

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO

BARI

Viale Orazio Flacco, 65 - 70124 Bari

Deliberazione del Direttore Generale

n. 617 del registro

**OGGETTO: PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE.
RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE n°4.**

L'anno **2015**, il giorno **DIECI** del mese di **DICEMBRE** in Bari, nella sede dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, già Ospedale Oncologico,

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;
Visto il D. Lgs. 16.10.2003 n. 288 così come modificato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 23.06.2005;
Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 1308 del 26.06.2012;
Vista la deliberazione del Consiglio di Indirizzo e Verifica n. 1 del 01.08.2012,
sulla base dell'istruttoria e su proposta della S.S. Qualità Risk Management e Formazione

HA ADOTTATO

Il seguente provvedimento.

PREMESSO che

- Il Piano Sanitario Nazionale 2011- 2013 stabilisce, tra gli obiettivi da raggiungere, quello di promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, nonché dare seguito a quanto stabilito con l'accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008 in tema di gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure, realizzando una funzione di controllo della qualità e sicurezza del SSN sistematica e strutturata.

VISTA:

- La Raccomandazione del Ministero della salute per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale – Raccomandazione n. 4 rivisitata nel mese di Marzo 2008 e scaricabile dal sito del Ministero, con la quale lo stesso Ministero della salute ritiene necessario che le procedure inerenti le raccomandazioni Ministeriali siano rapidamente implementate in tutte le strutture ospedaliere del nostro paese;

RITENUTO che

- L'implementazione efficace della Raccomandazione rappresenta oltre che un obbligo istituzionale, una attiva azione nel contesto organizzativo per evitare o minimizzare il rischio dell'insorgenza dell'evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente;

RITENUTO pertanto di

- Dover adottare nella la “Procedura relativa alla prevenzione del suicidio del paziente in ospedale, procedura che è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità e che , allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

Dato atto, altresì, che la presente delibera non comporta maggiori oneri a carico dell’Ente;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

Su proposta del Dirigente Responsabile della S.S. Qualità, Risk Management e Formazione

D E L I B E R A

Per tutti i motivi espressi in narrativa, che qui si intendono integralmente riportati di:

- a) Adottare la procedura Aziendale relativa alla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale che allegata al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;
- b) Trasmettere copia del presente provvedimento, a cura dell’ S.S. Qualità Risk Management e Formazione, per i successivi adempimenti di competenza a tutti gli operatori sanitari come individuati nella Lista di Distribuzione, parte integrante della procedura in oggetto, Allegato C;
- c) Dotare il presente atto di immediata efficacia vista l’urgenza di provvedere in merito.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul sito Web dell’Istituto e contestualmente trasmessa al Collegio Sindacale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini dell’adozione dell’atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Responsabile del Procedimento

Legge 241/1990

Collaboratore Amministrativo Professionale

f.to: Dott.ssa Annamaria QUARANTA

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA S.S.

QUALITA’ RISK-MANAGEMENT E

FORMAZIONE

f.to: Dr.ssa Patrizia NARDULLI

Letto, approvato e sottoscritto

Il Direttore Amministrativo
f.to: Dr. Umberto Simonetti

Il Direttore Sanitario
f.to: Dr.ssa Maria Pia Trisorio Liuzzi

Il Direttore Generale
f.to: Prof. Antonio Quaranta

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo composta da n° _____ pagine e n° _____ fogli i.

