



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE



RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE

Il gruppo di lavoro è stato istituito con determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna n. 15582/2011.

Hanno partecipato:

dott.ssa **Antonella Piazza** (coordinatrice)

dott.ssa **Nunzia Boccaforno**

dott.ssa **Dorella Costi**

dott.ssa **Mila Ferri**

dott.ssa **Romina Floris**

dott.ssa **Gisella Garaffoni**

dott. **Ottavio Alessandro Nicastro**

dott.ssa **Kyriakoula Petropulacos**

dott.ssa **Benedetta Prugnoli**

dott. **Alessio Saponaro**

dott. **Stefano Sforza**

dott.ssa **Sandra Ventura**

dott. **Marco Venuta**

dott.ssa **Eleonora Verdini**

INDICE

1. PREMESSA	2
2. OBIETTIVI	2
3. AMBITI DI APPLICAZIONE	2
4. MISURE DI PREVENZIONE GENERALE	2
5. AZIONI	3
5.1 IMPEGNO PROGRAMMATICO DELLA DIREZIONE	3
5.2 AMMISSIONE: PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	3
5.3 PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE E PROCESSI ORGANIZZATIVI	5
5.4 CARATTERISTICHE DI SICUREZZA AMBIENTALE E STRUTTURALE	6
5.5 GESTIONE DEL TENTATO SUICIDIO E SUICIDIO IN OSPEDALE	7
5.6 FORMAZIONE DEL PERSONALE	8
6. IMPLEMENTAZIONE E INDICATORI DI CONTROLLO	9
7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	9
ALLEGATO 1	10
ALLEGATO 2	11
ALLEGATO 3	12

Abbreviazioni:

CSM	Centro Salute Mentale
MMG	Medico Medicina Generale
NPIA	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
SerT	Servizio Tossicodipendenze
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SPOI	Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo

1 PREMESSA

Queste raccomandazioni completano la prima parte del documento regionale sulla prevenzione del suicidio, rivolta prevalentemente ai medici di medicina generale e dedicata alla valutazione e gestione del rischio in ambito extraospedaliero (1). La prevenzione ospedaliera non può essere infatti scorporata e trattata separatamente, in quanto il percorso preventivo attraversa i luoghi sanitari e i contesti di vita, interessando i sistemi di cura e di comunità oltre che l'insieme delle risorse familiari e relazionali. Peraltro, tutte le evidenze finora disponibili indicano che gli interventi di prevenzione del suicidio possono essere realizzati a vari livelli: risultano efficaci in particolare la formazione ai medici di medicina generale per riconoscere e trattare tempestivamente la depressione, la facilitazione dell'accesso alle cure e alla continuità assistenziale per le persone ad alto rischio, la riduzione della disponibilità di mezzi letali per la popolazione (2). Come sostiene l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per una prevenzione efficace sono necessarie strategie nazionali che promuovano, coordinino e sostengano adeguati programmi intersettoriali su scala regionale e locale, sviluppati su tre livelli, specificamente indirizzati alla popolazione generale, ai sottogruppi a rischio e agli individui con rischio accertato o suicidio già tentato (3).

La Raccomandazione del Ministero della Salute (4) ricorda che il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità. Secondo il rapporto ministeriale sul monitoraggio degli eventi sentinella nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (5), tra il settembre 2005 e il dicembre 2010 il maggior numero di segnalazioni è dovuto al suicidio o al tentato suicidio in ospedale (166 casi su 873 eventi validati, pari al 19%). Anche in altri paesi il suicidio ospedaliero è tra gli eventi sentinella più frequenti: negli USA, ad esempio, dal 1995 al 2010 è stato ogni anno tra i primi cinque eventi segnalati dalle organizzazioni sanitarie (6).

2 OBIETTIVI

Fornire indicazioni al personale ospedaliero per identificare i pazienti a rischio di comportamento suicidario e per adottare strategie orientate alla prevenzione dei suicidi e tentati suicidi.

