

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0001966	14/10/2022

OGGETTO: Aggiornamento Procedura aziendale implementazione Raccomandazione ministeriale n.4 "prevenzione di suicidio di paziente in ospedale"

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20220003177 DEL 10/10/2022

COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 5 (cinque) PAGINE

DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 23 (ventitre) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

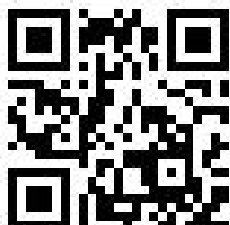
Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
 Firmato Digitalmente il 12/10/2022 09:48 Luigi FRUSCIO	 Firmato Digitalmente il 13/10/2022 08:58 Donato SIVO
Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 14/10/2022 07:38 Gianpaolo PARISI	 Firmato Digitalmente il 13/10/2022 17:48 Antonio SANGUEDOLCE

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **14/10/2022**

Unità Operativa Affari Generali
 L'Addetto alla Pubblicazione
 Firmato Digitalmente il 14/10/2022 08:08
Domenico ROVETO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	PROCEDURA PER LA IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 4 PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE Versione 0.2
-----------------	---

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la deliberazione n. 239/DG del 16/02/2022, con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria effettuata dal Dr. Vincenzo Defilippis, direttore della UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue:

Premesso che

- Il Ministero della Salute dal 2005 ha emanato complessive 19 Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti e la corretta gestione del rischio clinico;
- La ASL Bari ha recepito ed adottato le prime sedici Raccomandazioni Ministeriali con la Delibera n. 1906 del 3 ottobre 2014, la diciassettesima Raccomandazione Ministeriale con la Delibera n. 532 dell'11 marzo 2016, la diciottesima Raccomandazione Ministeriale con la Delibera n. 238 del 13 febbraio 2019 e la diciannovesima Raccomandazione Ministeriale con la Delibera n. 244 del 24 febbraio 2020;
- La ASL Bari con la delibera n. 957 del 17 luglio 2020 ha adottato la Procedura applicativa della Raccomandazione n.4.

Preso atto che

- Le Raccomandazioni Ministeriali necessitano di specifiche procedure di implementazione al fine di assicurarne la corretta osservanza da parte di tutti gli operatori sanitari interessati e di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie coinvolte. Esse sono contemplate nei Livelli Essenziali di Assistenza e rientrano, pertanto, nella responsabilità applicativa della Direzione Strategica.
- Il processo di implementazione di ogni Raccomandazione Ministeriale implica non solo il recepimento, ma anche la diffusione, la formazione, il monitoraggio e l'aggiornamento.
- La Raccomandazione Ministeriale n.4 ricorda che il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità;
- Il Gruppo di Lavoro costituito presso il Dipartimento di Salute Mentale ha elaborato nel 2020 una Procedura di implementazione secondo le indicazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 4 e in osservanza all'art.1 della Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 in ordine alla sicurezza delle cure, adottata dalla ASL Bari con la Deliberazione n. 957 del 17 luglio 2020;
- Lo **scopo** della detta procedura aziendale è quello di garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza delle cure attraverso l'omogeneità dei comportamenti degli specialisti e di

tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, in tutti i **presidi ospedalieri** e nelle **sedi distrettuali** della ASL Bari.

- Gli **obiettivi** della detta procedura aziendale sono:
 - a. Fornire agli Operatori uno strumento per individuare i pazienti a rischio di comportamenti suicidari;
 - b. Dare indicazioni agli Operatori sulle modalità di gestione dei pazienti a rischio di comportamenti suicidari;
 - c. Ridurre il rischio di comportamenti aggressivi autodiretti nei pazienti psichiatrici;
 - d. Definire il ruolo degli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale;
 - e. Definire le modalità di implementazione delle buone pratiche nella ASL BA sulla base delle indicazioni della Raccomandazione Ministeriale 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale".
- La Procedura adottata è stata implementata in tutti i Presidi Ospedalieri della ASL Bari con eventi formativi in ogni Presidio nell'anno 2021 e con straordinari eventi aziendali formativi nel corrente anno 2022;
- L'implementazione "sul campo" ha evidenziato la necessità di attuarne un aggiornamento, volto a conseguire una semplificazione delle azioni di prevenzione del suicidio in ambienti di degenza. Pertanto, sulla scorta delle osservazioni pervenute dalle unità operative di degenza in fase applicativa, è stata elaborata una nuova versione della Procedura.
- La bozza della aggiornata procedura aziendale di implementazione della Raccomandazione n. 4, rielaborata dal Gruppo di Lavoro allargato a Direzioni Mediche di Presidio e alla UOC di Medicina Forense, Rischio Clinico, Qualità e Formazione, è stata condivisa positivamente con il Dipartimento di Salute Mentale.

Rilevata

- l'importanza di uniformare le condotte degli operatori sanitari nella gestione dell'attività di prevenzione del suicidio di paziente in tutti i presidi ospedalieri della ASL Bari, assicurando la corretta applicazione della Raccomandazione Ministeriale n.4 nell'aggiornata versione.

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario


DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

- di recepire la versione aggiornata della PROCEDURA PER LA IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale";
- di disporre la diffusione con eventi formativi promossi e gestiti nelle singole Unità Operative di degenza, con modalità "formazione sul campo" a cura dei rispettivi Direttori e Dirigenti Responsabili, d'intesa con la UOS Formazione;

- di prendere atto che tutto quanto presente in delibera, compresi gli allegati, sono parte costitutiva e integrale della presente deliberazione;
- di trasmettere e notificare il presente provvedimento al Collegio di Direzione, ai Direttori dei Presidi ospedalieri, ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri, al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, al Direttore dell'Area Gestione Tecnica e al Direttore della UOASSI della ASL Bari e, per loro tramite, a tutto il personale sanitario della ASL Bari.

- **di dare atto** che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.


