


 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 <small>A. D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 1 di 15	



DATA	REDAZIONE	VERIFICA	AUTORIZZAZIONE
Nov. 2022	Dott.ssa S. Porcheddu, D.M. SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio	Dott. R. Foddanu, SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio	Dott. L. Cugia Dir. Sanitario
		Prof.ssa A. Nivoli, Dir. SC Psichiatria	
		Prof.ssa C. Trignano, Dir. SSD Medicina Legale	

REVISIONE	DATA	MOTIVO	PAGINE

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 A.D. MDLXII SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 2 di 15	

INDICE:

1. PREMESSA	3
2. SCOPO/OBIETTIVO	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	5
4. TERMINOLOGIA.....	5
5. RESPONSABILITÀ	5
6. RIFERIMENTI	6
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	6
8. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	10
9. SEGNALAZIONE DEL SUICIDIO/TENTATO SUICIDIO.....	10
10. DISTRIBUZIONE.....	10
11. ARCHIVIAZIONE	10
12.ALLEGATI.....	11

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 <small>A. D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 3 di 15	

1. PREMESSA



Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella per il quale il Ministero della Salute ha emanato nel 2008 la specifica raccomandazione n°4 “prevenzione del suicidio dei pazienti in ospedale”.

Dal 5° Rapporto “Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella” del Ministero della Salute emerge che tra il settembre 2005 e il dicembre 2012, il suicidio/tentato suicidio di paziente in ospedale è stato l’evento sentinella più segnalato, dopo le cadute di paziente ricoverato (295 segnalazioni con decesso nel 69% dei casi).

Il suicidio è un evento caratterizzato da: 1. eziologia clinica multideterminata, legata a numerose variabili biologiche, psicologiche, psichiatriche, culturali, sociali, contestuali, che interagiscono nel singolo individuo; 2. diagnosi multiassiale, cioè la formulazione di una diagnosi che valuti la complessa eziologia bio-psico-sociale ma anche la circostanzialità dell’evento nell’unicità ed irripetibilità delle circostanze psico-socio-culturali di tempo, luoghi e persone che caratterizzano il singolo evento; 3. ad intervento preventivo e trattamentale multistrategico, che implica la messa in atto di provvedimenti che spaziano, con differenti priorità, in relazione al caso clinico, nel campo medico, psicologico, psichiatrico, sociale, culturale, assistenziale, economico, legislativo, politico, etc. focalizzati sulla eziologia multideterminata e sulla diagnosi multiassiale.

Il suicidio è considerato quindi un evento multifattoriale, correlato all’embricarsi di fattori di rischio e fattori protettivi descritti nella letteratura scientifica riconducibili alla sfera biologica, psicologica, ambientale e sociale. La valutazione del rischio di suicidio nella sua complessità e multidisciplinarietà comprende una valutazione di differenti elementi che possono inter-correlarsi in diversi momenti della vita di uno stesso individuo. La presenza di un singolo fattore di rischio, es. la malattia mentale, non può essere correlata in maniera diretta alla presenza di un rischio suicidario.

Poiché il gesto suicidario è un gesto imprevedibile, l’operatore deve conoscere e mettere in atto tutte le procedure possibili in caso di rischio per scongiurare l’evento suicidario, soprattutto dimostrare di averlo fatto, pur non avendo la certezza che il paziente non metta in atto il suo proposito. Utile ricordare che la valutazione della suicidalità clinica di un paziente deve essere fatta attraverso l’esame dei fattori di rischio clinico e dei fattori protettivi clinici presenti, allo stato attuale e concretamente in relazione alle circostanze della valutazione, nel soggetto al momento specifico dei fatti.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 <small>A. D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 4 di 15	

La valutazione del rischio suicidario

La conoscenza dei fattori di rischio e di protezione principali che generalmente risultano associati ad un maggior rischio di suicidio può consentire il riconoscimento di un eventuale rischio attuale in un dato paziente e può permettere, a seconda delle situazioni, di attuare delle adeguate strategie di prevenzione e quindi un potenziale contenimento del fenomeno.