3 AMBITI DI APPLICAZIONE

DOVE: In tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private, con priorità per le aree considerate a più alto rischio potenziale (i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e i Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi, le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e i Dipartimenti di Emergenza), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi.

A CHI: Tutti gli operatori coinvolti in processi collegati alla cura e all'assistenza della persona.

QUANDO: Durante l'erogazione di prestazioni ospedaliere.

4 MISURE DI PREVENZIONE GENERALE

La prevenzione del suicidio ospedaliero si avvale principalmente di tutte le iniziative che mirano a rendere più personalizzata l'esperienza del ricovero. Se la struttura sanitaria ed il personale portano attenzione al paziente come persona malata e non solo come corpo malato, si aumentano le probabilità di individuare i casi a rischio e di sviluppare quel supporto, basato sull'alleanza terapeutica, che risulta essere uno dei principali fattori protettivi (7, 8).

Altrettanto necessaria a fini preventivi è l'adozione delle misure finalizzate ad aumentare la sicurezza ambientale per tutti gli utenti dell'ospedale (6).

5 AZIONI

5.1 IMPEGNO PROGRAMMATICO DELLA DIREZIONE

Ogni struttura/organizzazione dovrebbe esplicitare il proprio impegno programmatico a elaborare un piano di gestione del rischio suicidario in ambito ospedaliero, come parte integrante del **Piano-programma Aziendale di gestione del rischio**, con la finalità di:

- assegnare le responsabilità e le risorse per l'esecuzione degli interventi di prevenzione;
- sensibilizzare il personale a segnalare prontamente gli eventi sentinella del suicidio e tentato suicidio;
- prevedere un percorso aziendale per il monitoraggio degli episodi autolesionistici e suicidari e l'esplicitazione dei soggetti interessati (referenti);
- effettuare cicli di formazione per il personale;
- individuare gli strumenti per monitorare il livello di implementazione delle raccomandazioni, gli effetti sull'organizzazione e gli esiti per i pazienti.

E' opportuno che l'Azienda realizzi un report annuale sulle azioni effettuate e i risultati raggiunti.

5.2 AMMISSIONE: PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Al fine di identificare quei pazienti che presentano un elevato rischio suicidario, è opportuno che il personale medico e infermieristico, secondo le specifiche competenze professionali, centri l'attenzione su particolari fattori anamnestici, obiettivi e clinici. Si sottolinea che la valutazione del rischio di suicidio è un processo, non un evento: va perciò effettuata non solo all'ammissione, ma anche in frangenti clinici importanti durante il trattamento e alla dimissione.

5.2a - ANAMNESI E VALUTAZIONE MEDICO-INFERMIERISTICA

Raccogliere un'attenta e completa anamnesi personale e familiare del paziente. Indagare soprattutto: pregressi atti auto-lesivi, eventi avversi recenti, come lutti o malattie, abusi sessuali, familiarità per suicidio, primo accesso in assoluto di paziente anziano in ospedale.

5.2b - ESAME OBIETTIVO

Durante l'esame obiettivo dedicare una particolare attenzione per rilevare gli eventuali segni di recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari. E' possibile anche cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza.

5.2c - CONDIZIONI CLINICHE

L'accertamento delle condizioni cliniche è fondamentale. In effetti, il rischio di comportamenti suicidari è più elevato in alcune condizioni cliniche:

- patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo);

- abuso/dipendenza da alcool, stupefacenti e/o psicofarmaci, gioco d'azzardo patologico;
- sindromi cerebrali organiche;
- altri possibili sintomi/disturbi comportamentali: disperazione, impulsività, esternazione di idee di suicidio, o negazione incongrua/contraddittoria, ricerca di mezzi letali, ansia, attacchi di panico, agitazione, insonnia, cambiamenti di umore, rabbia, abulia, ritiro sociale;
- diagnosi multiple;
- patologia terminale.