	PROCEDURA	Pagina 1 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

Redatto da	Verificato e ratificato da	Approvato da	Adottato da
Gruppo di lavoro*	U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Dott. Vincenzo Defilippis UOS Sicurezza delle Cure e Gestione Sinistri Dott.ssa Crescenza Abbinante	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Donato Sivo	Direttore Generale Aziendale Dott. Antonio Sanguedolce

Revisioni	Data	Pagine modificate	Tipo di modifica


*

Dott. Patrizia De Giglio SPDC Altamura (coordinatrice gruppo di lavoro)
 Dott. Luigi Bargelloni CSM Modugno
 Dott. Chiara Cicorella CSM Putignano
 Dott. Daniela De Orsi CSM Mola
 Dott. Vito Di Cagno SPDC Putignano
 Dott. Alessandra D'Ippolito CSM Casamassima
 Dott. Valeria Latorre Direttore SPDC PO San Paolo
 Dott. Gaetano Nappi CSM Corato
 Dott.ssa Rosa Taratufolo SPDC San Paolo
 Dott. Giovanna Todarello CSM Toritto
 Dott. Domenico Semisa Direttore Dipartimento Salute Mentale
 Dott.ssa Anna Mundo Responsabile UOS Direzione Medica PO Molfetta
 Dott.ssa Maria De Palma Responsabile Direzione Medica PO Corato
 Dott.ssa Silvia Trotta U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione
 Dott.ssa Ilaria Santoiemma U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione
 Dott. Liborio Cipolla Infermiere SPDC Altamura
 Dott.ssa Lorenza Maiellaro Infermiera U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e
 Formazione

	PROCEDURA	Pagina 2 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

INDICE

INDICE	2
1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO E OBIETTIVI	5
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	5
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	5
5. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.....	5
6. FATTORI DI RISCHIO GENERALI:	6
FATTORI PROTETTIVI	7
PREVENZIONE:.....	8
Prevenzione primaria	8
Prevenzione secondaria	8
Prevenzione terziaria.....	9
MISURE PREVENTIVE STRUTTURALI	10
MISURE PREVENTIVE ORGANIZZATIVE.....	11
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	12
AMMISSIONE: PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	12
a) Valutazione primaria (Allegato 1 e 2).....	12
a1) Anamnesi	13
a2) Esame obiettivo	13
a3) Valutazione delle condizioni cliniche e osservazione del paziente	13
a4) Definizione della valutazione primaria del rischio (ordinario e di sospetto)	13
a5) Richiesta di valutazione secondaria, in presenza di sospetto.....	14
a6) Dimissioni dei pazienti a rischio	14
b) Valutazione secondaria specialistica del livello di rischio	14
c) Gestione del paziente a rischio di suicidio.....	14
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO	16
9. RIFERIMENTI	17
10. INDICATORI DI MONITORAGGIO.....	18
11. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	19
ALLEGATO 1	20
ALLEGATO 2	21
ALLEGATO 3	22
ALLEGATO 4	23

	PROCEDURA	Pagina 3 di 23
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

1. PREMESSA


“... il sanitario che ha in cura un paziente infermo di mente rimane titolare dell’obbligo della protezione del bene della vita e dell’incolumità individuale del medesimo, per lo meno quando questi risulti pericoloso per sé, come quando sia ad alto rischio suicidario” (Cass. Pen. sent. n. 13241, 2005)

L’Organizzazione Mondiale della Sanità considera la prevenzione del suicidio una priorità di intervento per le Organizzazioni Sanitarie. La complessità delle attività di identificazione dei soggetti a rischio e prevenzione del suicidio nasce dalla consapevolezza che l’origine non è ascrivibile ad una sola causa o motivo scatenante, poiché il gesto aggressivo auto-diretto è imprevedibile e multi-determinato, derivando infatti da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Sempre l’OMS identifica il suicidio come la seconda causa di morte nell’età compresa tra i 15 e i 29 anni, e afferma che il 79% dei suicidi nel mondo avviene nei Paesi a medio e basso reddito, rappresentando una priorità di salute pubblica, prevenibile con interventi tempestivi, basati sulle evidenze scientifiche e spesso a basso costo. Costituisce infatti la causa di un milione di morti anno, e si associa a un numero stimato da 10 a 20 volte più grande di individui che hanno tentato il suicidio, generando costi stimabili in milioni di euro. Questo significa che si verifica in media una morte per suicidio ogni 40 secondi ed un tentativo di suicidio ogni 3 secondi. Secondo i dati forniti dall’OMS il suicidio rappresenta un problema di grande entità nei paesi europei. L’ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica, afferma che in Italia sono circa 4000 i suicidi ogni anno, con un tasso di mortalità per suicidio pari a 6 suicidi ogni 100 mila residenti, in diminuzione negli anni più recenti e più basso rispetto alla media europea di 11 suicidi ogni 100 mila abitanti. Tale quota aumenta con l’età, passando da 0,7 nei giovanissimi (fino a 19 anni) a 10,5 negli anziani, con valori 4 volte maggiori nei maschi rispetto alle femmine. Dal 1995 al 2017 il numero dei decessi, in tutte le fasce di età si è ridotto del 14%. A fronte di questa diminuzione crescono però i casi di autolesionismo e di comportamento suicidario tra gli adolescenti.

Mentre è dimostrato il legame tra suicidio e disturbi mentali, in particolare depressione e disturbi correlati all’uso/abuso di alcol e stupefacenti, molti suicidi si verificano impulsivamente in soggetti difficilmente intercettabili, poiché apparentemente non associati a specifici fattori di rischio.

Gli sforzi per la prevenzione del suicidio richiedono pertanto il coordinamento e la collaborazione tra diversi settori della società, tra i quali il settore sanitario, l’istruzione, la politica e i media, con sforzi integrati nella gestione di un fenomeno complesso, che si genera anche in ambito ospedaliero. Bisogna infatti tenere presente che l’ospedale può essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi. 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.

La prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero non può essere scorporata e trattata separatamente rispetto alle azioni preventive riferite al fenomeno extra-ospedaliero, 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 dimostrano che

	PROCEDURA	Pagina 4 di 23
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

gli interventi di prevenzione del suicidio devono essere contemporaneamente realizzati a vari livelli: risultano strumenti efficaci di prevenzione 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 altro rischio, la riduzione della disponibilità di mezzi letali per la popolazione.

Come sostiene l'OMS, 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, specificatamente indirizzati alla popolazione generale, ai sottogruppi a rischio e agli individui con rischio accertato o suicidio già tentato.

La Raccomandazione Ministeriale n.4 ricorda che il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità.

L'incidenza del suicidio (o di tentato suicidio) aumenta sensibilmente nella popolazione ricoverata in ospedale e nella popolazione dimessa da un ospedale da una a tre settimane successive. Molteplici possono essere le ragioni di questo aumento:

- L'ospedalizzazione consegue a uno stato di malattia, e la malattia si accompagna a vissuti di perdita, lutto, confusione e ansietà, direttamente correlati con il grado di severità della patologia riscontrata; non di rado è l'ultimo atto di un percorso critico da un punto di vista non solo fisico ma anche esistenziale, familiare, relazionale o economico.
- La condizione di ricoverato si può accompagnare a vissuti di abbandono, estraniamento, oggettualizzazione, mancanza di autonomia, controllo e privacy.
- L'ospedale è una istituzione dove si intrecciano percorsi umani reali che hanno a che fare con gli aspetti più delicati della condizione umana, ma è anche il luogo simbolico per eccellenza della vita e della morte e quindi può rappresentare il teatro ideale per il gesto suicidario, che pur essendo un gesto individuale, privato e spesso segreto, presenta aspetti sociali e rituali misconosciuti ed incontrollabili dallo stesso suicida.


Il suicidio è un comportamento plurideterminato spesso associato ad aspetti psicopatologici che, se riconosciuti e trattati, possono determinare una significativa diminuzione del rischio.

