

PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
0	GIUGNO 2015	Responsabile Gestione Rischio Clinico Dott.ssa Mara Masullo Infermiere Gestione Rischio Clinico Dott. Leonardo Di Leo Infermiere UOC Anestesia e Rianimazione Dott. Federico Ruta	Direttore Dipartimento Salute Mentale Dott. Luigi Mennuni	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Carlo Di Terlizzi

INDICE

Premessa: il suicidio in ospedale	pag. 2
Obbiettivo	pag. 2
Campo di applicazione	pag. 2
Matrice delle responsabilità	pag. 3
Dimensioni del fenomeno	pag. 3
Cosa si può fare	pag. 4
Istruzioni operative	pag. 4
Segnalazione dell'evento sentinella e attivazione del protocollo di monitoraggio	pag. 8
Bibliografia	pag. 8
Allegati	pag. 8

PREMESSA: IL SUICIDIO IN OSPEDALE

Nell'aprile 2015 il Ministero della Salute ha pubblicato il suo quinto Rapporto di monitoraggio sugli eventi sentinella analizzando tutti quelli segnalati dalle strutture del SSN, validati da Regioni, PA e ministero della Salute, raccolti nel Simes (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) dal settembre 2005 al dicembre 2012, il secondo evento più segnalato è il "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" (15,4%), preceduto solo dalla "morte o grave danno per caduta di paziente".

Ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio, in Italia circa 4.000. Il suicidio (o il tentato suicidio) in Ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una valutazione appropriata delle condizioni del paziente, l'individuazione di pazienti a rischio e la conseguente adozione di misure idonee alla prevenzione. L'incidenza del suicidio aumenta sensibilmente nella popolazione ricoverata in Ospedale e nella popolazione dimessa da un Ospedale da una a tre settimane.

Molteplici possono essere le ragioni di questo aumento: l'ospedalizzazione con segue ad uno stato di malattia e lo stato di malattia si accompagna a vissuti di perdita, lutto, confusione ed ansietà; 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, mancanza di autonomia, controllo e privacy.

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

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

OBIETTIVO:

La procedura si propone di ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno dell'ospedale.

Fornisce indicazioni circa le modalità da adottare, orientate alla prevenzione e/o riduzione dei suicidi e tentati suicidi dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie, in conformità con la Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute – "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale".

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata su tutti i pazienti che vengono ricoverati in ospedale, sia in ricovero ordinario che non. Seppur il suicidio possa verificarsi in ogni degenza ospedaliera, possono essere considerate a maggior rischio: il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), i

Servizi di Oncologia, le Unità Operative di Ostetricia - Ginecologia e il Dipartimento di Emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	Elaborazione revisione procedura	Formazione informazione	Presenza in carico del paziente	Valutazione rischio suicidio	Osservazione paziente ricoverato	Richiesta / effettuazione consulenza	Misure preventive e di sicurezza	Percorso clinico assistenziale	Approvazione
Dir. San. Aziendale									R
Direttore Sanitario e Coordinatore Ufficio Inferm. di P.O.		C					C		
Responsabile Risk Management	R	C							
Direttore U.O.		R	R						
Medico U.O.		C	R	R	R	R	R	R	
Psichiatra				C		R	C	R	
Coordinatore Infermieristico		R	R			C		R	
Infermiere / Ostetrica		C	R	R	R	C	R	R	
Operatore Socio Sanitario			C		C			C	

(R - Responsabilità) (C - Collaborazione)

DIMENSIONI DEL FENOMENO

Il comportamento suicidario è riconosciuto come un serio problema di sanità pubblica così come evidenziato dai principali organismi di salute.

Nel 2012 nel mondo sono state circa 800.000 le persone che si sono tolte la vita e il tasso (standardizzato rispetto alla popolazione mondiale) è stato pari a 11,4 per 100.000 (15,0 per gli uomini e 8,0 per le donne). In Italia, le morti per suicidio sono state circa 4000, corrispondenti a un tasso standardizzato di 4,7 per 100.000 abitanti (7,6 per gli uomini e 1,9 per le donne). In Italia, quindi, quasi l'80% dei morti per suicidio sono uomini, con un rapporto di genere (uomini/donne) che è andato aumentando linearmente nel tempo, passando da 2,1 nel 1980 a 3,8 nel 2011.

