprensibile ai familiari i seguenti contenuti:

- descrizione chiara dell'evento;
- esplicita e sincera dichiarazione di rincrescimento per l'evento accaduto;

La comunicazione deve essere gestita con attenzione perché le persone coinvolte hanno uno stato emotivo alterato.

Durante l'incontro è utile:

- descrivere i fatti realmente avvenuti con spiegazione dei termini medici eventualmente utilizzati;
- fornire informazioni circa l'indagine intrapresa o realizzata per la ricostruzione dell'accaduto e la identificazione delle relative motivazioni, indicando anche chi è responsabile di tale inchiesta;
- lasciare ai familiari un tempo sufficiente per assimilare le informazioni e porre domande;
- far esprimere ai familiari tutte le conoscenze che possiedono rispetto all'evento ed il loro contenuti fondamentali (vissuto) in modo da condurre in forma mirata ed efficace il colloquio;
- indicare a chi rivolgersi e le modalità per avere ulteriori chiarimenti, anche in momenti successivi;
- programmare, se utili o richiesti, successivi incontri con gli interessati.

Fondamentale è il supporto psicologico ai familiare al momento della comunicazione dell'evento per consentire la "elaborazione" dell'accaduto ed offrire un sostegno nella prevenzione di ulteriori disagi. Vanno quindi fornite informazioni sul supporto psicologico disponibile all'interno ed all'esterno della struttura.

Al termine dell'incontro dare spazio per domande e richieste di ulteriori chiarimenti e redigere un verbale del colloquio.

Supporto ad altri degenti

Attenzione dovrebbe essere posta alle possibili reazioni emotive di altri degenti coinvolti nell'evento (compagni di stanza, degenti con i quali il pz aveva legato prima del gesto ..); potrebbero essere utili anche interventi per prevenire eventuali fenomeni imitativi.

Comunicazione esterna ai media:

Per garantire un approccio corretto è necessario che ogni informazione relativa all'evento sia portata tempestivamente a conoscenza della Direzione Aziendale.

Qualora l'operatore venisse contattato da giornalisti con la richiesta di chiarimenti sull'evento è opportuno indirizzare la persona verso il Direttore della Struttura Operativa/Direttore di Dipartimento, evitando qualunque informazione sull'evento, come peraltro previsto dai codici deontologici delle professioni, dalla normativa del lavoro e relativa al segreto professionale.

7. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- American Psychiatric Association: D.S.M. IV- Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Ed. Masson, Milano, 1996.
- Raccomandazione Ministeriale n. 4 del 31 marzo 2008 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”;
- Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Luglio 2009;
- AOU San Giovanni Battista Torino procedura “prevenzione del rischio di suicidio di paziente in ospedale”.

8. DISTRIBUZIONE

Il presente documento è stato approvato dalla Direzione dell'Azienda.

E' conservato e aggiornato dall' U.O.S. Risk Management e trasmesso ai Direttori di Struttura Operativa Complessa dell'Azienda.

L'applicazione dell'istruzione di lavoro attiene alla responsabilità di tutto il personale sanitario afferente alle strutture ospedaliere e residenziali dell'Azienda ULSS.

La responsabilità della distribuzione del documento e della supervisione rispetto all'applicazione dell'istruzione di lavoro è dei Direttori di Struttura Operativa e dei Coordinatori Infermieristici, ognuno per le proprie competenze, delle strutture ospedaliere dell'Azienda USL.

La presente raccomandazione sarà oggetto di revisione in base alle evidenze emerse, ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

9. ACCESSIBILITÀ

L'istruzione di lavoro è disponibile sul sito aziendale.

10. PARAMETRI DI CONTROLLO

Numero di suicidi e tentati suicidi all'anno da misurarsi con le schede di segnalazione degli eventi sentinella.

La rilevazione dell'indicatore è a carico dell'U.O.S. di Risk Management.

11. ALLEGATI:

Sono forniti i seguenti allegati quali strumenti di ausilio per gli Operatori sanitari:

- Allegato1: Guida per il colloquio con il Paziente , allegato alla raccomandazione n. 4/ 2008 del Ministero della Salute “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”;
- Allegato 2 : Scheda valutazione fattori di rischio;
- Allegato 3 : Suicide Assessment Scale (SAS);
- Allegato 4 : Scale for Suicide Ideation (SSI).

GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

(allegato alla raccomandazione n.4 /2008 del Ministero della Salute“Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”)

La presente guida vuole costituire una traccia per gli operatori per la conduzione del colloquio, partendo dalla quale è necessario sviluppare, 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 e 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, venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E’importante 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, rivolte 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. Il colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno faccia riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d’animo, alle domande 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.