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 rivolgono 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.

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

La presente procedura aziendale viene elaborata in ottemperanza alla **Raccomandazione Ministeriale n.4 del Marzo 2008 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”,** nonché all'**art.1 della Legge 24/8 Marzo 2017,** avente ad oggetto **la sicurezza delle cure in sanità,** con il fine di **promuovere e implementare nella ASL Bari** la realizzazione di condizioni strutturali, organizzative e comportamentali che possano prevenire e/o ridurre il rischio sanitario globale, grazie a **migliori standard assistenziali,** e **garantire i requisiti di sicurezza** stabiliti a livello centrale attraverso un'operazione di **riduzione delle criticità locali.**

	PROCEDURA	Pagina 5 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

2. SCOPO E OBIETTIVI

Lo **scopo** della procedura aziendale è quello di garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza delle cure attraverso l'omogeneità dei comportamenti degli specialisti e di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, in tutti i **presidi ospedalieri** e nelle **sedi distrettuali** della ASL Bari.

Gli **obiettivi** della procedura aziendale sono:

- Fornire agli Operatori uno strumento per individuare i pazienti a rischio di comportamenti suicidari;
- Dare indicazioni agli Operatori sulle modalità di gestione dei pazienti a rischio di comportamenti suicidari;
- Ridurre il rischio di comportamenti aggressivi autodiretti nei pazienti psichiatrici;
- Definire il ruolo degli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale;

3. CAMPO DI APPLICAZIONE


La **procedura si applica su tutto il territorio aziendale della ASL Bari**: nei UU.OO. dei Presidi Ospedalieri, negli Hospice/Centri di cure palliative, nelle sedi del Dipartimento di Salute Mentale - Neuropsichiatria infantile - SPDC nei giorni feriali e festivi, con copertura del servizio nelle 24 ore, senza interruzione.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direttore Sanitario ASL Bari;
- Direttori di Dipartimenti Ospedalieri ASL Bari;
- Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) ASL Bari;
- Direttori e Dirigenti Medici Centri di Salute Mentale - Neuropsichiatria infantile - SPDC
- Direttori di Hospice/Centri di cure palliative ASL Bari;
- Dirigenti Medici e professionisti sanitari di Hospice/Centri di cure palliative ASL Bari;
- Direzione delle Professioni Sanitarie Ospedaliere ASL Bari;
- Direttori Medici di Presidio Ospedaliero ASL Bari;
- Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- Direttori e Dirigenti Medici di tutte le UU.OO. Ospedaliere;
- Coordinatori Infermieristici, Ostetrici, Tecnici della Riabilitazione psichiatrica, Terapisti della riabilitazione di tutte le UU.OO. Ospedaliere e Territoriali;
- Infermieri, Ostetrici, Tecnici della Riabilitazione psichiatrica, Terapisti della riabilitazione e OSS di tutte UU.OO. Ospedaliere e Territoriali;
- Tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale.

5. TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI

ASO	Accertamento Sanitario Obbligatorio
------------	--

	PROCEDURA	Pagina 6 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CSM	Centro di Salute Mentale
DSM	Dipartimento Salute Mentale
MMG	Medico di Medicina Generale
OSS	Operatore Socio Sanitario
P.O.	Presidio Ospedaliero
PP.OO.	Presidi Ospedalieri
PS	Pronto Soccorso
SERT	Servizio per le Tossicodipendenze
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
U.O.	Unità Operativa
UU.OO	Unità Operative

6. FATTORI DI RISCHIO GENERALI:

È IMPORTANTE CONSIDERARE CHE L'OSPEDALE PUÒ ESSERE IL LUOGO SCELTO DAL PAZIENTE PER SUICIDARSI, E PER QUESTE RAGIONI È IMPORTANTE CONSIDERARE TUTTI I POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO, A PRESCINDERE DA QUELLI DIRETTAMENTE CORRELATI ALL'ESPERIENZA SPECIFICA DEL RICOVERO.

I fattori di rischio suicidario (**allegato 2**) possono emergere durante l'anamnesi effettuata dal personale sanitario al momento del ricovero e dalla compilazione della cartella clinica infermieristica, così come dall'osservazione diretta e dai colloqui con i familiari. Un ulteriore ausilio per l'approfondimento di elementi sospetti può essere rappresentato dall'**allegato 1**, elaborata dal Ministero della Salute sulla base delle raccomandazioni scientifiche che emergono dalle linee guida psichiatriche, nonché di indicazioni nazionali, la cui compilazione fornisce un quadro di insieme che può contribuire a orientare il personale della struttura verso modalità di controllo e vigilanza appropriate e mirate.

- **Disturbi psichici:**


È il primo e più importante elemento da considerare: in una elevata percentuale dei casi di suicidio è diagnosticabile un disturbo psichico, principalmente un disturbo depressivo. In termini strategici è utile focalizzare l'attenzione sui pazienti in fase depressiva o con evidenti oscillazioni dell'umore o comportamenti impulsivi. Molta attenzione deve essere posta ai pazienti nel periodo di tempo immediatamente successivo a un ricovero psichiatrico.

- **Uso/abuso di sostanze:**

Da solo, oppure associato a disturbo psichico, è un fattore rilevante di rischio.

- **Traumi/eventi recenti/situazioni con “perdita di speranza”**

Possono determinare sindromi reattive abnormi (reazioni emotive inadeguate, stati depressivi, perdita della capacità di “infiuturarsi” ecc) con possibile ideazione suicidaria. L'evento (normalmente una perdita) va messo in relazione con la personalità del paziente. Valutare anche

	PROCEDURA	Pagina 7 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

pazienti che si presentano riportando contesti di sopravvenuta difficoltà economica o di perdita di “status” sociale.

- **Lutto recente per un parente morto suicida**

È una condizione nella quale il rischio suicidario aumenta. È importante monitorare questi pazienti, specialmente se la reazione alla perdita è stata in qualche modo anomala.

- **Gravi malattie fisiche e sindromi dolorose**

Anche in questo caso si osserva il fenomeno della “perdita della speranza”; il dolore cronico, se presente, è sempre contestuale a modificazioni dell’umore e ugualmente non consente “vie di fuga”. Una particolare attenzione deve essere rivolta agli anziani con dolore cronico.

- **Episodi di autolesionismo/precedenti tentativi di suicidio**

In queste persone il rischio è molto più alto rispetto alla popolazione generale. Il rischio aumenta maggiormente nei casi i cui l’episodio di autolesionismo/precedente tentativo di suicidio aveva consapevoli intenzionalità suicidarie.

- **Condizione di isolamento sociale**

Aumenta il rischio, specialmente se c’è facilità di accesso a mezzi idonei e problemi socioeconomici. Sono maggiormente esposte a questa tipologia di rischio gli anziani, ma anche i giovani di sesso maschile.

