

Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II



Raccomandazione n.4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”

Procedura Operativa

Gruppo di lavoro per la stesura del documento	Dr.ssa Emma Montella Referente Aziendale Rischio Clinico	
	Prof. Andrea De Bartolomeis Direttore UOC Psichiatria e Psicologia	
	Dr.ssa Diana Galletta Dirigente Medico Psichiatra	
	Dr.ssa Mariana Benenato Assistente in Formazione Specialistica	
	Dr.ssa Loreta Di Nuzzo Assistente in Formazione Specialistica	
Approvazione	Dr.ssa Anna Borrelli Direttore Sanitario Aziendale	
Adozione	Dr. Giuseppe Longo Direttore Generale	



Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”

Rev.01
Agosto 2022

Indice:

1. Obiettivo
2. Revisioni versioni precedenti
3. Campo di applicazione
4. Modalità operative per la prevenzione del suicidio
5. Segnalazione e monitoraggio
6. Matrice di responsabilità
7. Revisione della procedura

Allegati:

- **Allegato 1 Scheda raccolta anamnestica per paziente**
- **Allegato 2 Scheda raccolta anamnestica familiare/caregiver**
- **Allegato 3 Vademecum delle misure preventive da adottare per il pz. a rischio suicidio**

 Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

1. Obiettivo

L'obiettivo della presente procedura è

- Prevenire il verificarsi di suicidi tra i pazienti ricoverati nell'AOU Federico II
- Aumentare la consapevolezza tra gli operatori del pericolo del verificarsi di un evento suicidario;
- Standardizzare azioni organizzative e modalità operative per la prevenzione del rischio suicidio;
- Sensibilizzare gli operatori al riconoscimento dei fattori di rischio nei pazienti;
- Formare/informare gli operatori e i familiari alla corretta gestione del paziente a rischio.

2. Revisione versioni precedenti

La presente è la prima revisione (Rev01) della versione del 26/11/2015 (Rev00)

3. Campo di applicazione

La presente procedura è applicabile a tutte le Unità Operative che accolgono pazienti con fini di diagnosi e cura negli edifici dell'A.O.U. Federico II, al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti e prevenire condotte di tipo suicidario.

4. Modalità Operative per la prevenzione del suicidio

Sebbene il gesto suicidario sia un gesto **imprevedibile**, risulta necessario che l'operatore conosca e metta in atto tutte le procedure possibili in caso di identificazione dei fattori di rischio per evitare il verificarsi dell'evento e poter dimostrare di averlo fatto.

In base alle evidenze presenti in letteratura le attività necessarie per la prevenzione del suicidio risultano essere:

- **la valutazione dei fattori di rischio;**
- **la gestione del paziente a rischio.**

4.1 Valutazione dei fattori di rischio

Al fine di identificare i pazienti che presentano un rischio di suicidio è opportuno che il personale medico e infermieristico, secondo le specifiche competenze professionali, focalizzi l'attenzione su particolari fattori anamnestici e clinici, tramite: anamnesi, colloquio clinico, consulenza specialistica.

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

4.1.1 Anamnesi

L' anamnesi completa è uno strumento essenziale per l'identificazione dei fattori di rischio che devono essere monitorati, e va effettuata in un clima rispettoso ed accogliente in modo da favorire la comunicazione tra operatore e paziente.

L' indagine anamnestica prevede:

- la **ricostruzione storica** della vita del paziente: pregressi atti autolesivi, familiarità per il suicidio, avversità significative remote (abusi sessuali, lutti) e recenti (diagnosi di patologie gravi, repentini cambiamenti di vita);
- l'**analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali** (sesso, età, isolamento sociale);
- l'**accertamento delle condizioni cliniche**: in presenza di alcune condizioni il rischio di comportamenti suicidari è più alto come ad esempio nel caso di patologia psichiatrica grave (depressione, schizofrenia, disturbo bipolare, altri disturbi psicotici, personalità borderline o antisociale), sindromi cerebrali organiche, abuso/dipendenza (da alcool, stupefacenti, psicofarmaci, gioco d'azzardo), altri sintomi/disturbi cognitivo-comportamentali (difficoltà di ragionamento, bassa autostima, disperazione, rabbia, ansia), diagnosi multiple, patologia organica terminale.

Promemoria per l'operatore

Si raccomanda particolare attenzione ai pazienti che:

- Presentano una sindrome organica confusionale;
- Giungono in ospedale per tentato suicidio o manifestano ideazione suicidaria;
- Presentano una sintomatologia psichiatrica con sintomi depressivi, abuso di sostanze, comportamenti impulsivi, e tratti di personalità borderline;
- Hanno vissuto recentemente eventi di vita drammatici, cambiamenti di vita, o lutti significativi;
- Hanno subito o temono di subire una grave perdita nella propria sfera personale o nella propria autonomia, ad esempio: diagnosi di patologia oncologica o patologia grave con probabile perdita di autonomia, amputazione d'arto o aborto, etc.