Il Segretario

Bari, li _____

ANNOTAZIONI CONTABILI

Il Dirigente

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito web dell'Istituto Oncologico

Dal **11.12.2015** al **in corso**

Bari, **11.12.2015**

Il Responsabile del Procedimento
l'Assistente Amministrativo
f.to: Francesco Lopopolo

 Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'IRCCS ONCOLOGICO	Data di emissione ottobre 2015
		Rev 00

Allegato Deliberazione n. 617 del 10.12.2015 – 1/18

<i>Documento</i>	<i>Codice documento</i>
PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"	PSP00

DATA	RUOLO	FIRMA
REDAZIONE		
12 / 10 / 2015	Responsabile Risk Management D.ssa Patrizia Nardulli	F.TO: Dr.ssa P. Nardulli
VERIFICA		
19/ 10 / 2015	Dirigente Medico Direzione Medica dott. Aldo Nigro	F.TO: Dr. Aldo Nigro
19/ 10 / 2015	Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione Ing. Giancarlo Salomone	F.TO: Ing. G. Salomone
APPROVAZIONE		
30/10/2015	Direttore Sanitario Dr.ssa Maria Pia Trisorio Liuzzi	F.TO: Dott.ssa Maria Pia Trisorio Liuzzi

 Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'IRCCS ONCOLOGICO	Data di emissione ottobre 2015
		Rev 00

INDICE

1.	PREMESSA	3
2.	OBIETTIVO	3
3.	AMBITO DI APPLICAZIONE.....	3
4.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	4
4.1.	Identificazione dei fattori di rischio	4
4.2.	Anamnesi	4
4.3.	Percorso clinico assistenziale: misure preventive di sicurezza	6
5.	FLOW CHART PERCORSO PAZIENTE	8
6.	CARATTERISTICHE STRUTTURALI.....	9
7.	PROCESSI ORGANIZZATIVI.....	9
8.	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	10
9.	FORMAZIONE	11
10.	SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA E ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI MONITORAGGIO	11
	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	12
	ALLEGATO A – SCALE FOR SUICIDE IDEATION (Beck et al, 1979).....	13
	ALLEGATO B) – SCHEDA DI TRAINING DEL PERSONALE	16
	ALLEGATO C) – LISTA DI DISTRIBUZIONE	17



1. PREMESSA

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare rilevanza; diventa, pertanto, di primaria importanza, in termini di prevenzione e sicurezza del paziente, adottare misure e strumenti adeguati.

Molteplici sono i fattori di rischio relativi al suicidio, la loro conoscenza permette l'elaborazione e l'applicazione di strategie idonee per ridurre il verificarsi di tale evento avverso, agendo su:

- Strumenti di valutazione del paziente;
- Profili assistenziali per i pazienti, che hanno una reazione suicidiaria o tentano il suicidio, che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
- Processi organizzativi;
- Formazione degli operatori;
- idoneità ambientale e strutturale.

La prevenzione del suicidio, pertanto, opera su più livelli: ambientale e personale.

Per quanto concerne il primo aspetto, bisogna porre in essere iniziative volte ad aumentare la sicurezza ambientale nelle strutture sanitarie per tutti i degenti, quali il controllo di accesso ai farmaci, l'eventuale disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi, la messa in sicurezza di terrazzi, balconi e finestre ai piani medi ed alti.

Per quanto concerne l'aspetto personale, invece, bisogna operare prevedendo una umanizzazione delle strutture sanitarie, rendendo l'esperienza del ricovero meno spersonalizzante, anonima, passiva e regressiva, e fornendo ai pazienti gli strumenti e le informazioni per conoscere e gestire, in maniera consapevole, responsabile ed autonoma, la propria malattia.

Il primo passo di tanto non può che attenersi ad una anamnesi adeguata e – per certi versi - mirata.

2. OBIETTIVO

Obiettivo di tale Procedura è la riduzione del rischio di suicidio e/o tentato suicidio all'interno dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – IRCCS di Bari.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura si applica a tutti i pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario all'interno dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – IRCCS di Bari.

 Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'IRCCS ONCOLOGICO	Data di emissione ottobre 2015
		Rev 00

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

4.1. Identificazione dei fattori di rischio

I fattori di rischio suicidario possono emergere attraverso l'anamnesi (ottenuta direttamente dal paziente e/o dai colloqui con i familiari, se concessi) trasfusa nella cartella clinica/infermieristica, così come dall'osservazione diretta, quindi dalle annotazioni di diario clinico.