Deve essere rivolta una particolare attenzione a tutti i pazienti che:

- hanno vissuto recentemente drastici cambiamenti di vita, o eventi di vita stressanti, o lutti significativi;
- presentano una sintomatologia psichiatrica, specialmente laddove sono presenti sintomi depressivi, disperazione, comportamenti impulsivi, abuso di sostanze, e tratti di personalità borderline;
- hanno subito o temono di subire una grave perdita nella propria sfera personale o nella propria autonomia (a seguito della comunicazione di una diagnosi di particolare gravità, di patologia oncologica, di passaggio da terapia curativa a palliativa, di decesso di neonato, di amputazione d'arto e di altre prognosi infauste);
- manifestano una sindrome organica confusionale;
- giungono in ospedale per un tentativo di suicidio o manifestano spontaneamente ideazione suicidaria durante il ricovero;
- mettono in atto un comportamento autolesionistico o suicidario all'interno della struttura sanitaria.

L'ALLEGATO 1, tratto dalla Raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale" (4), **presenta una guida per il colloquio clinico-anamnestico finalizzato alla valutazione del rischio**. Tale strumento costituisce solo una griglia per l'operatore affinché elabori una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente.

Ricordare che il modo di porre le domande influenza la probabilità di ottenere risposte sincere: è quindi opportuno mantenere un approccio non giudicante e non condiscendente, ma realistico.

Inoltre, i pazienti possono non riferire spontaneamente idee suicidarie, ma spesso comunicano le loro intenzioni ad altre persone significative. E' perciò importante chiedere direttamente ai pazienti, ma anche raccogliere informazioni collaterali da familiari, amici, Medici di Medicina Generale (MMG), altri servizi che seguono il paziente, personale del Pronto Soccorso/reparto, etc.

Per la valutazione del rischio, strumenti come schede e scale di valutazione sono consigliabili solo come un'integrazione al colloquio empatico tra professionista e paziente (9, 10).

L'ALLEGATO 2 fornisce un esempio di strumento per l'assegnazione del livello di rischio.

Per altre indicazioni e approfondimenti sulla valutazione del rischio si rimanda alle linee operative del progetto di prevenzione del suicidio nel territorio (1).

In caso di paziente a **rischio medio-alto** devono essere riportate nella documentazione clinica osservazioni relative allo stato psicologico/comportamentale.

Se la valutazione di paziente a rischio medio-alto viene effettuata in PRONTO SOCCORSO o nell'ambito di PERCORSI AMBULATORIALI SEMPLICI E COMPLESSI:

- Richiedere **consulenza psichiatrica** per inquadramento clinico e decisioni terapeutico-assistenziali (in particolare riguardo a: ospedalizzazione, revisione/impostazione di terapia farmacologica, coinvolgimento dei familiari, del MMG e dei servizi territoriali/specialisti privati che seguono il paziente, segnalazione/invio a servizi territoriali per presa in cura), specificando e motivando per iscritto il livello di rischio attribuito.
- Nel caso non si valuti opportuno ricoverare il paziente, affidarlo a un familiare o a un'altra persona significativa, adeguatamente informata e preparata, allo scopo di assicurare un sostegno emotivo e relazionale. Contattare se possibile il MMG per concordare il tipo di intervento più opportuno e/o inviare con indicazioni precise il paziente a un servizio (CSM, SerT) o ad altri specialisti per proseguire valutazione ed eventuali cure extraospedaliere.
- Prevedere **vigilanza personalizzata** per i livelli di rischio più alto.

5.3 PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE E PROCESSI ORGANIZZATIVI DURANTE IL RICOVERO

Durante la degenza la valutazione diviene un processo clinico per la raccolta di informazioni e per la notifica dell'identificazione, del trattamento e della gestione dei pazienti a rischio suicidio, consentendo l'aggiornamento delle strategie di trattamento e la sicurezza dei pazienti.

