



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

CONFRONTARSI, DISCUTERE...RIFLETTERE...



Il caso di V.M. (60 aa)

Dalla disamina della cartella clinica...

Sabato 25/10/2008 Visita psichiatrica urgente

(Centro di Salute Mentale)

«...idee autosoppressive in paz. con depressione maggiore...Terapia attuale: Fluoxetina h 8...1 Lyrica 150 mg h 8 e h ..., 1 cp di Zyprexa 2.5 al mattino...Tavor 1 alla sera ...oggi pratica 100 cc fis + 1 fl Levopraid da continuare fino a lunedì 27/10. Il 28/10 app. con *omissis*...».

Domenica 26/10/2008 h 13.30

Ricovero in regime volontario c/o SPDC

« 'Episodio Depressivo in Disturbo Bipolare' - ...accompagnato dai familiari dopo il secondo gesto autolesivo (tentativo di impiccagione) nell'arco degli ultimi due giorni...»

Anamnesi raccolta all'ingresso **(il pz riferisce...)**

§ Lunga storia di disturbi psichici insorti all'età di 20 anni durante lo svolgimento del servizio militare "...non avevo accettato la vita militare e mi ero bloccato...come adesso"

§ In qualche occasione fu curato con ESK terapia ...Da allora fino al 1996 ha presentato un pieno benessere psicofisico, svolgendo due attività lavorative (dipendente di una casa di riposo e agricoltore) e mantenendo normali rapporti con familiari ed amici...



- § É sposato ed ha un figlio di 20 anni che vive in famiglia...
- § Nel 1996...ricaduta depressiva importante in concomitanza del trasferimento del luogo di lavoro...ricovero c/o *omissis*
- § Alla dimissione è stato...seguito da psichiatra in regime privato (dr. *Omissis*) con una terapia a base di un normalizzatore dell'umore...con cui dice di aver goduto un discreto benessere fino al 2005...(episodio ipomaniacale senza ospedalizzazione)
- § Da allora sarebbe scivolato in una depressione importante che l'ha condotto più volte al ricovero (4 ricoveri a *omissis* da novembre 2006 fino all'anno successivo)
- § Riferisce solo brevi momenti di benessere dal 2006 a tutt'oggi... “sono stato bene in vacanza con mia moglie in agosto scorso ma da settembre di quest'anno sono chiuso in casa, non dormo, non ho più alcun interesse...”

- § Pensionato da circa otto anni ha continuato il lavoro di agricoltore nel terreno di sua proprietà fino al 2006 quando in concomitanza della riacutizzazione dei suoi disturbi depressivi ha dovuto vendere il terreno...
- § Ha continuato, in modo peraltro saltuario a svolgere un'attività di volontariato presso la struttura per anziani dove lavorava...Nega abusi di sorta

Situazione al momento dell'ingresso ...

- § Al momento si presenta con tono dell'umore abbassato, poco critico circa i suoi ripetuti ts (è stato visitato in urgenza ieri al CSM) che spiega con i vissuti di colpa nei confronti dei familiari...
- § Dal 2006 a tutt'oggi gli è stata sospesa la terapia con Depakin e Anafranil che svolgeva in passato e gli è stata prescritta una terapia con AD-SSRI più volte cambiata e BDZ e ultimamente con Pregabalin 300 mg/dì con scarso beneficio...

Dal diario medico...

Lunedì 27/10/2008 ore 15:00

Al colloquio appare adeguato: tono dell'umore deflesso, vissuti di inguaribilità, evidente una deformazione retrospettiva della realtà (pensa che l'attuale ricovero sia il peggiore della propria vita)...

Contattata la moglie per incontro domani



Martedì 28/10/2008 ore 19

Incontro con la moglie e il pz. La moglie racconta che sono andati in vacanza assieme verso la fine di Agosto u.s. e sono stati molto bene, il pz conferma di aver trascorso una “discreta” vacanza...non emergono eventi scatenanti l'attuale stato depressivo

Mercoledì 29/10 h 11

In mattinata paziente (stazionario?)

h 18.00

Consulenza rianimatoria...Pz al nostro arrivo in asistolia con evidenti macchie livide alla base del capo e sotto al mento...



"RICOSTRUZIONE" DELLO SCHEMA TERAPEUTICO PRESCRITTO...

attenzione alla chiarezza/leggibilità

TERAPIA PER OS

Dal 27/10

Depakin Chrono 300 mg 1 CP X 3

Anafranil 75 mg ½ cp (N) (sospesa? il 27/10?)

Levopraid 50 mg 1 cp x 2 (M e P)

Nozinan 25 mg 2 cp (N)

Dal 29/10

Effortil 5 gtt x 3 (M, P, N)

(modificata la prescrizione lo stesso 29/10 da 10 gtt x 3
a 5 gtt x 3?)



TERAPIA IM

Dal 27/10

Talofen 1 fl i.m in caso di eretismo



Dal diario infermieristico...

26/10 P ...appare tranquillo e collaborante

26/10 N ha riposato

27/10 M pz adeguato...

27/10 P paz ritirato in camera...

27/10 N ha riposato...