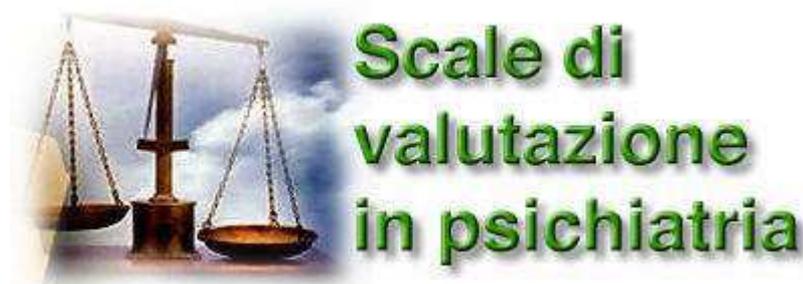
- Come si sente?
- Che progetti ha per quando esce dall’ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa era successo?
- C’è qualcosa che la preoccupa o la turba molto?
- In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine le rendono la vita più difficile?
- 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 continuare a vivere, è successo anche a Lei?
- Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?
- Con che frequenza le sovengono tali pensieri?
- Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l’ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi)
- Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno le è stato particolarmente vicino?
- Ha mai pensato 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.

SCHEMA VALUTAZIONE FATTORI DI RISCHIO

1. Presenza di precedenti tentativi di suicidio
e/o
2. Presenza di malattia psichiatrica (depressione, psicosi...)
e/o
3. Comorbidità con malattia fisica (cancro, epilessia, disordini gastrointestinali....)
e/o
4. Comunicazione diagnosi infausta (patologia oncologica, decesso di neonato, depressione post parto, amputazione arto, passaggio da terapia curativa a palliativa...)
e/o
5. Confusione mentale in paziente anziano
e/o
6. Abuso di alcolici e sostanze stupefacenti
e/o
7. Mancanza di supporto sociale (vedovanza, separazione, fasce di età a rischio 14-25, 65 +).

LEGENDA:

I fattori di rischio sono da rilevare in anamnesi all'accettazione del paziente; tali fattori sono indicati in ordine di importanza per permettere agli Operatori sanitari l'identificazione e l'associazione e la conseguente stima del rischio.



SUICIDE ASSESSMENT SCALE (SAS)

Valuta il livello di intenzionalità suicidaria e i fattori ad essa correlati secondo specifici criteri: 1) la possibilità di valutare sia i comportamenti osservati che i sintomi riferiti; 2) l'indipendenza della scala da qualsiasi diagnosi specifica, anche nei termini di conferire agli item pesi diversi in rapporto ad una diagnosi; 3) la valutazione dell'attuale grado di "suicidalità" e la sensibilità al cambiamento dei sintomi correlati al suicidio. E' composta da 20 item, valutati su di una scala a 5 punti, che possono essere raggruppati in 5 cluster:

- ideazione e comportamento suicidario (item da 16 a 20);
- affettività/umore (item 1, 2, 9, 12 e 13);
- condizioni somatiche (item 3, 8 e 10);
- reattività emotiva (item 4, 5 e 14);
- controllo e adattamento (item 6, 7, 11 e 15).

La scala, la cui somministrazione prevede un'intervista clinica semistrutturata, ha dimostrato di essere valida, affidabile e sensibile al cambiamento.

- GLI ITEM DELLA SUICIDE ASSESSMENT SCALE — SAS

Item	Sintomi	Item	Sintomi
1. <i>TRISTEZZA E ABBATTIMENTO</i>	Umore depresso; giù di corda; si sente miserabile	11. <i>IMPULSIVITÀ</i>	Azioni impulsive, azioni senza pianificazione o senza considerare le conseguenze; ha spinte irresistibili; agisce sotto l'impulso del momento
2. <i>OSTILITÀ</i>	Ostile; arrabbiato; bellicoso; in antagonismo; pronto all'ira; facilmente irritabile	12. <i>BASSA AUTOSTIMA</i>	Bassa autostima; sentimenti di indegnità e d'inferiorità; si sente un fallito
3. <i>ANERZIA</i>	Mancanza di energia; stancabilità; stanchezza; spossatezza; logorato, affaticato; senso di debolezza	13. <i>PERDITA DI SPERANZA</i>	Si sente senza speranza, disperato; aspetto abbattuto; pessimista; sente che verrà il peggio; pensieri nichilistici
4. <i>IPERSENSITIVITÀ</i>	Sensibile alle critiche; facilmente ferito; si sente facilmente rifiutato; si offende	14. <i>PERDITA DEI SENTIMENTI</i>	Depersonalizzazione; mancanza di sentimenti; incapace di provare emozioni

