



PREVENZIONE SUICIDIO

RC PO 02 – RM4

REV 1 DEL 03.05.24

PROCEDURA OPERATIVA PREVENZIONE SUICIDIO

REV.	DATA	DESCRIZIONE
0	14.02.2022	Prima emissione
1	03/05/2024	Revisione generale

REDATTO	VALIDATO	APPROVATO
RGQ Nicolas Pacelli	RISK MANAGER Bruno Gioffrè	RISK MANAGER Bruno Gioffrè

**INDICE**

1.	Premessa	3
2.	Scopo e campo di applicazione	3
3.	Riferimenti	3
4.	Termini e Definizioni	3
5.	Responsabilità.....	4
6.	Modalità operative	5
6.1.	Paziente.....	5
6.1.1.	Anamnesi	5
6.1.1.1.	Linea guida per il colloquio con il Paziente	5
6.1.2.	Percorso Clinico Assistenziale.....	6
6.2.	Ambiente.....	6
6.3.	Processi organizzativi	7
6.4.	Comunicazione dell'evento.....	7
6.4.1.	Supporto psicologico	7
7.	Segnalazione EA.....	8
8.	Monitoraggio e Indicatori di Qualità.....	8
9.	Informazione, Formazione, Comunicazione, Diffusione	8
10.	Allegati	8



PREVENZIONE SUICIDIO

RC PO 02 – RM4

REV 1 DEL 03.05.24

1. Premessa

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.

...

La letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio relativi al suicidio e la loro conoscenza consente l'adozione di strategie efficaci per la riduzione dell'evento suicidio in ospedale agendo su:

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

(Raccomandazione Ministeriale n. 4/2008)

2. Scopo e campo di applicazione

Scopo del presente documento è valutare, nel suo complesso, il rischio di suicidio del Paziente, e dare le indicazioni per applicare tutte le misure idonee a prevenire e ridurre tale evento.

La procedura, e la Raccomandazione cui la stessa fa riferimento, si applica a tutti i Pazienti della struttura. Ogni reparto è, quindi, interessato. Con particolare riferimento, però, ai Pazienti più fragili (psichiatrici, oncologici, terminali, ect.).

3. Riferimenti

- Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III: Raccomandazione per la Prevenzione del Suicidio in Ospedale – n.4, 03/2008
- Legge n.24 del 8 Marzo 2017 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

4. Termini e Definizioni

Nella stesura della procedura sono stati usati i termini, le definizioni, le abbreviazioni e gli acronimi definiti nel Manuale della Qualità. Sono stati, inoltre, utilizzati i termini e le definizioni presenti nel [glossario](#) consultabile dal sito del Ministero della Salute (cliccare sul link per accedere direttamente; *necessaria connessione internet*).



PREVENZIONE SUICIDIO

RC PO 02 – RM4

REV 1 DEL 03.05.24

5. Responsabilità

La Direzione ha la piena responsabilità dell'attuazione di quanto previsto nel presente documento considerando anche le esigenze di addestramento, la gestione, l'esecuzione e le verifiche delle attività lavorative e gli Audit di verifica interni, gli Audit Clinici e le comunicazioni alle Autorità Competenti.

La Direzione ha nominato il Responsabile della Gestione del Rischio Clinico (RGRC o *Risk Manager*), cui è assegnato il compito di far osservare quanto previsto dal presente documento e verificare che tutte le fasi siano scrupolosamente rispettate dagli operatori coinvolti e la documentazione correttamente utilizzata. In sua assenza tale compito è svolto dal Direttore Sanitario con il supporto del Responsabile Qualità.

L'efficace implementazione della presente procedura prevede l'attivo interessamento dell'intero contesto organizzativo e pertanto essa si rivolge a tutto il personale sanitario operativo.

Responsabile Attività	Medico Responsabile	Coord. Infermier.	Infermiere	Figure di supporto	Risk Manager
Anamnesi	R	C	I	I	/
Individuazione Paziente a Rischio	R	C	I	I	/
Valutazione ambientale	C	R	I	I	/
Gestione interna	R	R	C	C	/
Gestione post dimissione	R	R	C	R	/
Comunicazione	R	R	C	R	I
Segnalazione EA	R	R	R	R	C

R: Responsabile; C: Collaboratore; I: Informato



6. Modalità operative

Per ridurre efficacemente il rischio di suicidio si devono tenere in considerazioni tre aspetti fondamentali del percorso di cura: Paziente, Ambiente, Processi organizzativi.