I reparti devono disporre di un modello di pianificazione clinico-assistenziale basata sulla valutazione del rischio di suicidio del paziente e dei fattori protettivi. **L' ALLEGATO 3 presenta uno schema di riferimento.**

Sono particolarmente importanti **le azioni da adottare nei reparti psichiatrici pubblici e privati per i pazienti a medio o ad alto rischio di suicidio, di seguito riportate:**

5.3a - DOPO L'AMMISSIONE

- il medico valutatore trasmette la valutazione del livello di rischio all'équipe infermieristica. La valutazione va documentata nella cartella infermieristica oltre che in quella medica;
- si potenzia 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. Particolare attenzione deve essere prevista nelle ore serali-notturne, anche a causa del ridotto rapporto personale/pazienti, e in caso di trasferimenti intraospedalieri del paziente per esami/accertamenti;
- si controllano gli oggetti personali, si ritirano i farmaci in possesso del paziente, gli oggetti da toeletta taglienti o in vetro e gli altri oggetti potenzialmente pericolosi.

5.3b – NEL CORSO DELLA DEGENZA

- l'équipe medico-infermieristica effettua la rivalutazione del paziente almeno ogni giorno. Sia nella cartella medica che in quella infermieristica devono essere riportate le osservazioni quotidiane e le eventuali rivalutazioni del rischio. E' fondamentale assicurare un'osservazione personalizzata, tramite il coinvolgimento collaborativo delle diverse figure professionali e non (operatori sanitari e caregiver) e l'integrazione delle diverse competenze, al fine di sostenere il paziente e cogliere i segni premonitori di un eventuale atto suicidario;

- si individuano le modalità più opportune di coinvolgimento dei familiari, chiedendo eventualmente la collaborazione/presenza dei familiari e degli amici del paziente, dopo avere condiviso la decisione con il paziente;
- si organizza la continuità terapeutica al momento della dimissione, coinvolgendo il MMG ed eventualmente altri specialisti/servizi;
- in base alla disponibilità e opportunità si possono coinvolgere associazioni di volontariato.

5.3c - ALLA DIMISSIONE

E' necessario preparare la dimissione con anticipo, segnalando al MMG e ai servizi territoriali (CSM, NPIA e SerT) la situazione di rischio al fine di garantire la continuità assistenziale. In particolare, è preferibile che la visita di controllo presso i servizi competenti sia programmata prima della dimissione o, se possibile/opportuno, la prima visita venga effettuata in reparto.

Specifica attenzione deve essere posta a rinforzare le capacità di supporto familiare, primariamente tramite un intervento informativo, in presenza e con il consenso del paziente, riguardante le condizioni cliniche, i trattamenti in corso, i possibili segnali d'allarme, i servizi e le figure sanitarie a cui riferirsi in caso di necessità.

Tenere presente che **i primi giorni dopo l'ammissione e dopo la dimissione sono i più critici**. Nei primi giorni di ricovero vi possono essere solitudine, paura, esperienze depersonalizzanti e vissuti di minaccia o fallimento personale in un ambiente sconosciuto o percepito come stigmatizzante, soprattutto se si è trattato di un ricovero psichiatrico e obbligatorio (11). Cause probabili dell'aumento di rischio dopo la dimissione includono l'incompleto miglioramento con il persistere dei problemi clinici, il mancato instaurarsi di una buona relazione con l'équipe (alleanza terapeutica), la brusca sospensione delle cure, la mancanza di un care manager o di un affidamento terapeutico extraospedaliero, lo scarso supporto familiare, la riesposizione agli stressors ambientali e il più facile accesso ai mezzi suicidari (12, 13).