- **Fattori famigliari**


Storia familiare con suicidi, elevata conflittualità, disturbi psichici, ponendo attenzione alla compresenza di una delle altre condizioni elencate.

- **Post partum**

Periodo con alterazioni dell’umore su base organica e psichica. È importante porre particolare attenzione alle pazienti con storia di disturbi psichici o uso di sostanze.

FATTORI PROTETTIVI

- **Supporti sociali intatti**
- **Appartenenza religiosa attiva o fede religiosa Può anche essere un fattore di rischio se implica vergogna/senso di colpa per i comportamenti**
- **Matrimonio e presenza di figli a carico**
- **Rapporto continuativo di supporto con un caregiver**
- **Relazione terapeutica positiva (APA, 2003)**
- **Assenza di depressione o abuso di sostanze**
- **Accesso a risorse sanitarie mediche e di salute mentale**
- **Controllo degli impulsi**
- **Comprovate capacità di problem-solving e di coping: porre attenzione a variazioni repentine della capacità del paziente di far fronte ai problemi**
- **Gravidanza (APA, 2003)**
- **Life satisfaction (APA, 2003)**

	PROCEDURA	Pagina 8 di 23
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

- **Sollievo per non aver completato il suicidio (NZGG, 2003)**
- **Sensazione di avere progetti/compiti ancora da completare (NZGG, 2003)**
- **Buona autostima, fiducia in se stessi (NZGG, 2003)**
- **Il paziente è consapevole che le figure significative di riferimento sanno dei pensieri suicidari (NZGG, 2003)**
- **Senso di appartenenza (Sargent, Williams, Hagerty, Lynch-Sauer & Hoyle., 2002)** A un gruppo, ad una associazione, ad un partito politico o religione

PREVENZIONE:

L'inquadramento del fenomeno e le risposte preventive, terapeutiche ed assistenziali identificano interventi su diversi livelli, distinti in:

Prevenzione primaria:

Comprende le azioni rivolte al contesto, intervenendo sui fattori ambientali e di comunicazione tra gli operatori, con il fine di sottrarre opportunità immediate ai pazienti con ideazione suicidaria, ovvero:


- Struttura fisica e architettonica degli ambienti,
- Comunicazione tra operatori e pazienti / familiari,
- Promozione della qualità percepita nell'interazione clinico assistenziale con il paziente (relazione di aiuto)

La relazione d'aiuto è quella relazione interumana in cui un soggetto promuove la crescita dell'altro, dunque può essere interpretata come la relazione che si stabilisce tra operatore e paziente. La parola "aiuto" inclusa nell'espressione "relazione d'aiuto" deve essere intesa nel senso pedagogico più ampio del termine. Non si tratta tanto di capire razionalmente, quanto di sentire le istanze espresse dal paziente che, per le condizioni momentanee vissute, non è in grado di affrontare autonomamente ma a cui è necessario offrire un ausilio mediato professionalmente sotto il profilo assistenziale.

Prevenzione secondaria:

Comprende l'adozione di strumenti e modalità di screening dei soggetti potenzialmente a rischio di suicidio e l'applicazione di interventi assistenziali con finalità protettive nei confronti dell'azione autolesiva, ovvero:

- Individuazione, per classi generiche e/o profilo individuale, delle categorie di pazienti a maggior rischio,
- Presa in carico del paziente orientata alla gestione del rischio suicidario,
- Monitoraggio degli indicatori comportamentali prodromici di un passaggio all'atto,
- Adozione di un Piano Assistenziale specifico per la gestione del paziente a rischio suicidario.

	PROCEDURA	Pagina 9 di 23
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

L'evento suicidario, a dispetto di ogni sforzo di predizione, costituisce sempre un evento inatteso per cui è indispensabile fornire preventivamente il supporto assistenziale ai pazienti che manifestano diverse forme di comportamento, sia nella fase acuta della manifestazione, sia a lungo termine. Al fine di giungere ad una ragionevole predizione del rischio di suicidio, e mettere in atto i possibili interventi preventivi, è necessario individuare le categorie di pazienti che statisticamente rientrano in misura più significativa nella potenzialità di agire un atto autolesivo o che intendano attuare consapevolmente una condizione di negativismo e/o rifiuto pregiudizievole per la vita.

Al fine di individuare precocemente le categorie di pazienti che, per profilo individuale, e quindi condizioni generali e/o specifiche, sono da considerarsi a rischio di avviare (o riproporre) un percorso dall'esito autodistruttivo sono di seguito elencati i fattori di rischio generali riportati in letteratura e comuni a tutti gli individui:


- il sesso: essere maschi piuttosto che femmine;
- l'età: essere tra i 20 ed i 30 anni o sopra i 60 se si è uomini, avere meno di 25 anni o intorno ai 45 se si è donne;
- la situazione coniugale: l'essere uomini separati o divorziati (a qualsiasi età) o avere più di sessant'anni e vivere da soli;
- le perdite precoci: aver avuto nell'infanzia un lutto, quale la perdita di uno o di entrambi i genitori;
- le patologie somatiche e le nuove perdite: andare incontro a patologie somatiche gravi, che minacciano seriamente la vita o l'integrità del soggetto;
- le relazioni con le persone significative: le modalità di rapporto e soprattutto i loro cambiamenti e/o la percezione (reale o simbolica) della perdita degli altri;
- i precedenti tentativi di suicidio;
- altri fattori, quali la mobilità sociale, la perdita del lavoro o del ruolo sociale, l'emigrazione ed altro ancora.

Prevenzione terziaria:

Comprende il percorso di cura per la prevenzione delle recidive di tentativi di suicidio precedentemente falliti, agendo sull'incidenza dei tentativi di suicidio nel periodo successivo alla dimissione attraverso:

- Applicazione di strumenti di risk assessment di potenziale recidiva suicidaria,
- Implementazione del percorso di continuità clinico assistenziale ospedale-territorio per i pazienti ad elevato rischio e/o con pregresso tentativo suicidario.

Il periodo immediatamente successivo alle dimissioni è quello in cui si verifica il maggior numero di suicidi. La letteratura scientifica evidenzia che su un significativo campione di pazienti con un episodio di ricovero correlato a tentativo suicidario, il 16% e il 23% rispettivamente si sono suicidati: i primi nell'ambito del ricovero, i secondi nel corso dei 3 mesi successivi alle dimissioni. Il dato sembra

	PROCEDURA	Pagina 10 di 23
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

dimostrare che nelle settimane successive alle dimissioni i pazienti mettono in atto i loro intenti suicidari ponendo l'accento sul ruolo del ricovero come fattore precipitante dell'evento stesso.

MISURE PREVENTIVE STRUTTURALI

L'elemento ambientale e strutturale è l'unico fattore di rischio su cui si può intervenire con certezza.