In termini assoluti anche in Italia, come nel resto del mondo, la quota maggiore di suicidi si registra tra le persone anziane: circa una persona su 3 ha più di 70 anni, con una proporzione analoga per i due generi. Tuttavia, in termini relativi, i suicidi rappresentano solo lo 0,2% del totale dei decessi tra gli italiani ultrasettantenni, mentre arrivano a rappresentare il 12% delle morti tra i giovani di 15-29 anni. Il suicidio in Italia rappresenta la seconda causa di morte più frequente tra gli uomini di 15-29 anni, con un numero di vittime analogo a quello causato dai tumori (13% del totale) e inferiore solo a quello causato dagli incidenti stradali (35% del totale); per le donne della stessa età invece, la mortalità per suicidio si colloca al terzo posto nella graduatoria delle cause di decesso, con una proporzione analoga a quella delle malattie cardiovascolari (8% del totale) e preceduta soltanto dai decessi per tumori (26%) e per incidenti stradali (24%).

COSA SI PUO' FARE

Nella programmazione di una strategia di prevenzione va tenuto conto delle seguenti considerazioni:

- Il comportamento suicidario si associa ad una crisi, si tratta di situazione di stress elevato ma di breve durata.
- Gli individui considerano il suicidio con grande ambivalenza psicologica, il desiderio di morire e di essere salvati coesistono nella stessa persona.
- Persino nella situazione di crisi gli individui conservano il bisogno di esprimersi e comunicare.
- La nozione che il suicidio avviene improvvisamente, inevitabilmente e senza alcun avviso è smentita dalla letteratura.
- Il tentativo di porre fine alla sofferenza è caratterizzato da manovre maladaptive fallimentari che poi riconducono il soggetto all'idea del suicidio.
- Il soggetto emette dei segnali inerenti la sua preoccupazione coinvolgendo le persone che lo circondano attraverso parole ed azioni.
- Molte comunicazioni suicidarie possono essere considerate come "Cry for help" (Grido d'aiuto)

ISTRUZIONI OPERATIVE

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Il Rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione. Per un'adeguata prevenzione è pertanto necessaria un'appropriata ed efficace "presa in carico del paziente".

Per una efficace ed appropriata presa in carico del paziente vanno previste almeno le seguenti attività:

ANAMNESI MEDICA E INFERMIERISTICA

Il personale medico ed infermieristico, ciascuno secondo le proprie competenze, dovrà effettuare, in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, un'attenta e completa anamnesi, strumento essenziale per l'identificazione dei pazienti che presentano fattori di rischio da monitorare.

Particolare attenzione va rivolta ai pazienti sottoposti a repentini cambiamenti di vita e a coloro che:

- a) presentano una chiara patologia psichiatrica, in specie depressiva;
- b) manifestano una sindrome organica confusionale;
- c) giungono in struttura e manifestano ideazione suicidiaria;
- d) hanno una reazione suicidiaria all'interno della struttura sanitaria;
- e) hanno subito o temono di subire una grave perdita compresa la comunicazione di una diagnosi di particolare gravità, di patologia oncologica, di passaggio da terapia curativa a palliativa, di decesso di neonato, di amputazione d'arto e di altre prognosi infauste.

La VALUTAZIONE del rischio di suicidio, da effettuare durante la raccolta dei dati di anamnesi di

pazienti che mostrano fattori predisponenti, dovrà prevedere:

1. la ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto): è opportuno sottolineare che circa il 30-40% dei suicidi ha già tentato il suicidio;
2. l'analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente. Vanno considerati almeno: sesso (maggiore negli uomini), età (compresa tra i 15 e i 24 anni o superiore ai 65), nazionalità (nei paesi occidentali l'incidenza di casi di suicidio è più alta);
3. l'analisi delle caratteristiche socio-ambientali, come la perdita di un rapporto affettivo fondamentale (familiare, partner, amico, ecc.), la perdita di situazioni pregresse lavorative, economiche, di studio e condizioni di isolamento sociale.