	facilmente; permaloso; mette tutto sul sospettoso; diffidente piano personale;		(non mancanza di empatia)
5. <i>RITIRO AFFETTIVO</i>	Mancanza di contatto emotivo; isolamento sociale; ritiro; isolamento; diffidenza	15. <i>SCARSA TOLLERANZA ALLE FRUSTRAZIONI</i>	Facilmente frustrato o irritato; prontamente scoraggiato
6. <i>PERDITA DI RISORSE</i>	Incapace di risolvere i problemi con efficacia; mancanza di flessibilità nell'affrontare i problemi; vede poche scelte e alternative	16. <i>IDEE DI SUICIDIO</i>	Assillato da idee di suicidio; pensa alla possibilità di essere morto; pensa alle reazioni degli altri al suicidio; ha difficoltà a pensare a qualcosa che non sia il suicidio
7. <i>SENSAZIONE DI PERDITA DEL CONTROLLO</i>	Si sente senza controllo su di sé o sul proprio destino; si sente in balia degli eventi esterni; sensazione di mancanza di influenza sull'ambiente	17. <i>PROPOSITI DI SUICIDIO</i>	Il suicidio è una soluzione ai problemi; il suicidio è la sola alternativa ai problemi; vuole sollevare gli altri dai problemi; ricongiungimento con qualcuno che è morto (in contrapposizione ai tentativi fatti per attrarre l'attenzione o a fini manipolativi)
8. <i>TENSIONE</i>	Fisicamente teso; nervoso; a disagio; incapace di rilassarsi; eccitato (escludere i sintomi autonomi)	18. <i>DESIDERIO DI MORIRE</i>	Forte desiderio di morire; sente di non meritare di vivere; sente che la vita non vale la pena di essere vissuta
9. <i>ANSIA</i>	Preoccupato; preoccupazione eccessiva per il presente o per il futuro; paura; terrore; disagio (escludere i sintomi autonomi)	19. <i>MANCANZA DI RAGIONI PER VIVERE</i>	Sente che non c'è una ragione per vivere; sente che non interessa a nessuno; sente che la vita non ha scopo
10. <i>PREOCCUPAZIONI SOMATICHE</i>	Preoccupazione per la salute fisica; preoccupazione per sintomi fisici (compreso dolori e sofferenze; insonnia; sintomi gastro-intestinali e cardiovascolari); preoccupazioni generalizzate o allucinazioni somatiche	20. <i>ATTI SUICIDARI</i>	Concretamente progetta metodi per suicidarsi; ha preparato degli scritti o ha informato qualcuno; necessita di stretto controllo per prevenire tentativi

SCALE FOR SUICIDE IDEATION (SSI)

La scala di ideazione suicidaria è un'intervista semi-strutturata da parte dell'operatore ed è composta da **19 item, si articola in 3 fattori (desiderio attivo di suicidio, la preparazione e il desiderio passivo di suicidio)** e prende in considerazione la intenzionalità e la pervasività dell'ideazione (item 1-7), i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio, la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie (item 8-10), i motivi (item 11); i dettagli e il grado di preparazione del progetto suicidario (12-19).

Gli item sono valutati su di una **scala a 3 punti (da 0 a 2)**, in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso in ciascun item. Il punteggio totale può oscillare, perciò, **tra 0 e 38**.

I soggetti che riportavano **punteggi ≤ 5** sono stati considerati non a rischio di suicidio, mentre quelli con **punteggi > 5** a rischio di suicidio

Voce	Risposta	Punti
1. Voglia di vivere	da moderata a forte	0
	debole	1
	nessuna	2
2. Voglia di morire	nessuna	0
	debole	1
	da moderata a forte	2
3. Ragioni per vivere / morire	quelle per vivere superano quelle per morire	0
	quasi uguali	1
	quelle per morire superano quelle per vivere	2
4. Desiderio di mettere in atto un tentativo di suicidio	nessuno	0
	debole	1
	da moderato a forte	2
5. Desiderio passivo di suicidio	prenderebbe delle precauzioni per salvare la vita	0
	lascerebbe al destino la vita / morte	1
	eviterebbe le misure necessarie per salvare o mantenere la vita	2
6. Durata della ideazione suicidaria / desiderio di suicidio	periodi brevi, fugaci	0
	periodi più lunghi	1
	continua (cronica) o quasi continua	2
7. Frequenza di ideazione suicida	rara, occasionale	0
	intermittente	1
	persistente o continua	2