Alcune situazioni ambientali possono rendere più facile mettere in atto comportamenti anticonservativi in ambito ospedaliero, ad esempio infissi non di sicurezza, scale ed accessi all'esterno del reparto non inibiti e/o non vigilati da sistemi di controllo, possibilità di accedere ad aree e locali non destinati alla degenza, eccetera. Come riportato nella Raccomandazione Ministeriale n. 4 “È opportuno, nel rispetto della dignità della persona, disporre che il paziente sia collocato in ambienti con le seguenti caratteristiche:


- Presenza di dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza nei bagni, allarmi, ringhiere;
- Infissi di sicurezza (soprattutto nei piani alti);
- Strutture ed attrezzature che non suggeriscano usi impropri (docce e cabine docce);
- Misure che impediscano la possibilità di accedere a mezzi per togliersi la vita (oggetti taglienti, vetro, lacci, farmaci, etc.).

La valutazione di rischio ambientale (dell'ambiente e della struttura) deve essere effettuata dal Servizio Tecnico in collaborazione con il Coordinatore dell'UO, al fine di evidenziare le eventuali condizioni di rischio presenti nelle strutture e definire gli opportuni adeguamenti. Il risultato della valutazione ambientale deve essere inviato al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo ed al Direttore di Presidio affinché gli stessi autorizzino gli interventi necessari.

La valutazione di rischio ambientale deve prevedere almeno una verifica annuale. Tra le misure preventive strutturali adottabili, si ricordano:


- 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
- Eventuali impianti di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche.

Tuttavia, per il rispetto dovuto alla dignità dei pazienti, quanto sopra non può trasformare un reparto di degenza in un luogo di detenzione; tanto più che non è possibile eliminare tutti i mezzi con i quali un paziente potrebbe mettere in atto un tentativo di suicidio se fosse realmente determinato a farlo. È invece possibile e, anzi, necessario inibire l'accesso/utilizzo da parte dei pazienti alle aree non destinate alla degenza e non presidiate. Il paziente non deve spingersi al di fuori dei locali e degli spazi adibiti alla degenza.

	PROCEDURA	Pagina 11 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

MISURE PREVENTIVE ORGANIZZATIVE

- Informare il personale sul livello di sospetto o di rischio suicidario del paziente
- Informare i familiari sul livello di sospetto o di rischio suicidario del paziente
- Evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità di vigilanza
- Posizionare il paziente in una stanza di degenza in cui è più facile il controllo da parte del personale di assistenza

	PROCEDURA	Pagina 12 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

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

AMMISSIONE: PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

La presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede:

- l'integrazione delle diverse competenze (operatori sanitari e caregivers) presenti nell'unità operativa, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidario;
- la possibilità di avvalersi delle consulenze specialistiche psicologiche e psichiatriche;
- il coinvolgimento di altri specialisti e dei medici di medicina generale (MMG), sia per completare l'anamnesi che per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione;
- il maggiore coinvolgimento possibile delle famiglie e degli amici sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio;
- il coinvolgimento, sulla base di protocolli concordati, di volontari preparati all'uopo;
- una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e i pazienti;
- la prescrizione di terapie "personalizzate" per i soggetti ritenuti a rischio suicidario.

La prevenzione del suicidio si basa sull'individuazione precoce dei pazienti a rischio di suicidio e sull'adozione dei comportamenti adeguati a prevenire l'atto suicidario attraverso quindi le attività di:


- a) **valutazione primaria del rischio**, (ordinario e di sospetto) affidata a tutti gli operatori sanitari nella fase di presa in carico del paziente; **Allegato 1 e 2**
- b) **valutazione secondaria specialistica del livello di rischio**, (affidata al medico psichiatra a seguito di diagnosi di sospetto posta in fase di valutazione primaria; **Allegato 3**)
- c) **gestione** del paziente a rischio di suicidio.

N.B. Il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione e comunque la valutazione del rischio di suicidio è un processo continuo che va effettuato non solo all'ammissione, ma anche durante il trattamento ed alla dimissione.

a) Valutazione primaria (Allegato 1 e 2)

Si compone delle seguenti attività:

- Anamnesi e colloquio
- Esame obiettivo
- Valutazione delle condizioni cliniche e osservazione del paziente
- Definizione della valutazione primaria del rischio (ordinario e di sospetto)
- Richiesta di valutazione secondaria, in presenza di sospetto.
- Dimissioni dei pazienti a rischio

	PROCEDURA	Pagina 13 di 23
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

a1) Anamnesi

Costituisce il momento di conoscenza del paziente. È necessario creare un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente. Raccogliere un’attenta e completa anamnesi personale e familiare del paziente consente di fare emergere potenziali fattori di rischio suicidario indagando 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. La valutazione del rischio suicidario in corso di raccolta anamnestica dovrà pertanto prevedere:

- la ricostruzione storica della vita del paziente
- l’analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio culturali del paziente
- l’analisi delle caratteristiche socio-ambientali del paziente

NB:

Nell’Allegato 1 viene presentata una possibile traccia per orientare l’operatore nella conduzione del colloquio con il paziente, dopo aver raccolto l’anamnesi, nei casi in cui sia emerso un sospetto da approfondire o possibili fattori di rischio.

a2) Esame obiettivo

Un attento e completo esame obiettivo risulta utile per cogliere gli eventuali segni di recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari. È possibile anche cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti nonché di un’eventuale sindrome da astinenza. In caso di sospetto, può essere utile completare la fase diagnostica con dosaggio di alcolemia, ricerca di sostanze stupefacenti e d’abuso.

a3) Valutazione delle condizioni cliniche e osservazione del paziente

È indispensabile un’integrazione delle diverse competenze professionali e una comunicazione adeguata tra gli operatori, al fine di cogliere i segni premonitori dell’atto suicidario e poter mettere in atto tutte le misure preventive possibili dello stesso.

In presenza di un sospetto di intenzione suicidaria di un paziente è fondamentale la comunicazione tempestiva all’interno dell’equipe di cura, inclusa la registrazione nella documentazione clinica della positività anamnestica.


a4) Definizione della valutazione primaria del rischio (ordinario e di sospetto)

Premesso che ogni persona che subisce un ricovero ospedaliero è una persona fragile, si definisce:

- **Ordinario** il rischio base di ciascun paziente ricoverato in ospedale;
- **Sospetto** il riscontro a seguito di colloquio, anamnesi ed esame obiettivo (vedi Allegato 1 e 2), della presenza attuale, al momento della rilevazione, di fattori di sospetto che inducono il medico dell’UO che ha effettuato l’anamnesi a richiedere la consulenza psichiatrica per accertarne il livello di rischio.