L'Allegato 1 dà 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.

PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE

ESAME OBIETTIVO

Un attento e completo esame obiettivo risulta utile per cogliere i segni tipici di abuso / dipendenza da alcol e/o sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza. A questo scopo può essere utile l'effettuazione di esami ematochimici eventualmente anche specifici come l'alcolemia, la ricerca di oppiacei o altre sostanze. Durante l'esame obiettivo è possibile osservare anche i segni di eventuali comportamenti autolesivi.

ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI CLINICHE

L'accertamento delle condizioni cliniche è un'attività fondamentale per la rilevazione di eventuali pazienti a rischio di suicidio; in particolare la presenza di alcune condizioni aumenta il rischio di suicidio o tentato suicidio nel paziente. Pazienti che presentano le seguenti condizioni cliniche potrebbero essere maggiormente a rischio:

- sindromi cerebrali organiche;
- sindromi organiche confusionali;
- patologia psichiatrica (depressione, disordine bipolare schizofrenia, disturbi paranoidei ed altri disturbi psicotici, disturbo di personalità narcisistico, borderline o antisociale, con comportamento impulsivo aggressivo, falsa autosufficienza, disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva), il rischio aumenta se i disturbi sono associati, ad esempio comparsa di depressione in disturbo schizofrenico con aspetti tossicofilici;
- ansia grave e attacchi di panico;
- abuso/dipendenza da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, gioco d'azzardo patologico;
- patologia terminale;
- malattie o incidenti invalidanti;
- amputazione di arto o altre gravi alterazioni dell'immagine corporea, dovute a malattie e/o incidenti.

OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE

Necessaria l'integrazione delle diverse competenze e soprattutto una comunicazione adeguata tra gli operatori al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidiario e poter mettere in atto tutte le misure di prevenzione possibili.

Fondamentale che qualsiasi dubbio sulla possibilità che un paziente possa avere l'intento di suicidarsi sia tempestivamente comunicato all'interno dell'equipe di cura, inclusa la registrazione nella documentazione clinica della positività dell'anamnesi.

Il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione. La presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede:

- l'integrazione delle diverse competenze presenti nell'unità operativa, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidiario;
- la possibilità di avvalersi di specifici test valutativi e delle consulenze specialistiche psichiatriche e psicologiche;
- 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 suicidiario.

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 di salute mentale e sociosanitari per fornire supporto fisico e psicologico in modo attivo e continuativo.

MISURE PREVENTIVE E DI SICUREZZA

Se l'equipe, valuta che un paziente possa essere a rischio di suicidio dovrà mettere in atto tutte le possibili misure di sicurezza strutturali, materiali, ambientali e organizzative che possano contribuire a evitare il verificarsi dell'evento.

Misure generali

Per i pazienti potenzialmente a rischio si devono mettere in atto le seguenti azioni:

- informare tutto il personale sul rischio suicidiario; (Medici – Coordinatori inf. – Infermieri - Operatori Socio-Sanitari)
- porre attenzione ai trasferimenti; (Coordinatori infermieristici – Infermieri – Operatori Socio-Sanitari)
- dimostrarsi disponibili, calmi, tranquilli, ma nello stesso tempo mantenere un atteggiamento professionale di comprensione empatica e di fermezza, controllare reazioni di rabbia e di spinta ad allontanare il paziente. Questo rassicurerà il paziente, che identificherà negli operatori persone in grado di aiutarlo; (Equipe)
- se si ritiene opportuno, richiedere la consulenza di specialisti psichiatri e psicologi che

eventualmente prescriveranno terapia ad hoc e/o decideranno il trasferimento presso l' S.P.D.C.; (Medici)

- osservare/sorvegliare accuratamente ma discretamente il comportamento del paziente a rischio in modo continuativo ed eventualmente definire modalità per la vigilanza, sulla base della gravità del rischio. (Medici - Infermieri)