5.4 CARATTERISTICHE DI SICUREZZA AMBIENTALE E STRUTTURALE

Riguardano **tutti i pazienti che accedono all'ospedale, a prescindere dal livello di rischio individuato**. In particolare è necessaria una valutazione di rischio ambientale, di concerto con le strutture tecniche, finalizzata ad individuare le principali condizioni di rischio presenti nelle specifiche strutture. Si elencano di seguito alcune misure preventive di possibile adozione:

- Posate di plastica e piatti infrangibili
- Quadri ben fissati al muro, con vetri di sicurezza; specchi di sicurezza nei bagni
- Strumenti e attrezzature (stetoscopi, strumenti taglienti, farmaci) attentamente custoditi
- Sistemi antintrusione anche nei locali riservati al personale
- Vetri antisfondamento e/o ringhiere
- Maniglie delle porte con requisiti di sicurezza
- Protezione dei raccordi per ossigeno e aspirazione
- Soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisce l'appiglio
- Letti ad altezza variabile
- Campanelli di allarme non appesi a soffitto/pareti
- Pavimenti e rivestimenti parietali in linoleum per attutire gli effetti di eventuali cadute o urti in camere di degenza
- Eventuali impianti di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche.

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

Si sottolinea peraltro che **in caso di ristrutturazione o di costruzione di nuovi ospedali l'adozione delle caratteristiche strutturali di sicurezza è indispensabile.**

5.5 GESTIONE DEL TENTATO SUICIDIO E DEL SUICIDIO IN OSPEDALE

5.5a - INTERVENTI SPECIFICI IN CASO DI TENTATO SUICIDIO

Dopo aver provveduto alle conseguenze fisiche/organiche del tentativo di suicidio, devono essere applicate tutte le misure di sicurezza ambientali ed organizzative previste **per i pazienti a rischio elevato.**

In particolare deve essere predisposta un'intensa e continua vigilanza, da parte di tutta l'équipe del servizio.

Qualora il tentato suicidio non sia avvenuto in reparto psichiatrico, il medico responsabile richiede **la consulenza psichiatrica in urgenza.** Il consulente psichiatra, in accordo con il medico richiedente, definisce il percorso terapeutico appropriato e valuta l'opportunità di un trasferimento in ambiente psichiatrico, qualora le condizioni cliniche ed organizzative lo consentano.

5.5b – SEGNALAZIONE E MONITORAGGIO

L'evento sentinella è definito come un"evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario".

Il Ministero della Salute ha individuato nel **Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella** (14) un elenco di sedici eventi che devono essere oggetto di segnalazione: tra questi vi è l'evento "**suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale**". Ha inoltre istituito uno specifico flusso informativo relativo agli eventi sentinella, il **Sistema Nazionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).**

Secondo il Protocollo del Ministero della Salute, il verificarsi di un evento sentinella deve "dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione". L'obiettivo finale è quello di adottare azioni di miglioramento finalizzate al evitare il ripetersi dell'accadimento. Inoltre è richiesta, secondo le modalità previste dalle organizzazioni sanitarie, la segnalazione alla Regione che provvederà successivamente alla trasmissione al sistema ministeriale SIMES.

Una sintesi degli adempimenti è riportata nel box seguente.

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 referente del rischio clinico o alla Direzione aziendale, secondo le procedure individuate a livello aziendale.
2. Il referente per la gestione del rischio clinico, o altro referente individuato dalla Direzione aziendale, avvia immediatamente un'indagine interna e provvede:
 - ad acquisire la documentazione sanitaria e ogni altra documentazione utile;
 - a segnalare l'evento in Regione tramite la scheda A del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella.
3. Successivamente il referente raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di approfondire le cause dell'evento, i fattori contribuenti, i possibili rischi latenti, il piano d'azione da intraprendere per rimuovere tali rischi, mediante Root Cause Analysis (RCA, o Analisi della Causa Profonda), o Audit o altro metodo.
4. Al termine dell'analisi, ed entro 45 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, trasmette la scheda B del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella alla Regione per l'invio al Ministero.

5.6 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione sulla tematica dei suicidi è importante per garantire costante attenzione da parte dei professionisti al problema e per implementare strumenti e interventi mirati a migliorare le capacità di riconoscimento, registrazione e trattamento.

Gli obiettivi della formazione dovrebbero prevedere lo sviluppo delle seguenti competenze:

- identificare precocemente le situazioni a rischio;
- conoscere ed adottare le idonee misure di prevenzione, specie in caso di rischio accertato;
- realizzare un costante presidio della sicurezza ambientale.