Livello ordinario:

il rischio suicidario non è evidenziabile in quanto assente o assolutamente insospettabile in relazione alla raccolta dati effettuata sia in contesti a maggior rischio (vedi aree cliniche sopra elencate) sia in altri ambiti operativi;

	PROCEDURA	Pagina 14 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

Livello di sospetto:

il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile sebbene, in seguito ai colloqui con i medici di reparto, alla formulazione di diagnosi infermieristiche e alla persistenza dei comportamenti/atteggiamenti definiti dalle stesse, sia ipotizzabile un indebolimento non transitorio della progettualità autoconservativa da parte del paziente;

Livello di rischio:

il rischio suicidario è percettibile ed evidenziabile per dichiarazione di intenzioni autolesive, tentativi falliti e/o dimostrativi o per numerosità ed intensità espressiva nel tempo delle diagnosi (in allegato) per cui è richiesta consulenza specialistica urgente al fine di acquisire le indicazioni terapeutiche ed assistenziali coerenti con le condizioni del paziente. Il trattamento e la gestione del paziente di livello 3 dovranno essere garantiti nella Unità Operativa di degenza del paziente ad eccezione dei casi in cui lo specialista ravvisi un quadro clinico complessivo di pertinenza e competenza prioritariamente psichiatrica.

a5) Richiesta di valutazione secondaria, in presenza di sospetto.

Se il medico dell'UO nella sua valutazione primaria avrà rilevato un rischio di sospetto, come precedentemente definito, chiederà la valutazione specialistica psichiatrica per accertare il livello di rischio che il consulente psichiatra definirà secondo la BPRS (**Allegato 3**) da cui deriverà la prescrizione dell'intensità di assistenza (**Allegato 4**).

NB Gli allegati 3 e 4 dovranno essere presenti in ciascuna UO, allocati in un posto accessibile e conosciuto da tutti gli operatori in modo da essere sempre a disposizione in caso di necessità

a6) Dimissioni dei pazienti a rischio

All'atto della dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio è opportuno assicurare:

- ✓ la disponibilità immediata di un referente ospedaliero da contattare in caso di bisogno;
- ✓ l'integrazione con i servizi territoriali sociosanitari per fornire supporto fisico e psicologico in modo attivo e continuativo.


b) Valutazione secondaria specialistica del livello di rischio

Sulla base del sospetto posto dal clinico richiedente, la valutazione definitiva e l'assegnazione del livello di rischio autolesivo è affidata allo specialista psichiatra che, eseguita la consulenza, sulla base dell'applicazione della SCALA BPRS (**allegato3**), assegnerà il livello di intensità di assistenza.

c) Gestione del paziente a rischio di suicidio

Il paziente sarà, pertanto, successivamente sottoposto ad un processo di rivalutazione continua del rischio suicidario per l'intera durata del periodo di assistenza, fino alla dimissione (tale rivalutazione sarà registrata su apposita scheda di registrazione del rischio suicidario, **allegato 4**). Per i soggetti con moderato e/o alto rischio suicidario la rivalutazione del rischio stesso avverrà ad ogni cambio turno ad opera del medico e di un infermiere dell'U.O. dove il paziente è ricoverato; mentre nel caso di rischio suicidario lieve la rivalutazione del rischio stesso avverrà quotidianamente.

In caso di soggetti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti ad elevato rischio suicidario, è opportuno preparare la dimissione con necessario anticipo, segnalando il caso ai servizi territoriali competenti

	PROCEDURA	Pagina 15 di 23
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:

(MMG, CSM, SERT, Servizio di Assistenza Domiciliare), al fine di garantire la continuità assistenziale e programmare per il paziente e i caregivers un appuntamento presso il CSM competente per la pianificazione del progetto di cura integrato.

La conferma del rischio suicidario da parte del consulente psichiatra raccomanda fortemente il trasferimento del paziente in oggetto in ambiente specialistico per le terapie e la sorveglianza del caso, secondo le seguenti modalità:

➤ **RICOVERO PRESSO SPDC:**

Considerando che il rischio suicidario può manifestarsi in pazienti degenti presso il PS o i reparti ospedalieri, ovvero seguiti a livello territoriale, per patologie diverse da quelle di specifica natura psichiatrica, la presa in carico da parte del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura avverrà solo in presenza di condizioni clinico-organiche stabilizzate tali da consentire una gestione sicura della patologia di ingresso del paziente presso la struttura ospedaliera (PS, reparto di degenza) ovvero territoriale (come da Delib. Reg. 12 luglio 2011, n. 1620)

➤ **ASO E TSO:**

Qualora il paziente rifiuti il ricovero volontario consigliato dallo specialista psichiatra, mostrandosi non collaborativo, e, ove esistessero i requisiti specifici, si procederà con l'attivazione delle seguenti procedure:

Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)

Trattamento Sanitario Obbligatorio extra ospedaliero ed ospedaliero (TSO)


➤ **FOLLOW-UP IN CASO DI MANCATO RICOVERO PRESSO SPDC:**

In caso di rifiuto al ricovero e qualora non sussistano i requisiti per l'accertamento e il trattamento sanitario obbligatorio, il ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non potrà essere effettuato, e il paziente verrà avviato ai controlli di follow-up, se:

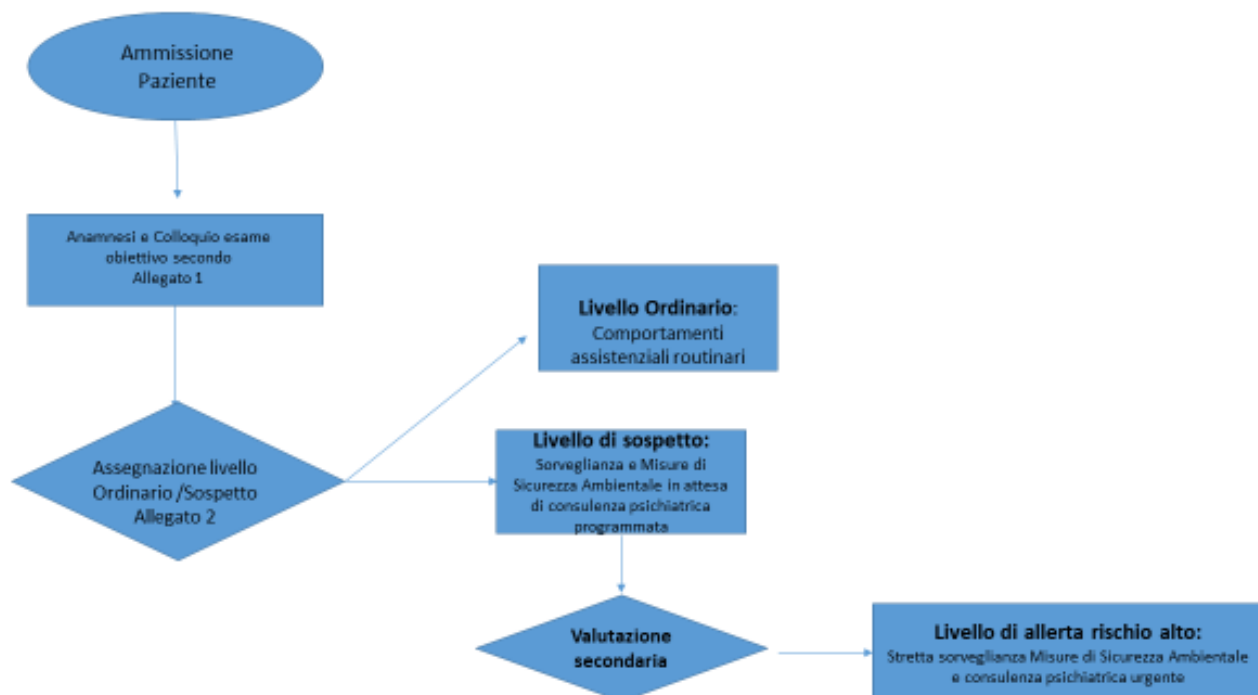
- l'ideazione suicidaria è una reazione ad eventi scatenanti (es., fallimento di un esame, difficoltà relazionali), se il punto di vista del paziente sulla situazione è cambiato, in presenza di evidenza emersa dal colloquio di un recupero di una valida critica rispetto al gesto agito
- se il paziente ha agito atti di autolesionismo non suicidari
- il piano /metodi e di intenti hanno bassa letalità
- il paziente ha condizioni di vita affettivamente stabili e supportanti
- il paziente è in grado di cooperare con le raccomandazioni per il follow-up, ha una buona aderenza alle cure, può essere facilmente contattabile e monitorato periodicamente a domicilio.