Un ulteriore ausilio per l'approfondimento di elementi sospetti può essere rappresentato dalle schede allegate che sono parte integrante della presente procedura, la cui compilazione fornisce un quadro d'insieme che può contribuire ad orientare il personale della struttura verso modalità di controllo e vigilanza più appropriate e mirate.

4.2. Anamnesi

Come si è detto, strumento fondamentale per l'identificazione dei fattori di rischio è l'anamnesi. Essa deve essere intesa non solo quale acquisizione di notizie inerenti precedenti e/o morbosi, ma come vero e proprio step preliminare della empatia, del rapporto fiduciario e – più in generale – della comunicazione tra paziente ed operatore. Tanto potrà avvenire in primis attraverso la creazione di un clima accogliente.

La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- 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;
- analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente. Devono essere considerati almeno: sesso (i maschi sono più a rischio), età (compresa tra i 15 e i 24 anni o superiore ai 65), isolamento sociale;
- accertamento delle condizioni cliniche, in particolare sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica (depressione, 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, ansia, attacchi di panico, insonnia, patologia terminale;
- esame obiettivo per cogliere i segni tipici dell'alcolismo cronico nonché di un'eventuale sindrome da astinenza e l'effettuazione, tra gli esami clinici, della alcolemia;
- rilevazione di altri segni, tra cui: difficoltà di ragionamento, commenti o battute sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza, assenza di significato, inutilità,
- impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, ipergeneralizzazione, lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro, eccessiva attenzione alla donazione degli organi, eccessivo interesse o disinteresse per la religione o



recente cambio di atteggiamento nei confronti della stessa, possesso "maniacoale" di farmaci, pensiero fisso sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari.

Per facilitare l'approfondimento delle intenzioni suicidarie del soggetto e per valutarne l'entità e l'intenzionalità, si suggerisce all'operatore di porre al paziente una serie di domande, di seguito riportate, partendo da quelle più generali per poi raggiungere progressivamente il centro del problema:

- *Come si sente?*
- *Si sente giù di umore?*
- *Si è mai sentito così in precedenza?*
- *E' successo qualcosa recentemente che la ha molto turbata?*
- *Si è sentito oppresso in modo insopportabile da un grande peso?*
- *Si sente in colpa per qualcosa? Anche per errori commessi in passato? Ci pensa spesso?*
- *C'è qualcosa che la preoccupa o la turba molto in questo periodo?*
- *La sua mente si sofferma in modo ripetitivo su preoccupazioni senza riuscire a trovare una via d'uscita?*
- *Le è capitato di pensare che la vita non ha senso o che non valga la pena di essere vissuta?*
- *Le capita di pensare che sarebbe meglio morire piuttosto che sopportare tutto questo?*
- *Ha mai desiderato di essere morto?*
- *Ha mai pensato seriamente al suicidio?*
- *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 fatto qualcosa di concreto per realizzarlo? Che cosa l'ha trattenuta a farlo? (chiedersi quale era il rischio effettivo di morte).*
- *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 pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (se ha famiglia)*

Inoltre, sempre per sondare la profondità dell'ideazione suicidaria, è opportuno utilizzare, in aggiunta al colloquio clinico, gli items di una Scala di Valutazione (Allegato A – Scale for Suicide Ideation, SSI) da compilarsi a cura del medico che raccoglie i dati anamnestici.

Una migliore valutazione del rischio e la conoscenza del problema consentono di mantenere un adeguato livello di vigilanza se il paziente è turbato o, paradossalmente, se i sintomi sembrano alleggerirsi.

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

- presentano una chiara patologia psichiatrica;
- manifestano una sindrome organica confusionale;
- giungono in ospedale e manifestano tale ideazione;
- hanno una reazione suicidaria all'interno dell'ospedale;

 Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'IRCCS ONCOLOGICO	Data di emissione ottobre 2015
		Rev 00

- presentano già prima del ricovero forme depressive gravi;
- hanno subito o temono di subire una grave perdita (a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, del passaggio da terapia curativa a palliativa, di amputazione d'arto e di altre prognosi infauste).