A livello clinico e scientifico non esiste una modalità di intervento univoca ed efficace che permetta, nel singolo caso clinico, di stabilire con obiettività di dati che un soggetto si ucciderà ed un altro soggetto non si ucciderà (imprevedibilità) e non esistono misure terapeutiche (ricovero, contenzione, osservazione visiva continua, farmacoterapia, etc.) in grado di evitare, soprattutto a media e lunga scadenza, che un soggetto che ha deciso di uccidersi, prima o dopo, lo metta in atto (inevitabilità). Tali limitazioni nella diagnosi e nella prevenzione del comportamento suicidario risultano essere correlate all'esistenza di numerose criticità diagnostiche: i fattori di rischio clinico e di protezione clinica, pur non rivestendo valore di causalità giuridica, possono variare rapidamente nel tempo come qualità, quantità ed interazione reciproca; presenza di simulazioni e dissimulazioni dell'intento suicidario non manifeste e non rilevabili clinicamente; ambivalenza altalenante, non necessariamente consapevole, tra desiderio di vivere e di morire; impulsività situazionale anche ego-distonica allo stile di vita, etc. (difficoltà sino ad impossibilità prognostica). È auspicabile però che i professionisti implicati nella cura e tutela del paziente in ospedale, pur consapevoli delle difficoltà diagnostiche e preventive dell'evento suicidario, debbano attuare precisi comportamenti atti ad evitare quanto possibile tale evento.

Secondo la Raccomandazione n°4 tali strategie sono:

- Instaurare un colloquio clinico fondato sul grado di sofferenza soggettiva oltre che sull'indagine psicopatologica, impiegando specifici strumenti di valutazione;
- Mettere in atto, durante il ricovero, accorgimenti organizzativi assistenziali, strutturali e terapeutici allo scopo di ridurre al massimo il rischio di passaggio all'atto suicidario;
- Formazione degli operatori.

2. SCOPO/OBIETTIVO

Lo scopo della presente procedura è implementare la Raccomandazione Ministeriale n°4 "Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale" e fornire strumenti essenziali ed adeguati che gli operatori dovrebbero tener presente nella loro pratica clinica per contribuire alla prevenzione dei comportamenti suicidari e i tentati suicidi.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 A.D. MDLXII SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 5 di 15	

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

L'evento suicidio va considerato un fenomeno generale e non solo ospedaliero, tuttavia va tenuto presente che l'ospedale può essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi. Pertanto, il suicidio o il tentato suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, e sono considerate a maggior rischio alcune aree cliniche tra cui le Unità Operativi di Psichiatria, Oncologia, Ostetricia - Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazzi e vani di servizio.

4. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

AOU = Azienda Ospedaliero Universitaria

SPDC = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura



5. RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	MEDICO DI REPARTO	CPSI	COORDINATORE INFERMIERISTICO	MEDICO PSICHIATRA	UFFICIO TECNICO
Anamnesi medica ed esame obiettivo: identificazione del paziente con sospetto rischio suicidario	R	I	I		
Anamnesi infermieristica: identificazione del paziente con sospetto rischio suicidario	I	R	C		
Richiesta consulenza psichiatrica	R	I	C		
Valutazione della reale gravità del rischio suicidario	I	I	I	R	
Definizione delle misure preventive organizzativo assistenziali	R	C	C	C	
Valutazione del rischio ambientale	C	I	C	C	R

R=Responsabile

C=Coinvolto

I=Informato

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 A. D. MDLXII SC Psichiatria SSD Medicina Legale
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 6 di 15

6. RIFERIMENTI

Raccomandazione n°4 “prevenzione del suicidio dei pazienti in ospedale” 2008, Ministero della Salute.