In Sintesi:

All'ingresso di ciascuna UO il paziente dovrà essere valutato per il rischio suicidario, così come previsto dalla procedura, eventualmente avvalendosi dell'allegato 1 e compilando l'allegato 2 da inserire in cartella clinica. Tutte le situazioni che non consentono tale valutazione primaria (pz non cosciente e/o con disturbi cognitivi e/o qualsiasi situazione che non permettono un'anamnesi valida) dovranno semplicemente essere descritte e registrate in cartella clinica. Quando il medico dell'UO avrà fatto una valutazione primaria con indice di sospetto contatterà il consulente psichiatra che dovrà compilare l'allegato 3 e se indicato l'allegato 4 da inserire in cartella clinica.

 <p>ASL Bari PugliaSalute</p>	PROCEDURA	Pagina 16 di 23
	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4</p> <p>“PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”</p>	N° procedura
<p>ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis</p>		Revisione 01 Data:


8. DIAGRAMMA DI FLUSSO



	PROCEDURA	Pagina 17 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		

9. RIFERIMENTI

- Raccomandazione Ministeriale n.4
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 art.1
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
- Ministero della Salute. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. Terzo Rapporto (Settembre 2005 – Dicembre 2010). Luglio 2011
- World Health Organization. Public Health Action for the prevention of suicide. 2012
- 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
- The Joint Commission, 2007 Patient safety goals on suicide.
- Van der Feltz-Cornelis et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. A Review of Systematic Reviews. Crisis. 2011;
- de Leo D & Sveticic J. Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? Epidemiol Psychiatr Soc. 2010;
- Cassels C et al. Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature. Crisis. 2005;
- National Institute for Clinical Excellence. Self-harm: longer term management. NICE Clinical Guideline 133. Novembre 2011
- 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
- Qin P & Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. 2005;
- 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;
- Burgess P et al. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. Psychiatric Serv. 2000;
- A.J. Mitchell and M.Dennis “Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff’Emerg.Med.J. 2006 23:251 -255
- Mark J. Russ, M.D.ToddKashdan, B.A. Simcha Pollack, Ph.D.SenadaBajmakovic- Kacila, M.D “Assessment of Suicide Risk 24 Hours After Psychiatric Hospital Admission” PSYCHIATRIC SERVICES © November 1999 Vol. 50 No. 11
- Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica.Ed. McGraw-Hill - Milano, 1999.
- Cutcliffe J.R. Barker P., “The Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice.” 2004, J. Psychiatric and Mental Health Nursing 11, 393-400.
- Nursing Best Practice Guidelines Program, “Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behavior.”1 /2008,
- Joseph Ventura e coll. “Manuale d’istruzione BPRS e scala” (1993), Adattamento Italiano a cura di: Pierluigi Morosini, Reparto di Valutazione dei Servizi, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Massimo Casacchia, Cl. Psichiatrica, Un.Studi dell’Aquila.

	PROCEDURA	Pagina 18 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura Revisione 01 Data:
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		


- Procedura Dipartimentale, Università di Ferrara “Prevenzione/Riduzione del rischio comportamentale auto/eterodiretto”, Dott. Adello Vanni-Dott. Renato Cardelli.
- “Protocollo minimo di riferimento sul suicidio” a cura del gruppo di lavoro coordinato da Massimo Casacchia, con Massimo Di Giannantonio, Francesco Scapati, Salvatore Varia e Matteo Balestrieri e con la collaborazione di Maurizio Malavolta e Ida De Lauretis, Società Italiana di Psichiatria
- “Raccomandazioni per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie nel Territorio”, Servizio Sanitario Regionale Emilia- Romagna
- “Raccomandazioni per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie in ospedale”, Servizio Sanitario Regionale Emilia- Romagna
- “Documento di Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche”, come da Deliberazione Regionale Puglia n.1620 del 12luglio 2011
- Documento del Ministero della Salute: L’audit Clinico
- Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Ministero della Salute
- Sistemi di gestione per la qualità: UNI EN ISO 9000:2015

10. INDICATORI DI MONITORAGGIO

La verifica continua della corretta applicazione della procedura si espleta attraverso l’utilizzo di indicatori. Gli indicatori oggetto della procedura sono i seguenti:

- N° suicidi annuali notificati per servizio/reparto
- N° tentati suicidi annuali notificati per servizio/reparto
- N° allegati 2 compilati/n° ricoveri
(nei primi 10 ricoveri ogni mese)


Il **Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) ASL Bari**, insieme ai **Direttori Medici di Presidio Ospedaliero ASL Bari** dovranno produrre un report annuale indirizzato alla Direzione Sanitaria Aziendale e all’U.O.C di Medicina Forense Gestione del Rischio qualità e Formazione, contenente i sopraindicati indicatori.

	PROCEDURA		Pagina 19 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”		N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis			Revisione 01 Data:

11. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'/ RESPONSABILITA'	DIRETTORI UO	COORDINATORI INFERMIERISTICI	OPERATORI SANITARI	AREA TECNICA	DIRETTORE MEDICO DI PO	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE GENERALE	DIRETTORE DIPARTIMENTO di Salute Mentale
PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO	R	R	R	R	R	R	R
SEGNALAZIONE EVENTI /AUDIT	R	R	R	R	R	R	R
APPLICAZIONE PROCEDURA	R	R	R	R	R	R	R
REPORT DI MONITORAGGIO	R	R	C		R		R
MONITORAGGIO	R	R	C		C		
IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA	C	C	C	C	C	R	C
SICUREZZA LOGISTICA	C	C	C	R	C	R	C

Legenda: R: responsabile; C: coinvolto; I: informato


	PROCEDURA	Pagina 20 di 23
<p>ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4</p> <p>“PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”</p>	<p>N° procedura</p> <hr/> <p>Revisione 01 Data:</p>

ALLEGATO 1

Guida per il colloquio con il paziente.