4.3. Percorso clinico assistenziale: misure preventive di sicurezza

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 una serie di ulteriori azioni quali:

- informare tutto il personale sul rischio suicidario;
- porre attenzione ai trasferimenti di pazienti a maggiore rischio di suicidio;
- 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;
- è opportuno predisporre una stanza in prossimità della postazione del personale sanitario per avere (soprattutto nelle ore notturne) maggiori possibilità di vigilanza e controllo;
- è opportuno richiedere la presenza di un familiare all'interno della stanza di degenza che contribuisca ad assistere e supportare il paziente;
- particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto;
- se si ritiene opportuno, dopo aver somministrato il questionario in allegato, richiedere la consulenza di specialisti psicologi e psichiatri che eventualmente prescriveranno terapia ad hoc e/o decideranno la presa in carico e/o il trasferimento presso l' S.P.D.C.;
- 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. Quest'atteggiamento rassicurerà il paziente, che identificherà negli operatori persone in grado di aiutarlo;
- porre attenzione al rischio di nutrizione alterata del paziente, superiore/inferiore al bisogno e favorire quindi un adeguato apporto di alimenti e liquidi, in relazione alle abitudini del paziente;
- aiutare il paziente a raggiungere e mantenere il livello di autonomia nella cura adeguata di sé e del proprio aspetto;
- aiutare il paziente a raggiungere e mantenere un adeguato ritmo sonno/veglia;
- coinvolgere altri specialisti e il Medico di Medicina Generale, sia per completare l'anamnesi, che per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione;
- coinvolgere familiari sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio, se concesso;
- garantire una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e i pazienti.

 <p>Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'IRCCS ONCOLOGICO</p>	Data di emissione ottobre 2015
		Rev 00

In riferimento a queste indicazioni e nel rispetto della dignità della persona, SE SI VALUTA CHE UN PAZIENTE SIA A RISCHIO DI SUICIDIO:

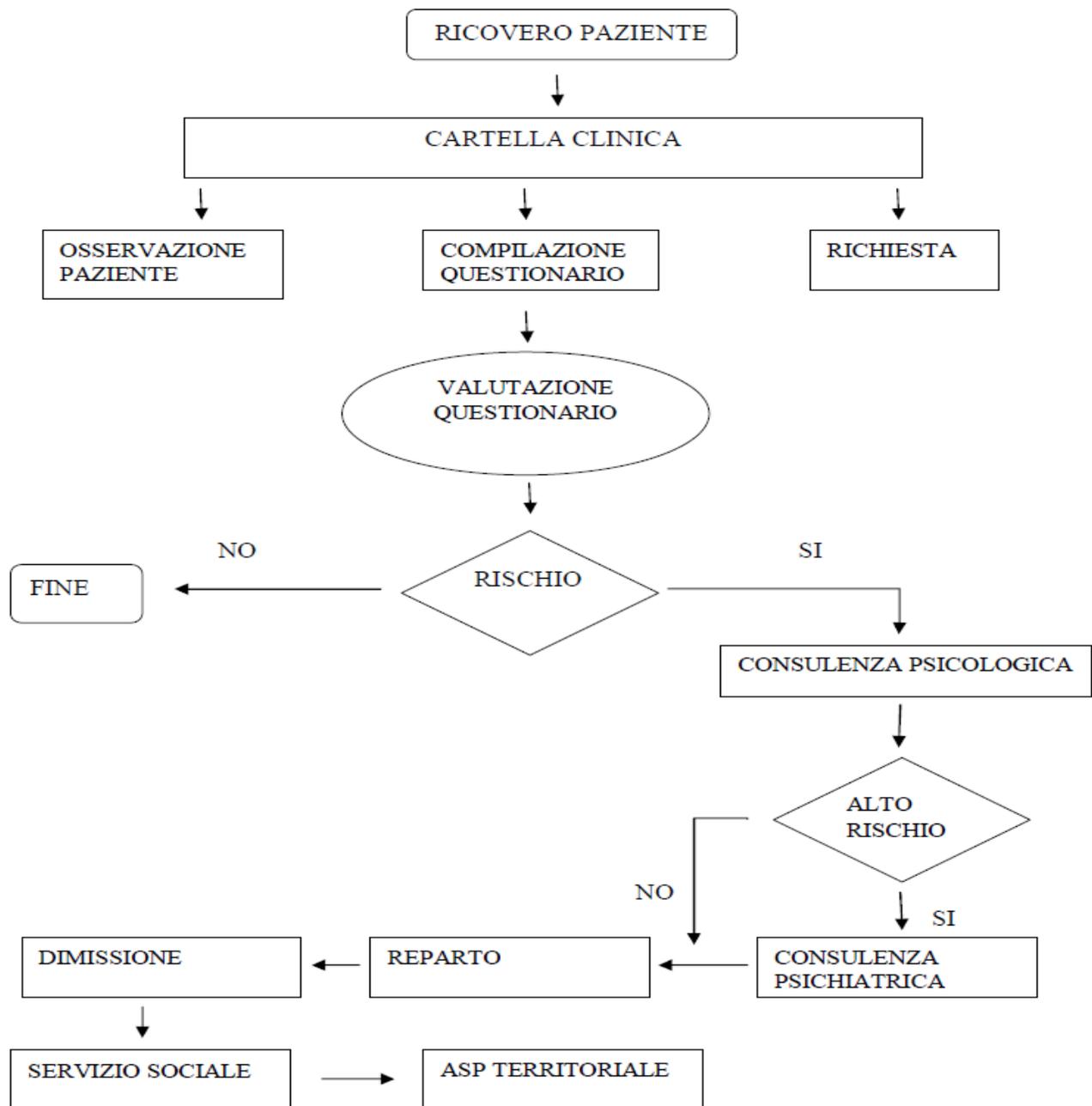
- controllare gli oggetti personali, ritirare eventuali farmaci, oggetti da toeletta taglienti o in vetro e oggetti potenzialmente pericolosi;
- chiedere la collaborazione dei familiari ed amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere nocivi o impropriamente utilizzati;
- fare attenzione alla scelta della stanza di ricovero ed alla posizione del letto nella stanza affinché il paziente possa essere facilmente sorvegliato;
- 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, farmaci) per togliersi la vita.

All'atto della dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti a rischio suicidario, è opportuno:

- preparare la dimissione con largo anticipo in accordo con le persone che si occuperanno del paziente a domicilio e con i servizi socio-sanitari territoriali, in particolare con il Medico di Medicina Generale;
- informare il paziente e i familiari sulle attività ambulatoriali e sui servizi di salute mentale;
- assicurare la disponibilità immediata di un referente ospedaliero da contattare in caso di bisogno;
- fissare un momento di presa in carico (con appuntamento post dimissione già programmato) presso le strutture territoriali come da protocollo con ASP.



5. FLOW CHART PERCORSO PAZIENTE



 Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'IRCCS ONCOLOGICO	Data di emissione ottobre 2015
		Rev 00

6. CARATTERISTICHE STRUTTURALI

Nell'ottica della prevenzione del verificarsi dell'evento avverso del suicidio, l'IRCCS ha provveduto a attuare alcune strategie di prevenzione strutturale, quali:

- adozione di strutture ed attrezzature (ad esempio, docce e cabine docce in materiale plastico) che non suggeriscano usi impropri;
- infissi dotati di cristalli di sicurezza, assicurandone una manutenzione adeguata (con particolare riguardo ai punti luce/finestre dei piani alti);
- possibilità per i coordinatori infermieristici di reparto di disporre la chiusura dei reparti dall'interno;

Per incrementare il livello di prevenzione, è opportuno che l'Azienda, nel rispetto della dignità della persona, disponga, rispettando le priorità e i limiti di spesa, di attuare ulteriori interventi di tipo strutturale, ovvero:

- dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, allarmi saranno installati in caso di evidenza di un rischio sensibile;
- ringhiere: le ringhiere delle scale centrali sono quelle originali, come realizzate nel 1939, e quindi precedenti alla attuale normative di sicurezza; le medesime sono state adeguate nel corso dei lavori di ristrutturazione, ma, laddove sia segnalata la esigenza a seguito di una valutazione di rischio a seguito di applicazione della presente procedura, verrà progettata e attuata una modifica strutturale per l'incremento della altezza delle medesime;
- nell'ambito della gestione dei reparti, si attueranno misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci). Il personale segnalerà tempestivamente all'Ufficio Tecnico la presenza di eventuali altri mezzi idonei per attuare i propositi suicidi, per la immediata rimozione.

7. PROCESSI ORGANIZZATIVI

Ulteriori azioni da porre in essere al fine di aumentare la sicurezza del paziente, sono le seguenti:

- informare il personale sul rischio suicidario;
- predisporre procedure specifiche sulla base di linee guida e percorsi assistenziali;
- porre attenzione, durante i trasferimenti all'interno della struttura nosocomiale, ai pazienti che presentano un maggiore rischio di suicidio;
- evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità per la vigilanza. Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto.

Inoltre, è necessario che la struttura sanitaria disponga di una procedura per la corretta gestione dell'accaduto che preveda la comunicazione dell'evento ai familiari ed a tutte le persone coinvolte ed il necessario supporto.



8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	Direttore Struttura Complessa	Dirigente Medico Di Reparto	Dirigente Medico Specialista	Coordinatore Infermieristico	Infermiere
Valutazione del paziente (allegato A)		R			
Presenza in carico del paziente	I	R			
Eventuale visita specialistica	I	I	R		
Sistemazione del paziente nel reparto	I	I		R	C
Modalità di vigilanza e gestione del paziente	I	I		R	C

N.B.: R = RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO



9. FORMAZIONE

Sono organizzati, all'interno dei singoli reparti, attività di orientamento, formazione e divulgazione della presente procedura al fine di aumentare la capacità degli operatori di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio ed adottare idonee misure di prevenzione.

10. SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA E ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI MONITORAGGIO

L'evento sentinella "Suicidio di paziente in ospedale" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. *The assessment and management of people at risk suicide*. New Zealand Guidelines Group, 2003.
2. *Guideliness for Identification Assessment and Treatment Planning for Suicidality*, Risk management Foundation Harvard Medical Institution, 1996.
3. J Bouch, JJ Marshall, *Suicide risk: structured professional judgment*, *Advances in Psychiatric Treatment*, 2005;11:84-91.
4. O.Bennewith, D.Gunnel, T.Peters, et al., "*Variations in the hospital management of self harm in adults in England: observational study*", *BMJ*, 2004, N°328, pagg.1108-1109.
5. *Physicians and Nurses Are key in Assessing Suicide Risk*. Joint Commission: The Source, Volume 2, Number 1, January 2004, pp. 5-7(3).
6. JCAHO. 1998. *Sentinel Event Alert*. Accessed: 03/07/03
7. F.G.Pajonk, K.A.Gruenberg, H.Moecke, et al., "*Suicides and suicide attempts in emergency medicine*", *Crisis*, 2002, N°23, pagg.68-73.
8. Shea S. *The Practical Art of Suicide Assessment*, John Wiley & Sons, 1999; Evidence-based Protocol. Elderly suicide: secondary prevention, National Guideline Clearinghouse, USA;
9. *Suicide Risk Assessment and Management Protocols- General Hospital Ward*, NSW Department of Health, North Sidney, Australia



ALLEGATO A – SCALE FOR SUICIDE IDEATION (Beck et al, 1979)