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il rischio di tentato suicidio/suicidio nei pazienti ricoverati in ospedale non sempre è intercettabile e prevenibile. Le strategie di prevenzione che possono essere attuate per contenere tale rischio risiedono nella conoscenza e nell'utilizzo, da parte del personale sanitario, degli strumenti di prevenzione atti ad effettuare un'efficace ed appropriata presa in carico dei pazienti che preveda le seguenti azioni:

- Identificazione dei pazienti a rischio di comportamento suicidario tramite anamnesi medica e infermieristica, esame obiettivo e valutazione dei fattori di rischio e protettivi;
- Attuazione di strategie preventive e di sicurezza orientate alla prevenzione del tentato suicidio/suicidio;
- Definizione di un percorso clinico – assistenziale adeguato al profilo di rischio.

7.1 Valutazione Del Rischio



Anamnesi

Il personale sanitario, secondo le proprie specifiche competenze, nelle diverse articolazioni ospedaliere, dovrà effettuare un'attenta e completa anamnesi per l'identificazione dei pazienti che presentano un rischio suicidario da monitorare, in un luogo idoneo ed accogliente. A tal proposito si allega alla presente procedura la guida per il colloquio col paziente proposta dal Ministero della Salute - Racc. n°4 (**all. 1**). Tale strumento costituisce solo una griglia di supporto per l'operatore, affinché elabori una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente; in allegato si propone un SET semplificato di domande da porre a cura degli operatori della AOU, sia medici sia infermieri, di screening del rischio di suicidio (**all. 1bis**).

Come riportato nella Raccomandazione ministeriale e come già specificato, il rischio suicidario non è sempre esplicito, infatti qualsiasi paziente ricoverato, pur senza una storia di gesti autolesivi e/o tentativi suicidari, può mettere in atto ex novo azioni autolesionistiche/autosoppressive.

Particolare attenzione va posta soprattutto nei confronti dei pazienti che:

- ✓ presentano una diagnosi di patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia e altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo); il disturbo psichiatrico può essere uno dei fattori di rischio clinici per un comportamento suicidario, pur non avendo in tutti i casi una correlazione diretta e di causalità giuridica con il comportamento suicidario.
- ✓ giungono nella struttura manifestando ideazione suicidaria;

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 7 di 15	

- ✓ giungono nella struttura dopo aver messo in atto un tentativo di suicidio;
- ✓ sviluppano ideazione/comportamento suicidario all'interno della struttura sanitaria;
- ✓ abbiano subito o temono di subire una grave perdita, a seguito della comunicazione di diagnosi con prognosi sfavorevole, passaggio da terapia curativa a palliativa, amputazione d'arto e altre patologie infauste; situazioni in ambito ostetrico e ginecologico (alterazione dell'umore/depressione post partum, madri che sperimentano il decesso del figlio in epoca neonatale ecc.);
- ✓ manifestano sindrome organica confusionale.

In tali categorie di pazienti, la raccolta dei dati anamnestici, finalizzata ad una stima probabilistica del rischio suicidario, potrà prevedere:

- l'analisi delle caratteristiche anagrafiche e socioculturali del paziente (età, sesso);
- la ricostruzione storica della vita del paziente, considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per suicidio, eventi di vita stressanti come ad esempio un lutto, abusi;
- l'analisi delle caratteristiche ambientali accessibili all'operatore, come la perdita di un rapporto affettivo fondamentale (familiare, partner), la perdita di situazioni pregresse lavorative, economiche, di studio e condizioni di isolamento sociale ed affettivo;
- l'analisi delle condizioni patologiche pregresse già diagnosticate, in particolare sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica (depressione, ansia, disturbi del sonno, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini di personalità con comportamento aggressivo o narcisistico o falsa autosufficienza, personalità borderline o antisociale, disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, da gioco), eventuali diagnosi multiple, patologia terminale.



7.1 Esame Obiettivo

I dati emergenti dal colloquio anamnestico e dall'esame obiettivo dovranno essere riportati in cartella clinica ed essere consultabili da tutta l'équipe.

L'esame obiettivo dovrà essere mirato alla rilevazione di eventuali segni di recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari, di abuso/dipendenza da alcol e/o da sostanze stupefacenti e/o psicotrope nonché di una eventuale sindrome da astinenza.