6.1. Paziente

Il primo passaggio e, quindi, uno dei più importanti relativamente al percorso del Paziente è la presa in carico. Per una completa e appropriata presa in carico del Paziente è necessario che personale medico e infermieristico effettui in modo puntuale i seguenti passaggi.

6.1.1. Anamnesi

Una anamnesi esauriente, condotta in un clima disteso, favorisce la comunicazione Medico – Paziente e diventa, quindi, uno strumento fondamentale per l'identificazione dei fattori di rischio.

Per la valutazione del rischio suicidio è necessario:

- ricostruire la storia di vita del Paziente con particolare riferimento a eventuali atti autolesivi e tentati suicidi, abusi sessuali, avversità significative; a livello personale e familiare;
- considerare le caratteristiche sociali, culturali e anagrafiche del Paziente;
- accertare le condizioni cliniche (sindromi cerebrali, patologie psichiatriche, dipendenze e/o abusi, diagnosi multiple, patologie terminali, stati di ansia, ect.);
- determinare stati di alcolismo cronico e/o astinenza;
- rilevare i segni tipici (depressione, agitazione, attenzione verso la religione, ect.);
- porre particolare attenzione nei confronti dei Pazienti fragili e, in generale, a coloro che presentano patologie psichiatriche, sindrome organica confusionale, o che, in generale, temono per una perdita o una brutta notizia.

Statisticamente sono più a rischio gli uomini, i Pazienti tra i 15 e i 24 anni e quelli che hanno superato i 65 anni. Inoltre, circa il 30-40% dei suicidi ha già tentato il suicidio.

In caso di Anamnesi significativa per possibili intenzioni suicidarie, è necessario:

- registrare in cartella la positività dell'Anamnesi
- richiedere una Consulenza Psichiatrica
- potenziare la sorveglianza facendo attenzione anche alla scelta della stanza di ricovero e alla posizione del letto nella stanza, affinché il Paziente possa essere facilmente controllato

6.1.1.1. Linea guida per il colloquio con il Paziente

(Raccomandazione Ministeriale n. 4/2008)

La linea guida è da considerare come una traccia in base alla quale gli operatori possono sviluppare la propria linea operativa.

Può essere utilizzata dopo aver raccolto le informazioni circa i rischi.

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

Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero.



PREVENZIONE SUICIDIO

RC PO 02 – RM4

REV 1 DEL 03.05.24

Le domande proposte devono essere selezionate e adattate alla singola situazione.

Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d'animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accettare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.

- Come si sente?
- Che progetti ha quando esce dall'ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa era successo?
- C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?
- In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita più difficile?
- Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita?
- Sente di dovere espiare qualche colpa?
- Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. È successo anche a Lei?
- Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?
- Con che frequenza Le sovengono tali pensieri?
- Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi)
- Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente vicino?
- Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)
- Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo? (Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte)
- Ha mai pensato a come farla finita? (Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale)
- Ha progettato quando farlo?
- Ha il necessario per farlo?
- Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?
- Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?
- Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?

6.1.2. Percorso Clinico Assistenziale

Il rischio maggiore di evento suicidio si ha nei primi giorni di ricovero e nella prima settimana dalla dimissione. Per una valutazione completa e un contenimento effettivo di tale rischio è necessario un approccio multidisciplinare e a più entità. Oltre ad avvalersi di altre figure specialistiche e, comunque, di ambito sanitario come altri Medici (compresi i MMG), Psicologi, Assistenti Sociali, è fondamentale il coinvolgimento dei familiari, se presenti, e la chiara e completa comunicazione con il Paziente stesso. Alla dimissione di Pazienti che hanno tentato il suicidio, il Medico di riferimento, oltre a prescrivere terapie personalizzate, deve identificare un referente sanitario da contattare al bisogno e cercare il coinvolgimento e l'integrazione nel percorso dei servizi territoriali sociosanitari.

6.2. Ambiente

Le caratteristiche ambientali della struttura in genere e degli ambienti vissuti dal Paziente hanno un forte impatto soprattutto nel contenimento del rischio suicidio. Il Coordinatore Infermieristico deve effettuare una valutazione dinamica degli ambienti, cercando la più corretta ubicazione del Paziente in base al Rischio valutato. Nello specifico devono essere considerati e sfruttati i seguenti strumenti di prevenzione presenti in struttura:

- serrature, allarmi, ringhiere, ect. sono la prima barriera fisica per questo tipo di eventi;
- infissi e grate, docce e bagni, assicurano privacy e "normalità" ma non suggeriscono usi impropri;
- oggetti taglienti, farmaci e materiale in genere sono segregati e ad accesso controllato.