SCALE FOR SUICIDE IDEATION							
Cognome e Nome _____				Data di nascita ____/____/____			
Valutatore _____				Data valutazione ____/____/____			
n.	Punteggio 0		Punteggio 1		Punteggio 2		Tot.
1	DESIDERIO DI VIVERE						
	Da moderato a forte	0	Debole	1	Assente	2	
2	DESIDERIO DI MORIRE						
	Assente	0	Debole	1	Da moderato a forte	2	
3	RAGIONI PER VIVERE / MORIRE						
	Le ragioni per vivere superano quelle per morire	0	All'incirca uguali	1	Le ragioni per morire superano quelle per vivere	2	
4	DESIDERIO DI METTERE IN ATTO UN TENTATIVO DI SUICIDIO						
	Nessuno	0	Debole	1	Da moderato a forte	2	
5	DESIDERIO PASSIVO DI SUICIDIO						
	Prenderebbe delle precauzioni per salvare la vita	0	Lascerebbe al destino la vita/morte	1	Eviterebbe di fare i passi necessari per salvarsi o mantenersi in vita	2	
6	DIMENSIONE TEMPORALE: DURATA DELL'IDEAZIONE/DESIDERIO DI SUICIDIO						
	Periodi brevi, passeggeri.	0	Periodi più lunghi	1	Continua (cronica) o pressoché continua	2	
7	DIMENSIONE TEMPORALE: FREQUENZA DEL SUICIDIO						
	Rara, occasionale	0	Intermittente	1	Continua (cronica) o pressoché continua	2	
8	ATTEGGIAMENTO VERSO L'IDEAZIONE, IL DESIDERIO						
	Rifiutante	0	Ambivalente; indifferente	1	Accettante	2	
9	CONTROLLO SUL GESTO SUICIDARIO, SUL DESIDERIO DI REAZIONE IMPULSIVA						



SCALE FOR SUICIDE IDEATION

Cognome e Nome _____ Data di nascita ____/____/____

Valutatore _____ Data valutazione ____/____/____

n.	Punteggio 0	Punteggio 1	Punteggio 2	Tot.
	Ha la sensazione di avere il controllo 0	Non è sicuro di avere il controllo 1	Non sente di avere il controllo 2	
DETERRENTI NEI CONFRONTI DEL TENTATIVO DI SUICIDIO (p. es. famiglia, religione, senso dell'irreversibilità)				
10	Non tenterebbe il suicidio a causa dei deterrenti 0	Qualche preoccupazione circa i deterrenti 1	Preoccupazione minima o assente circa i deterrenti 2	
MOTIVI PER PRENDERE IN CONSIDERAZIONE IL TENTATIVO				
11	Per manipolare l'ambiente, attirare l'attenzione, vendicarsi 0	Una combinazione di 0 e 2 1	Fuggire, chiudere, risolvere dei problemi 2	
METODO: ADEGUATEZZA/PIANIFICAZIONE DEL TENTATIVO PROGETTATO				
12	Non considerata 0	Considerata, ma dettagli non calcolati 1	Dettagli calcolati/ben previsti 2	
METODO: DISPONIBILITÀ/OPPORTUNITÀ DEL TENTATIVO PROGETTATO				
13	Metodo non disponibile/mancanza di opportunità 0	Il metodo richiede tempo/sforzo; l'opportunità non è facilmente disponibile 1	2a. Disponibili sia il metodo che l'opportunità 2b. Prevedibilmente prossima l'opportunità o la disponibilità del metodo 2	
SENSAZIONE DI "CAPACITÀ" DI REALIZZARE IL TENTATIVO				
14	Mancanza di coraggio, troppo debole, timoroso, incapace 0	Inscuro del proprio coraggio, della propria capacità 1	Sicuro della capacità, del coraggio 2	
ATTESA/PREVISIONE DEL REALE TENTATIVO				
15	Nessuna 0	Incerta, insicura 1	SI 2	
EFFETTIVA PREPARAZIONE DEL TENTATIVO PROGETTATO				
16	Nessuna 0	Parziale (p. es, 1	Completa (p es, ha le 2	