L'organizzazione degli eventi formativi deve coinvolgere in prima istanza i responsabili e i coordinatori delle unità operative, perché questi professionisti diffondano le informazioni ricevute nel proprio contesto operativo.

Affinché la prevenzione sia sempre garantita è importante prevedere nella fase di inserimento e addestramento di nuovi operatori un richiamo alle competenze sopra esplicitate.

Vi sono dei settori più critici nei quali è opportuno ampliare il numero dei professionisti da coinvolgere nella formazione di prima istanza. In particolare SPDC e SPOI, il Dipartimento di Emergenza, l'Oncologia, l'Ostetricia per la fase post-parto, la Pediatria per la fascia adolescenziale.

6 IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI E INDICATORI DI CONTROLLO

- . N° suicidi annuali notificati in SIMES per servizio/reparto
- N° tentati suicidi annuali notificati in SIMES per servizio/reparto
- . Piano di gestione del rischio suicidario in ospedale inserito nel Piano Aziendale di gestione del rischio e report di valutazione annuale su azioni effettuate e risultati raggiunti
- . Presenza in SPDC e SPOI di un modello di pianificazione clinico-assistenziale basata sulla valutazione dei livelli di rischio suicidario
- % operatori di SPDC, SPOI, Pronto Soccorso, Ostetricia, Oncologia e reparti di Neurospichiatria Infantile con partecipazione ad almeno un evento formativo annuale sul suicidio e il tentato suicidio.

7 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Regione Emilia-Romagna. Progetto di prevenzione del suicidio in Emilia-Romagna. Materiali per la formazione congiunta nei NCP. Linee operative del progetto di prevenzione nel territorio. Dicembre 2012
2. Van der Feltz-Cornelis et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. A Review of Systematic Reviews. Crisis. 2011; 32:319-333
3. World Health Organization. Public Health Action for the prevention of suicide. 2012
4. Ministero della Salute. Prevenzione del suicidio in ospedale. Raccomandazione n 4. Marzo 2008
5. Ministero della Salute. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. Terzo Rapporto (Settembre 2005 – Dicembre 2010). Luglio 2011
6. The Joint Commission Medical Sentinel Alert. A follow-up report on preventing suicide: Focus on medical/surgical units and the emergency department. Issue 46. 2010
7. de Leo D & Svetcic J. Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? Epidemiol Psychiatr Soc. 2010; 19:8-15
8. Cassels C et al. Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature. Crisis. 2005; 26:53-63
9. National Institute for Clinical Excellence. Self-harm: longer term management. NICE Clinical Guideline 133. Novembre 2011
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13619/57179/57179.pdf>
10. National Institute for Clinical Excellence. Quick reference guide. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 16. Luglio 2004
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10946/29422/29422.pdf>
11. Qin P & Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:427-432
12. Hunt IM et al. Suicide in current psychiatric in-patients: a case-control study. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide. Psychol Med. 2007; 37:831-8377.
13. Burgess P et al. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. Psychiatric Serv. 2000; 51:1555-1560
14. Ministero della Salute. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella. Luglio 2009

ALLEGATO 1

GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE (allegato alla Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale")

- 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. 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*).
- 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?

ALLEGATO 2

ATTRIBUZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

Nell'ambito dei vari fattori di rischio, che comunque andranno valutati nel loro insieme e sulla base del loro peso specifico, per l'attribuzione del livello di rischio suicidario è fondamentale considerare:

1 - LIVELLO DI RISCHIO ASSENTE

- ideazione suicidaria assente
- anamnesi personale negativa
- condizioni di salute mentale nella norma

2 – LIVELLO DI RISCHIO LIEVE (PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO GENERICI)