Particolare attenzione deve prestarsi nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto, ma anche durante le fasi della giornata in cui il personale è impegnato in attività di routine o di emergenza che possono distrarre l'attenzione dal "soggetto a rischio". Al fine di rendere puntualmente ed immediatamente riscontrabile da parte degli operatori che si avvicinano nel percorso di cura il livello di rischio del paziente, la valutazione del rischio suicidiario durante l'arco del ricovero deve essere documentata in cartella clinica, per questo motivo si suggerisce, soprattutto nelle UU.OO. a maggior rischio, l'utilizzo di una check list di rilevazione compilata dall'infermiere durante la fase dell'accertamento del piano assistenziale (vedi Allegato 2) che sinteticamente definisce i compiti per:

- aiutare il paziente a raggiungere e mantenere il livello di autonomia nella cura adeguata di sé e del proprio aspetto; (Equipe)
- aiutare il paziente a raggiungere e mantenere un adeguato ritmo sonno/veglia (favorire l'attività fisica durante il giorno, evitare di far assumere al paziente caffeina/teina, limitare il riposo durante il giorno, consigliare di leggere o guardare la TV per conciliare il sonno, ecc); (Equipe)
- avvalersi delle diverse competenze presenti nell'unità operativa, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidiario; (Medici - Infermieri)
- coinvolgere familiari e caregivers sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio; (Medici - Infermieri)
- garantire una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e il paziente; (Infermieri)
- Avvalersi e coinvolgere il personale di supporto nella relazione con il paziente (Infermieri)
- favorire l'eventuale coinvolgimento di volontari preparati e autorizzati. (Infermieri)

MISURE DI SICUREZZA AMBIENTALE E ORGANIZZATIVA - (Equipe)

In riferimento a queste indicazioni e nel rispetto della dignità della persona, se si valuta che un paziente sia a rischio di suicidio:

- ritirare eventuali farmaci (se si è valutata la presenza di rischio suicidiario, evitare di definire per il paziente un piano terapeutico autogestito);
- controllare gli oggetti personali, oggetti da toeletta taglienti o in vetro e oggetti potenzialmente pericolosi;
- chiedere la collaborazione dei familiari ed amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere nocivi o impropriamente utilizzati;
- adottare misure di sicurezza, dotando, ad esempio, gli ambienti potenzialmente pericolosi di dispositivi di sicurezza, come serrature (garantendone la sostituzione immediata in caso

di rottura o danno).

- evitare che il paziente possa accedere a sostanze potenzialmente pericolose limitandone l'accesso (farmaci, detersivi, veleni, ecc.) e potenziando il più possibile l'osservazione da parte del personale;
- sensibilizzare gli addetti alle pulizie di reparto (ausiliari interni o operatori in convenzione), nella gestione del carrello con prodotti chimici estremamente pericolosi (candeggina, ammoniaca, acido muriatico, etc.)
- fare attenzione alla scelta della stanza di ricovero, e alla posizione del letto nella stanza affinché il paziente possa essere possibilmente video-sorvegliato, se possibile evitare il ricovero in stanze posizionate ai piani alti della struttura e i letti vicino alle finestre;
- porre in atto misure che impediscano alla persona a rischio, di accedere ad ambienti (ad es. docce) e mezzi (ad es. oggetti taglienti, cinture, corde, lenzuola, farmaci) per togliersi la vita.

All'atto della dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti a rischio suicidiario, è opportuno assicurare una "dimissione protetta", che coinvolga le persone e i servizi che si occuperanno del paziente a domicilio: familiari, caregivers, associazioni di volontariato, DSM, MMG, ADI, ecc.)

SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA E ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI MONITORAGGIO

L'Azienda favorisce la segnalazione degli eventi sentinella tramite le specifiche procedure aziendali. L'evento sentinella "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute, come recepito nella relativa procedura aziendale "Gestione Sistema di Incident Reporting".

BIBLIOGRAFIA

- Raccomandazione n. 4, marzo 2008, del Ministero della Salute "Prevenzione del Suicidio di Paziente in Ospedale"
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella – Luglio 2009 del Ministero della Salute.
- <http://www.epicentro.iss.it> - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Ultimo acceso giugno 2015

ALLEGATI

1. Guida per il colloquio con il paziente (allegato alla raccomandazione n.4 del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale")
2. Check list di rilevazione del rischio suicidio