Laddove in base a queste valutazioni si configuri la necessità di un approfondimento diagnostico riguardante la psicopatologia del suicidio, dovrà essere richiesta una consulenza psichiatrica e applicate, anche prima dell'approfondimento, tutte le misure precauzionali di cui all'allegato 2.

Considerando che il rischio suicidario non è una variabile statica, ma dinamica, nel corso della degenza l'équipe sanitaria dovrà rivalutare il paziente e riportare in cartella clinica i dati di tali valutazioni.



 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 8 di 15	

7.2 Misure Preventive Organizzativo-Assistenziali

La prima azione da intraprendere, affinché il paziente si senta incoraggiato ad esprimere i propri sentimenti e pensieri, anche negativi, è creare un ambiente umano accogliente utile anche agli operatori per rilevare segnali iniziali di ansia, paura e agitazione.

In seguito ad una valutazione complessiva che depone per un quadro suggestivo o sospetto di rischio di comportamento suicidario, approfondito poi dalla consulenza psichiatrica, il dirigente medico e l'infermiere che hanno valutato il rischio nel paziente, per quanto di competenza, devono porre in atto le seguenti misure preventive organizzativo – assistenziali, basate anche sulla valutazione quantitativa della gravità del rischio suicidario del paziente effettuata dallo psichiatra:

- ✓ Informare tutto il personale della struttura circa la presenza in reparto del paziente a rischio suicidario. Segnarla tempestivamente ad ogni cambio turno, comunicare la valutazione del rischio ed inserire i dati in cartella clinica;
- ✓ Se possibile, collocare il paziente in una stanza in cui sia più agevole la sorveglianza da parte del personale di assistenza;
- ✓ Controllare gli effetti personali del paziente prendendo in consegna qualunque oggetto che possa prestarsi a fungere da strumento anticonservativo;
- ✓ Vigilare quanto possibile in modo che il paziente non acceda a possibili mezzi di autolesionismo, quali cinture, cravatte, lacci, sacchetti di plastica, vetreria e tubi (set da flebo), aghi, termometri, accendini, fiammiferi, forbici, lamette, farmaci (conservati non assunti dal paziente);
- ✓ Coinvolgere familiari e amici visitatori affinché si astengano dal procurare al paziente strumenti potenzialmente pericolosi;
- ✓ Predisporre una vigilanza personalizzata, se indicata dallo psichiatra, con coinvolgimento di eventuali familiari o conoscenti del paziente opportunamente sensibilizzati;
- ✓ Sensibilizzare gli operatori riguardo la sorveglianza soprattutto in momenti critici ad esempio le ore serali, notturne e nei giorni festivi, quando il rapporto numerico tra personale sanitario e pazienti potrebbe essere ridotto, nei cambi turno, durante le attività di routine (consegne, terapie ecc) o di urgenza/emergenza, durante i trasferimenti e/o esami diagnostici;
- ✓ Definire le modalità per la vigilanza favorendo, in accordo con lo psichiatra, l'eventuale presenza dei familiari;
- ✓ In caso di trasferimento del paziente in altro reparto o struttura extraospedaliera, informare il personale medico e infermieristico del reparto di destinazione circa il rischio di suicidio del paziente. Informare inoltre il personale deputato al trasporto e trasferimento del paziente da un reparto all'altro.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 <small>A. D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 9 di 15	

- ✓ Al momento della dimissione è necessario assicurare una “dimissione protetta”: lo psichiatra che ha effettuato la consulenza, qualora reputi che vi sia ancora la presenza di un rischio suicidario attuale e concreto, dovrà indirizzare il paziente al CSM di riferimento per la sua presa in carico nel caso in cui il paziente non sia già seguito da uno specialista. In quest’ultimo caso sarà necessario avvertire ed informare il medico specialista del paziente.