- ideazione suicidaria infrequente, a bassa intensità, fugace
- Ideazione suicidaria criticata dal paziente
- anamnesi personale remota (tentativo singolo o multipli ma su base “dimostrativa”; scarsa consapevolezza dell'idoneità del mezzo; salvataggio molto probabile; invio di messaggi/informazioni)
- anamnesi familiare positiva
- perdita di una persona amata, del lavoro, denaro, prestigio
- condizioni di salute mentale a basso rischio (episodio depressivo lieve; disturbo di personalità in forma lieve disturbi d'ansia)
- bevitore sociale

3 – LIVELLO DI RISCHIO MEDIO (PRESENZA DI IDEAZIONE AUTOLESIONISTICA)

- ideazione suicidaria a bassa intensità
- ideazione suicidaria parzialmente criticata dal paziente
- anamnesi personale recente
- anamnesi familiare positiva
- paziente sconosciuto al servizio
- condizione di salute mentale ad alto rischio (episodio depressivo grave; disturbo bipolare; disturbi psicotici; grave disturbo di personalità; sentimenti di disperazione, impulsività, ambivalenza, bassa autostima e sensazione di non poter ricevere aiuto);
- condizione di abuso e/o astinenza da Alcool e/o altre sostanze;
- gravi condizioni di salute fisica.

4 – LIVELLO DI RISCHIO ALTO (PRESENZA DI INTENSA IDEAZIONE AUTOLESIONITICA-TENTATO SUICIDIO RECENTE)

- recente tentato suicidio
- ideazione suicidaria ancora presente ed intensa
- ideazione suicidaria non criticata dal paziente
- condizione di salute mentale ad alto rischio
- condizione di abuso e/o astinenza da Alcool e/o altre sostanze
- gravi condizioni di salute fisica

ALLEGATO 3

PIANIFICAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE

In base al livello di rischio considerare le seguenti misure:

Livello 2 – RISCHIO LIEVE

1. Protrarre l'osservazione/valutazione da parte dell'équipe medico-infermieristica, in particolare tramite:
 - ascolto attivo o supporto con la sola presenza, assicurando un clima tranquillo e invitando a rivolgersi all'équipe se compaiono pensieri negativi o un aumento di tensione;
 - incoraggiamento dell'espressione dei pensieri e dei sentimenti;
 - informazioni e istruzioni alla persona e/o ai familiari sulla gestione dell'eventuale disturbo emotivo e sui modi alternativi di gestire i problemi;
 - rilevazione degli eventuali segni iniziali di aumento di ansia, agitazione e irritabilità: es., camminare avanti e indietro, ipervigilanza o cambiamenti di umore.
2. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, valutare se richiedere consulenza psichiatrica per inquadramento clinico e trattamento
3. Possibilmente assegnare alla persona una stanza con altro degente
4. Alla dimissione segnalare al MMG la valutazione di rischio suicidario lieve ed eventualmente prenotare visita al CSM/SerT

Livello 3 – RISCHIO MEDIO (sono compresi anche i punti precedenti)

5. Informare/coinvolgere i familiari
6. Predisporre una sorveglianza personalizzata, con il coinvolgimento eventuale di familiari o conoscenti del paziente opportunamente preparati e valutati
7. Verificare la sicurezza degli oggetti personali e di quelli tenuti in stanza; controllare la persona durante l'uso di oggetti potenzialmente pericolosi. Valutare in quale stanza è più opportuno collocare il paziente e la posizione del letto nella stanza
8. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, richiedere consulenza psichiatrica e valutare se trasferire in ambiente psichiatrico, considerando la situazione generale, le condizioni internistiche e possibili controindicazioni sul piano psicologico
9. Rivalutare quotidianamente in équipe medico-infermieristica il paziente
10. Informare il MMG e prendere contatto con il CSM/SerT per monitoraggio/trattamento post-dimissione; se possibile organizzare le prime visite durante degenza

Livello 4 – RISCHIO ALTO (sono compresi anche i punti precedenti)

11. Predisporre una vigilanza più intensa e accurata (ovvero: personalizzata 24 ore su 24)
12. Programmare le cure post dimissione con il paziente, i familiari/altre persone significative, il MMG e i servizi/professionisti territoriali