8. Atteggiamento verso la ideazione / desiderio	rifiutante	0
	ambivalente, indifferente	1
	accettante	2
9. Controllo su un'azione suicida /sul desiderio di reazione impulsiva	ha senso di controllo	0
	non è sicuro di avere il controllo	1
	non ha alcun senso di controllo	2
10. Deterrenti nei confronti del tentativo di suicidio (es. famiglia)	non tenterebbe il suicidio a causa dei deterrenti	0
	qualche preoccupazione per i deterrenti	1
	preoccupazione minima o assente circa i deterrenti	2
11. Motivi per prendere in considerazione il tentativo	per manipolare l'ambiente, attirare l'attenzione, vendicarsi	0
	una combinazione di 0 - 2	1
	fuggire, chiudere, risolvere i problemi	2
12. Metodo: adeguatezza/ pianificazione del tentativo progettato	non considerata	0
	considerata ma dettagli non calcolati	1
	dettagli calcolati / ben previsti	2
13. Metodo: disponibilità / opportunità per il tentativo progettato	metodo non disponibile; mancanza di opportunità	0
	il metodo richiede tempo o sforzo; l'opportunità non è facilmente disponibile	1
	disponibili metodo e opportunità	2
	prevedibilmente prossima l'opportunità o la disponibilità del metodo	2
14. Senso di "capacità" di realizzare il tentativo	Mancanza di coraggio, troppo debole, timoroso, incapace	0
	insicuro del proprio coraggio, della propria capacità	1
	sicuro della capacità, del coraggio	2
15. Attesa / previsione del reale tentativo	nessuna	0
	incerta, insicura	1
	sì	2
16. Effettiva preparazione del tentativo progettato	nessuna	0

	parziale (es. incominciare ad accumulare pillole)	1
	completa (es. ha le pillole)	2
17. Scritti suicidari	nessuno	0
	ha cominciato a scrivere, senza portare a termine, ci ha solo pensato	1
	li ha preparati	2
18. Atti finali in previsione della morte (es. testamento)	nessuno	0
	ci ha pensato o ha sistemato qualcosa	1
	ha pianificato con precisione o ha sistemato ogni cosa	2
19. Dissimulazione / occultamento del tentativo progettato	ha comunicato apertamente le sue idee	0
	è reticente nel comunicare	1
	tenta di dissimulare, occultare, mentire	2

INTENT SCORE SCALE (ISS) (DW Pierce, 1981)

Ideata nel 1981, l'ISS viene impiegata dal medico per stabilire, nei malati che hanno attuato un precedente tentativo di suicidio, la reale volontà di togliersi la vita.

I 22 elementi della scala esplorano pertanto il grado di letalità del tentativo messo in atto e vengono riuniti in 3 sezioni:

- la prima indaga le circostanze relative al tentativo di suicidio (6 elementi);
- la seconda si focalizza sulle considerazioni personali del paziente (4 elementi);
- la terza valuta il rischio di morte corrispondente al gesto autolesionistico (2 elementi).

Ogni elemento indagato, con un'unica eccezione, è valutato secondo una scala a 3 punti (da 0 a 2) per cui il punteggio delle tre sezioni può oscillare fra 0 e 12 per le circostanze del tentativo, fra 0 e 9 per le considerazioni personali e fra 0 e 4 per il rischio.

Si può calcolare anche il punteggio totale che, secondo lo studioso che ha ideato la scala, è indicativo di **basso rischio** quando il valore complessivo è **tra 0 e 3**, di **rischio medio** per valori **tra 4 e 10**, di **rischio elevato** per punteggi **>11**. La scala si è dimostrata altamente affidabile e con buone caratteristiche di predire tentativi futuri di togliersi la vita, come è dimostrato dal fatto che i futuri suicidi tendono ad avere punteggi elevati nella ISS del primo episodio e punteggi ancora più elevati nell'episodio immediatamente precedente il suicidio.