7.3 Misure Preventive Strutturali

La valutazione di rischio ambientale (dell’ambiente e della struttura) deve essere effettuata dal Servizio Tecnico di concerto con il Coordinatore Infermieristico della struttura, informandone il responsabile medico, al fine di evidenziare le eventuali condizioni di rischio presenti e definire un piano degli opportuni adeguamenti che verrà quindi inviato alla DMPO e alla Direzione Strategica per l’autorizzazione e la programmazione degli interventi necessari.

Tra le misure preventive strutturali adottabili si ricordano:

- Quadri ben fissati alle pareti, con vetri di sicurezza, specchi di sicurezza nei bagni;
- Strumenti e attrezzature (stetoscopi, strumenti taglienti, farmaci) adeguatamente custoditi;
- Sistemi antintrusione anche nei locali riservati al personale;
- Vetri tipo antisfondamento e/o ringhiere;
- Maniglie delle porte e delle finestre che rispettino i requisiti di sicurezza;
- Protezione dei raccordi per ossigeno ed aspirazione;
- Soffioni della doccia fissi e con disegno che ne impedisca l’appiglio;
- Letti ad altezza variabile;
- Campanelli di allarme non fissati a soffitto o a parete con cavi;
- Eventuali impianti di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche.

Tenendo presente che non si può trasformare l’ospedale in un luogo di detenzione e non è possibile eliminare radicalmente ogni mezzo con il quale in paziente può mettere in atto un tentativo di suicidio, è invece possibile e necessario inibire l’accesso dei pazienti nelle aree non destinate alla degenza e non presidiate.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 <small>A. D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 10 di 15	

8. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

I Direttori/Responsabili delle Strutture di degenza dell'AOU devono favorire la partecipazione degli operatori a corsi di orientamento, sensibilizzazione e formazione sul tema suicidio/tentato suicidio del paziente in ambito ospedaliero, con la finalità di affinare le competenze e le capacità di identificare i pazienti a rischio suicidario e di adottare misure di prevenzione, strategie organizzative e modalità operative atte a prevenirlo e/o contenerlo.

9. SEGNALAZIONE DEL SUICIDIO/TENTATO SUICIDIO



Il suicidio o tentato suicidio di un paziente in ospedale è un evento sentinella e, come tale, deve essere segnalato secondo quanto previsto nella "Procedura di Gestione Degli Eventi Sentinella" dell'AOU SS.

10. DISTRIBUZIONE

La Procedura sarà inviata a tutte le Unità Operative aziendali.

11. ARCHIVIAZIONE

Una copia della procedura verrà archiviata nella sede della SC Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio e disponibile sul sito internet della stessa.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 A.D. MDLXII SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 11 di 15	

12. ALLEGATI

ALLEGATO 1

GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE (Raccomandazione n°4 Min. della Salute).

La presente guida vuole costituire una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa. Essa può essere utilizzata quando c'è un sospetto da approfondire (dopo aver raccolto attraverso l'anamnesi 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 ci 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, non perdere il contatto visivo col paziente.



Durante il colloquio si deve 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.

In seguito, vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio e devono essere scelte e adattate alla 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 accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona prova un grande senso di colpa o una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio o rimpianto nel colpevole, se vi sono fattori protettivi e qual è l'effettivo rischio di morte.

Esempi di domande da porre:

- Come si sente?
- Che progetti ha quando uscirà dall'ospedale?
- Si è sentito giù di morale recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa è successo?
- C'è qualcosa che la preoccupa o la turba molto?
- In che modo le persone vicine (*eventualmente chiedere di specificare quali*) le rendono la vita più difficile?
- Ha avuto l'impressione di non farcela più?
- Ha l'impressione che non ci sia una via d'uscita?
- Sente di dover espiare qualche colpa?
- In relazione al momento che sta vivendo le succede di pensare che non vale la pena continuare a vivere?



 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		 <small>A. D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 12 di 15	

- 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?
- Ha mai pensato come farla finita (*chiedersi se il piano è realistico ed è potenzialmente letale?*)
- Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo?
(*chiedersi qual era il rischio effettivo di morte*).
- 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 si è pentito?