28/10 M, P ...pz apparentemente tranquillo...alle h 17.00
somm.te 20 gtt Talofen su disposizione Mdg

28/10 N ...alle ore 21.15 il pz accusa un episodio
lipotimico scivolando a terra senza riportare alcun danno
apparente...PA 85/60...Alle ore 21.30 PA 120/80...Pari
con tp x os ...Ha riposato x tutta la notte

29/10 M ...PA 130/80 somministr. 5 gtt Effortil su disp. Mdg

29/10 P Pz cupo e taciturno PA alle ore 15.30 115/70, intorno alle 16.30 viene...in bagno dove ha fatto una doccia.

Verso le ore 17.45 (? - correzione) il pz BT informava la scrivente che la porta del bagno della stanza...era chiusa, insieme allo stesso ci recavamo per aprire la medesima con la chiave (passe partout ? - correzione), all'apertura vedevo il pz impiccato alla doccia con un lenzuolo...

...dopo un lungo massaggio cardiaco alle 18.20 il pz veniva dichiarato deceduto...

Quali gli aspetti su cui riflettere *ex post*?

É stata condotta una corretta valutazione del rischio suicidiario del paziente?

Sulla base della vostra esperienza clinica, si trattava di un paziente particolarmente a rischio di una reiterazione del TS nel giro di pochi giorni?

Rispetto a tale rischio è stata vagliata l'eventuale opportunità di una sorveglianza più intensa nei confronti del paziente (o quella normalmente assicurata ai pazienti del reparto poteva ritenersi adeguata al caso) ?

Quali gli aspetti su cui riflettere *ex post*?

Le caratteristiche del paziente (anamnesi, pregressi e recenti TS, efficacia della terapia) **rispetto alla “importante” intenzionalità suicidiaria potevano indurre ad una valutazione/segnalazione “più attenta” da parte degli operatori delle “insidie” strutturali che potevano indurre ad un uso improprio delle stesse (attrezzature, elementi architettonici, etc...)?**

A vostro parere, l’attuazione di un TS da parte di questo tipo di pazienti è resa più probabile da fattori disfunzionali correlati all’organizzazione e/o alle carenze/difetti di tipo strutturale?

Quali gli aspetti su cui riflettere *ex post*?

Sulla base di tutte queste valutazioni, si tratta a vostro parere di un evento avverso prevenibile e dunque evitabile?

Quali “correttivi” proponete?

“IDEE IN CORSO”



DISCUSSIONE



In generale...

“ ...Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente ...”

RACCOMANDAZIONE MINISTERO DELLA SALUTE N. 4 MARZO 2008

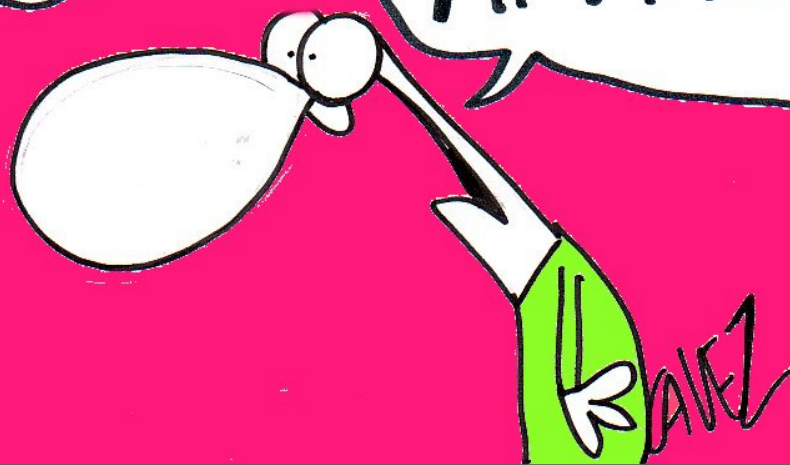
“...Il suicidio può avvenire in tutto l’ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di Emergenza, nonché gli spazi comuni quali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



Ministero della Salute

RACCOMANDAZIONE n. 4/2008

QUANDO TROVO
LÀ SOLUZIONE
A UN PROBLEMA
POI QUEL PROBLEMA
MI MANCA!



QUALI LE AZIONI POSSIBILI?

Presenza in carico del paziente

(anamnesi, adeguatezza del colloquio e dell'accoglienza, valutazione accurata dei fattori di rischio, etc...)

Percorso clinico-assistenziale

(pianificare le modalità di attuazione di una maggiore vigilanza degli operatori, garantire un corretto passaggio di consegne ad ogni turno, etc...)

Caratteristiche strutturali dell'Ospedale/UO/Servizio

(dispositivi di sicurezza, infissi in sicurezza, strutture ed attrezzature che non suggeriscano usi impropri, etc ...)

QUALI LE AZIONI POSSIBILI?

I processi organizzativi

(informare e formare gli operatori sul rischio suicidiario - addestramento alla rilevazione di segni premonitori - predisporre procedure specifiche sulla base di linee guida e percorsi assistenziali, porre attenzione durante i trasferimenti del paziente, evitare di lasciare “soli” i pazienti ed eventualmente definire le modalità di vigilanza...)



**Quali altri dati ritenete siano necessari
per una corretta “revisione”
del caso alla luce dei quesiti posti?**



GRAZIE