INTENT SCORE SCALE ISS

Cognome Nome _____
data di nascita _____
Valutatore _____ data di valutazione _____

Sezione	Item	Punteggio
Circostanze relative al tentativo di suicidio	1. Isolamento;	0. Qualcuno presente; 1. Qualcuno nelle vicinanze o in contatto (es. per telefono); 2. Nessuno vicino o in contatto.
	2. Scelta del momento;	0. Calcolato in modo tale da rendere probabile un evento; 1. Calcolato in modo tale da rendere improbabile un intervento 2. Calcolato in modo tale da rendere altamente improbabile un intervento
	3. Precauzioni contro la scoperta e/o l'intervento;	0. Nessuna precauzione; 1. Precauzioni passive, come evitare gli altri, ma senza fare niente per impedire il loro intervento (es. solo nella stanza con la porta aperta); 2. Precauzioni attive (es. porta chiusa).

	4. Azioni per richiedere aiuto durante o dopo il tentativo;	0. Mettere al corrente qualcuno che potrebbe prestare soccorso; 1. Contattare qualcuno che potrebbe prestare soccorso, ma senza metterlo al corrente del tentativo; 2. Non contattare o mettere al corrente del tentativo nessuno che potrebbe prestare soccorso.
	5. Azioni finali in previsione della morte	0. Nessuna; 1. Progetti o parziale preparazione; 2. Attuazione di specifiche azioni (es. modifiche testamentarie, stipula di assicurazioni).
	6. Scritti suicidari.	0. Nessuno scritto; 1. Note scritte ma strappate; 2. Presenza di scritti.
Considerazioni soggettive	1. Considerazioni del paziente letalità;	0. Pensava che ciò che ha fatto non sarebbe stato letale; 1. Incerto sulla letalità di ciò che ha fatto; 2. Pensava che ciò che ha fatto sarebbe stato letale.
	2. Intento dichiarato;	0. Non voleva morire; 1. Incerto o non preoccupato di vivere o morire; 2. Voleva morire.
	3. Premeditazione;	0. Gesto impulsivo, nessuna premeditazione; 1. Ha preso in considerazione il gesto per circa un'ora; 2. Ha preso in considerazione il gesto circa un giorno; 3. Ha preso in considerazione il gesto più di un giorno;
	4. Reazione all'atto.	0. Paziente contento di essere stato salvato; 1. Paziente incerto se essere contento o dispiaciuto; 2. Paziente dispiaciuto di essere stato salvato.
Rischio	1. Esito prevedibile in termini di letalità dell'atto del paziente e delle circostanze a lui note;	0. Sopravvivenza certa; 1. Morte improbabile; 2. Morte probabile o certa.
	2. Sarebbe deceduto anche senza mediche?	0. No; 1. Non è certo; 2. Sì.

Allegato 6

SCHEDA INTERVENTI PREVENTIVI E DI SICUREZZA

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

La presente scheda, da compilare nel momento in cui l'équipe avrà "valutato un paziente a rischio suicidiario", costituisce una traccia per l'identificazione e l'attuazione di misure preventive e di sicurezza. Le misure preventive attivate dovranno essere portate a conoscenza di tutto il personale, inserendo, ad esempio, la presente scheda nel registro delle consegne degli Infermieri, dei Medici strutturati e dei Medici specializzandi

COGNOME E NOME PAZIENTE _____

DATA _____

**MISURE PREVENTIVE ATTIVATE DURANTE IL PERIODO DI RICOVERO:
ALLERTATO TUTTO IL PERSONALE ;**

- + Osservazione costante del paziente;
- + Sensibilizzare i familiari sulla necessità di contribuire al controllo costante del paziente;
- + Sensibilizzare i familiari e gli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltellini, oggetti in vetro, farmaci);
- + Controllare costantemente la stanza di degenza ed il bagno, ed allontanare qualunque oggetto possa costituire pericolo;
- + Vigilare che il paziente non acceda a sostanze potenzialmente pericolose (farmaci, detersivi, presidi);
- + Chiudere a chiave la medicheria;
- + Chiudere a chiave tutti i magazzini contenenti detersivi e presidi potenzialmente pericolosi;
- + Attivare familiare e/o volontariato e/o personale integrativo per osservazione del Paziente;
- + Porre particolare attenzione durante le ore serali e notturne;
- + Porre particolare attenzione quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine.

+ ALLA DIMISSIONE:

- + Fornire tutte le informazioni utili sul rischio potenziale ai Medici del l'U.O. in cui potrebbe essere trasferito, ai Medici del Servizio territoriale nell'ottica della continuità;
- + Fornire recapiti telefonici utili in caso di necessità o di bisogno;
- + Verificare che i punteggi alla Scale for Suicide Ideation (SSI) e alla Beck Hopelessness Scale (BHS) si siano normalizzati;
- + Altro(specificare)_____

IL MEDICO

IL COORD. INF O L'INFERMIERE