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		<p align="center">PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		 <small>A. D. MDLXII</small> SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 13 di 15	

All.1 BIS (set minimo di domande da porre)

1. Come si sente in questi giorni?
2. C'è qualcosa che la preoccupa o la turba molto?
3. Ultimamente ha avuto l'impressione di sentirsi molto triste o di non farcela più?
4. Ha mai pensato di farsi del male o togliersi la vita? Come?
5. Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto?
6. Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo?
7. Che cosa l'ha trattenuta dal farlo?
8. Adesso sta pensando di togliersi la vita? Ha pensato a come farlo?

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		<p align="center">PROCEDURA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		 A.D. MDLXII SC Psichiatria SSD Medicina Legale	
TIPOLOGIA Procedura Operativa	CODIFICA PREV. SUIC.	VERSIONE 01	DATA	Pagina 14 di 15	

ALLEGATO 2

Misure precauzionali di sicurezza in costanza di ricovero o stazionamento al Pronto Soccorso.

MISURE IMMEDIATE

AZIONI	PERSONALE COINVOLTO
Informare l'equipe della presenza in reparto di un paziente a rischio suicidio, segnalando tempestivamente ad ogni cambio turno ogni situazione di potenziale pericolo.	Medico, Coordinatore infermieristico, CPSI
Spostamento del paziente in una stanza in cui il controllo da parte del personale è maggiore.	Medico, CPSI
Controllare gli effetti personali del paziente allontanando qualunque oggetto possa costituire pericolo	Medico, CPSI, OSS
Chiudere a chiave la medicheria e tutti i magazzini che possano contenere sostanze e presidi potenzialmente pericolosi.	Coordinatore infermieristico, CPSI, OSS, personale della ditta di pulizie
Non lasciare senza vigilanza i farmaci o altro materiale potenzialmente lesivo durante il giro per la terapia o in medicheria.	Medico, Coordinatore infermieristico, CPSI, OSS

MISURE PERMANENTI

Osservazione costante del paziente e colloqui ad intervalli regolari con il paziente a rischio (anche secondo prescrizione dello specialista psichiatra): in caso di variazioni significative, informare il medico.	CPSI, OSS
Controllare costantemente la stanza di degenza ed il bagno e allontanare qualunque oggetto possa costituire pericolo.	CPSI, OSS
Autorizzare la presenza di un familiare e/o caregiver per l'osservazione del paziente.	Medico

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE	DATA	Pagina 15 di 15
Procedura Operativa	PREV. SUIC.	01		

Sensibilizzare i familiari sulla necessità di contribuire al controllo costante del paziente.	Medico, Psicologo/Psichiatra, Coordinatore infermieristico, CPSI
Sensibilizzare i familiari e gli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltelli, oggetti di vetro, farmaci ecc.).	Medico, psicologo/psichiatra, Coordinatore infermieristico, CPSI, OSS

Vigilare affinché il paziente non acceda a presidi o sostanze potenzialmente pericolosi	CPSI, OSS, personale della ditta di pulizie
Porre particolare attenzione nella vigilanza durante le ore serali e notturne	CPSI, OSS
Porre particolare attenzione quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine.	CPSI, OSS
Prestare la massima attenzione durante i trasferimenti e/o esami diagnostici.	Medico, CPSI, OSS

MISURE DA ATTIVARE ALLA DIMISSIONE

Preparare la dimissione con largo anticipo, segnalando ai servizi competenti per territorio (CSM, SERD, MMG, ADI) i pazienti e le loro specifiche problematiche e programmare loro un appuntamento al fine di garantire la continuità assistenziale.	Medico, Psicologo/Psichiatra
Fornire tutte le informazioni utili al personale della struttura in cui il paziente viene eventualmente trasferito.	Medico, psicologo/psichiatra, Coordinatore infermieristico, CPSI.
Fornire i recapiti telefonici in caso di necessità.	Medico, psicologo/psichiatra, Coordinatore infermieristico, CPSI.