SCALE FOR SUICIDE IDEATION

Cognome e Nome _____ Data di nascita ____/____/____

Valutatore _____ Data valutazione ____/____/____

n.	Punteggio 0		Punteggio 1		Punteggio 2		Tot.
			incominciare ad accumulare pillole)		pillole, ha la pistola carica)		
SCRITTI SUICIDARI							
17	Nessuno	0	Ha incominciato a scrivere senza portare a termine; ci ha solo pensato	1	Li ha preparati	2	
ATTI FINALI IN PREPARAZIONE DELLA MORTE (p. es, assicurazioni, testamento)							
18	Nessuno	0	Ci ha pensato o ha sistemato qualcosa	1	Ha fatto/pianificato con precisione o ha sistemato ogni cosa	2	
DISSIMULAZIONE/OCCULTAMENTO DEL TENTATIVO PROGETTATO							
19	Ha comunicato apertamente le sue idee	0	È reticente nel comunicare	1	Tenta di dissimulare, occultare, mentire	2	
TOTALE							

CHE COS' È LA SCALE FOR SUICIDE IDEATION

È un'intervista semi-strutturata da parte dell'operatore ed è composta da 19 item che si articola in 3 fattori (desiderio attivo di suicidio, la preparazione e il desiderio passivo di suicidio) e prende in considerazione la intenzionalità e la pervasività dell'ideazione (item 1-7), i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio, la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie (item 8-10), i motivi (item 11); i dettagli e il grado di preparazione del progetto suicidario (12-19).

Gli item sono valutati su di una scala a 3 punti (da 0 a 2), in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso in ciascun item. Il punteggio totale può oscillare, perciò, tra 0 e 38.

I soggetti che riportavano punteggi ≤ 5 sono stati considerati non a rischio di suicidio, mentre quelli con punteggi > 5 a rischio di suicidio.



ALLEGATO B) – SCHEDA DI TRAINING DEL PERSONALE

NOME e COGNOME OPERATORE			
UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO/altro			
QUALIFICA			
ESITO DELLA FORMAZIONE			
L'operatore è stato opportunamente informato su xxxxxxxxxxxxxxxx		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
L'operatore ha eseguito le seguenti simulazioni xxxxxxxxxxxx:			
xxxxxxxxxx		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
xxxxxxxxxx		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
xxxxxxxxxx		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
xxxxxxxxxx		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
xxxxxxxxxx		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
xxxxxxxxxx		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In caso di risultato negativo, indicare le azioni intraprese:			
ATTESTAZIONE DI AVVENUTA FORMAZIONE:			
Il Dirigente xxxxxxxxxxxxxx, attesta l'avvenuta formazione del dipendente			
dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____			
Firma del Formatore (Dott. xxxxxxxxxxxx) _____			
Firma del Dipendente che ha ricevuto la formazione _____			



ALLEGATO C) – LISTA DI DISTRIBUZIONE

Titolo Documento	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'IRCCS ONCOLOGICO
-------------------------	--

NR.	DATA	OPERATORE	PRESA VISIONE
01		Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione e T.I.P.O.	Giuseppe Carravetta
02		Direttore S.C. Radiodiagnostica per Immagini e Interventistica	Cosimo Damiano Gadaleta
03		Direttore S.C. Otorinolaringoiatra	Luciano Grammatica
04		Direttore S.C. Ematologia	Attilio Guarini
05		Direttore S.C. Oncologia Medica	Vito Lorusso
06		Direttore S.C. Chirurgia Apparato Digerente	Michele Simone
07		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Direzione Medica di Presidio	Aldo Nigro
08		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico	Sergio Diotaiuti
09		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Ginecologia	Gaetano Falco



10		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Radioterapia	Marco Lioce
11		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Cardiologia	Stefano Oliva
12		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Chirurgia Plastica	Cosimo Maurizio Ressa
13		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Endoscopia Digestiva	Francesco Scotto
14		Responsabile Servizio Infermieristico	Vincenza Nigro
15		Coordinatore Infermieristico	Francesca Bari
16		Coordinatore Infermieristico	Grazia Bradascio
17		Coordinatore Infermieristico	Michele Rinaldi