PREVENZIONE SUICIDIO

RC PO 02 – RM4

REV 1 DEL 03.05.24

6.3. Processi organizzativi

Il processo organizzativo e, in generale, gli operatori sono, ovviamente, determinanti nella gestione di tale rischio. È, quindi, necessario:

- porre molta attenzione nella comunicazione tra il personale, tutto il personale deve essere informato del rischio suicidario;
- attenersi alla presente procedura, alle linee guida e ai percorsi assistenziali;
- porre attenzione durante i trasferimenti all'interno della struttura ai Pazienti che presentano un maggiore rischio di suicidio;
- evitare di lasciare soli i pazienti a rischio; particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e Pazienti è ridotto.

6.4. Comunicazione dell'evento

La comunicazione ai familiari dell'evento deve essere il più tempestiva possibile. Il luogo, il momento e le modalità di comunicazione vengono di volta in volta scelti sulla base delle caratteristiche del caso.

Devono essere sempre assicurate le condizioni di riservatezza e viene scelto per la comunicazione un luogo appartato e senza interferenze, con la possibilità di comunicare con l'esterno.

Prima dell'incontro è utile:

- recuperare e mettere a disposizione di chi condurrà il colloquio tutti gli elementi informativi circa la situazione clinica del paziente e ogni altra informazione importante sull'accaduto;
- acquisire informazioni sulle caratteristiche demografiche e 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;
- scegliere un luogo confortevole, nel quale sia possibile parlare senza interferenze.

Il colloquio deve essere gestito con molta attenzione, perché tutti coloro che sono a vario titolo coinvolti hanno uno stato emotivo alterato.

Durante il colloquio va stabilito un rapporto empatico, basato su onestà, trasparenza, partecipazione e solidarietà.

Durante l'incontro è utile:

- descrivere i fatti avvenuti chiaramente senza ambiguità e le relative cause, con spiegazione dei termini medici. Evitare rassicurazioni poco credibili, non vere o premature;
- fornire informazioni circa l'indagine intrapresa o realizzata per la ricostruzione dell'accaduto e l'identificazione delle relative motivazioni;
- lasciare alle persone coinvolte un tempo sufficiente per assimilare le informazioni e porre domande. Far esprimere tutte le conoscenze che possiede rispetto all'evento e il suo vissuto, in modo da condurre in forma mirata ed efficace il colloquio;
- accogliere con empatia tutte le reazioni emotive;
- programmare, se utili o richiesti, successivi incontri con gli interessati. Dare un riferimento preciso (nome e numero di telefono) di una persona a cui rivolgersi per assicurare un contatto certo per ogni ulteriore necessità;
- impegnarsi ad attuare misure nella struttura per prevenire il ripetersi dell'evento avverso;
- prendere nota di tutte le richieste di chiarimento e delle domande emerse, per le quali è necessario fornire ulteriori informazioni.

6.4.1. Supporto psicologico

Fondamentale è il supporto psicologico al momento della comunicazione dell'evento per consentire "l'elaborazione" dell'accaduto e offrire un sostegno nella prevenzione di ulteriori disagi. Vanno quindi fornite informazioni sul supporto psicologico disponibile all'interno e all'esterno della struttura. Se la situazione lo richiede è utile segnalare la possibilità di avere un incontro con uno psicologo e, nel caso di problematiche



PREVENZIONE SUICIDIO

RC PO 02 – RM4

REV 1 DEL 03.05.24

assistenziali, con un'assistente sociale che peraltro può aiutare nello svolgimento delle pratiche successive al ricovero.

7. Segnalazione EA

Tutte le criticità, le Non Conformità e gli Eventi Avversi collegati al suicidio devono essere prontamente segnalati al Medico Responsabile di Unità Operativa e al Risk Manager. Per le segnalazioni devono essere usati gli strumenti già implementati all'interno dell'Organizzazione (Modulo Non Conformità, Incident Reporting, ect.); tali segnalazioni, ovviamente, non sostituiranno quelle obbligatorie.

8. Monitoraggio e Indicatori di Qualità

Nell'intento di tenere sotto controllo scopi e obiettivi della presente procedura, e di monitorare il processo, sono stati individuati i seguenti Indicatori di Qualità:

- Numero di Suicidi tentati – anno
- Numero di Suicidi - anno

9. Informazione, Formazione, Comunicazione, Diffusione

La presente procedura deve essere oggetto di informazione e formazione al personale sanitario interessato, oltre a dover essere distribuita a tutti i livelli.

Gli strumenti utilizzati per informazione, formazione e distribuzione sono quelli propri del Sistema Qualità.

10. Allegati

N.A.