La presente guida vuole costituire una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, quindi, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa. 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 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. Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica 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 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?

	PROCEDURA	Pagina 21 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

ALLEGATO 2
SCHEDA DI RACCOLTA DEI POTENZIALI FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO

IL PRESENTE ALLEGATO E' PARTE INTEGRANTE DELLA CARTELLA CLINICA DELLE UU.OO. DI DEGENZA AZIENDALI


COGNOME E NOME:	ETA':	SESSO F [] M []	LUOGO DI NASCITA:
<hr/> <hr/>	<hr/>		<hr/>

FATTORI DI RISCHIO	SI	NO
Pregressi tentativi di suicidio ed episodi di autolesionismo		
Disturbi psichici		
Inizio recente di terapia antidepressiva (specie nella prime settimane di trattamento)		
Abuso/dipendenze (da alcol, stupefacenti, e/o psicofarmaci, da gioco)		
Gravi malattie fisiche / dolorose / terminali		
Isolamento sociale e/o solitudine		
Fattori familiari (storia familiare con suicidi, elevata conflittualità, disturbi psichici)		
Vissuti traumatici o conflittuali che il paziente può aver solo apparentemente superato (ad es. separazione / divorzio, lutto recente, licenziamento, abusi sessuali subiti, ecc.)		
Conflitti interpersonali e/o problemi relazionali cronici		
Post partum		

All' osservazione attuale presente diagnosi di sospetto rischio suicidario	SI	NO

Data _____


Firma del Dirigente Medico

	PROCEDURA	Pagina 22 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

ALLEGATO 3

(IL PRESENTE ALLEGATO È PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN USO SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE DELLA ASL BARI)

SCHEDA DI VALUTAZIONE SPECIALISTICA DEL RISCHIO DI SUICIDIO SECONDO SCALA BPRS		
RISCHIO DISUICIDIO BPRS	DESCRIZIONE E PUNTI DI ANCORAGGIO	LIVELLO DI RISCHIO /INTENSITÀ DI ASSISTENZA
1 Assente	Il paziente non presenta rischi di comportamenti autolesivi	BASSO/LIVELLO 1
2 molto lieve	Occasionale stanchezza di vivere. Assenza di idee di suicidio	BASSO/LIVELLO 1
3 lieve	Idee di suicidio occasionali che però non si traducono in una chiara decisione, né tanto meno in un progetto e/o il paziente ha spesso l'impressione che sarebbe meglio se fosse morto	BASSO/LIVELLO 1
Non valutabile	Il paziente non è valutabile	MEDIO/LIVELLO 2
4 moderato	Pensieri suicidari frequenti senza una vera e propria decisione opiani stabiliti per uccidersi	MEDIO/LIVELLO 2
5 moderatamente grave	Il paziente ha molte fantasie di suicidio, pensa a sistemi diversi per uccidersi. Può anche formulare progetti precisi o stabilire un momento preciso per uccidersi e/o ha effettuato un tentativo di suicidio impulsivo con un metodo non letale o sapendo di poter essere salvato	ALTO/LIVELLO 3
6 grave	Il paziente vuole chiaramente uccidersi. È alla ricerca del momento e dei mezzi opportuni e/o ha messo in atto un tentativo di suicidio serio, anche se con modalità che non escludevano la possibilità di essere soccorso	ALTO/LIVELLO 3
7 molto grave	È presente l'intenzione ed un ben preciso piano di suicidio (ad es. "non appena...mi suiciderò facendo...") e/o un tentativo di suicidio attuato con modalità che il paziente riteneva sicuramente letali o che comunque erano pericolose e messe in atto in un luogo isolato.	ALTO/LIVELLO 3

	PROCEDURA	Pagina 23 di 23
	PROCEDURA AZIENDALE DI IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.4 “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”	N° procedura
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale U.O. C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione Direttore: Dr. V. Defilippis		Revisione 01 Data:

ALLEGATO 4



SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEL RISCHIO DI SUICIDIO SECONDO SCALA BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

(IL PRESENTE ALLEGATO È PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN USO SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE DELLA ASL BARI)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

La scala di valutazione deve essere applicata ad ogni paziente, al momento dell'ammissione in reparto di degenza, dal medico di guardia che gestisce il ricovero. Le motivazioni del rischio assegnato ad ogni paziente vanno riportate in anamnesi nella cartella clinica e condivise con il personale infermieristico, che provvederà alla registrazione del grado di rischio nel diario infermieristico. La corretta comunicazione tra gli operatori assicura un'ideale applicazione del livello di intensità di cura e sorveglianza assegnati al paziente. La rivalutazione del paziente deve essere effettuata ogni giorno nel caso di rischio da assente a lieve, e ad ogni cambio turno nei casi di rischio da moderato a molto grave, con relativo aggiornamento della cartella clinica. Ogni rivalutazione effettuata verrà registrata nel diario infermieristico. Il rischio comportamentale autodiretto presenta 8 livelli di intensità, a cui corrispondono 3 livelli di intensità dell'intervento assistenziale.

VALUTAZIONE INIZIALE

	Livello di Rischio (BPRS)	Intensità di assistenza
• Rischio auto diretto		
• Rischio etero diretto		
Firma Medico di guardia		Data/Ora
Firma Infermiere capoturno		Data/Ora

VALUTAZIONI SUCCESSIVE ALLA PRIMA

	Livello di Rischio (BPRS)	Intensità di assistenza
• Rischio auto diretto		
• Rischio etero diretto		
Firma Medico di guardia		Data/Ora
Firma Infermiere capoturno		Data/Ora

	Livello di Rischio (BPRS)	Intensità di assistenza
• Rischio auto diretto		
• Rischio etero diretto		
Firma Medico di guardia		Data/Ora
Firma Infermiere capoturno		Data/Ora

PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su: NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione NON soggetta a pubblicazione

ONERI DI RISERVATEZZA:




CONTIENE dati personali da NON pubblicare NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20220003177 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20220001966 DEL 14/10/2022

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Dirigente Responsabile UOS Sicurezza delle Cure e Gestione Sinistri	Abbinante Crescenza	 Firmato digitalmente il 11/10/2022 12:42
Dirigente Responsabile UOS Sicurezza delle Cure e Gestione Sinistri	Abbinante Crescenza	 Firmato digitalmente il 11/10/2022 13:34
Direttore UOC Medicina Forense, Rischio Clinico, Qualità e Formazione	Defilippis Vincenzo	 Firmato digitalmente il 11/10/2022 13:36