Tuttavia, non sempre durante questa fase l'operatore sanitario riesce ad acquisire tutte le informazioni utili per inquadrare il paziente in un profilo di rischio suicidario corretto, pertanto, a supporto del colloquio clinico, è stata elaborata una scheda da sottoporre al paziente ed inserire in cartella (Allegato 1 "Scheda raccolta anamnestica paziente"). Tale scheda può essere un utile strumento per riconoscere condizioni

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

prodromiche di rischio suicidario.

4.1.2 Coinvolgimento del familiare/caregiver nella raccolta anamnestica

L'anamnesi è un processo conoscitivo che richiede da parte del medico la comprensione delle condizioni cliniche e psicologiche oltre che del vissuto personale del paziente, e presuppone la piena disponibilità alla collaborazione da parte di quest'ultimo, al fine di raccogliere informazioni corrette, senza tralasciare aspetti potenzialmente importanti, può aiutare enormemente ad inquadrare nel giusto profilo di rischio, oltre che clinicamente, il paziente.

Tuttavia, la fase del colloquio clinico può essere vissuta dal paziente con reticenza a causa della rievocazione di episodi morbosi pregressi o traumatici, e la collaborazione del paziente nella raccolta anamnestica può venire a mancare a causa del prevalere di sentimenti come paura, vergogna o timore dell'essere giudicati.

Il caregiver/familiare, occupando un ruolo di assistenza, supporto, vicinanza e partecipazione all'esperienza di malattia, diventa una figura di riferimento per la raccolta dei dati personali e per il completamento del profilo clinico e psicologico dell'assistito, pertanto, può essere di sostanziale aiuto per una ricostruzione più precisa delle condizioni cliniche e psicologiche del paziente, che invece potrebbe aver omesso informazioni fondamentali durante il colloquio clinico.

Nel breve tempo del ricovero non è sempre possibile intercettare correttamente tutte le notizie utili per il paziente, in particolar modo su argomenti così complessi come la salute mentale; pertanto, avvicinarsi al caregiver/familiare ha il senso di creare un patto di alleanza tra il personale sanitario e i caregiver/familiari del paziente, basato sulla fiducia reciproca e sulla condivisione dell'unanime obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente. Coinvolgere il caregiver/familiare in questo percorso ha, quindi, il senso di renderlo partecipe del processo di cura, ma anche di responsabilizzarlo rispetto alla necessità di condividere con i curanti le notizie indispensabili per garantire al meglio la sicurezza del paziente.

A tal fine, il caregiver/familiare deve essere riconosciuto come un attore importante, oltre che nell'assistenza al paziente, anche nella raccolta anamnestica, tramite l'utilizzo di una scheda elaborata ad hoc (Allegato 2 *"Schede raccolta anamnestica per familiare/caregiver"*) da sottoporgli al momento del colloquio e da inserire in cartella.

Tale scheda ha, pertanto, l'obiettivo di responsabilizzare e coinvolgere la figura del caregiver/familiare nel processo di cura e nella raccolta anamnestica per aiutare l'operatore sanitario ad individuare i pazienti che possono essere esposti al rischio suicidio e quindi migliorare la sicurezza del paziente stesso, anche tramite il confronto delle informazioni ricavate sia dalla scheda per il caregiver/familiare che dalla scheda compilata dal paziente stesso.

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

4.1.3 Valutazione schede

La scheda per il paziente e la scheda per il familiare/caregiver, dopo la compilazione, vengono valutate ed analizzate dal medico che effettua il colloquio col paziente.

Si procede a richiedere la consulenza psicologica-psichiatrica se:

- *il paziente e/o il familiare/caregiver hanno risposto affermativamente ad almeno due domande comprese tra la N. 1 e la N. 9*
- *il paziente e il familiare/caregiver si sono rifiutati di compilare la scheda*
- *non è indicato nessun familiare/caregiver*
- *le informazioni fornite dalle schede del paziente e del familiare/caregiver non corrispondono*
- *il comportamento del paziente o le informazioni ricavate dal colloquio clinico destano preoccupazioni*
- *su altra valutazione del medico*
- *in caso di anamnesi positiva per rischio suicidario.*

4.1.4 Consulenza specialistica

La consulenza specialistica di natura psicologico/psichiatrica ha l'obiettivo di fornire un inquadramento delle condizioni psicopatologiche del paziente con eventuali indicazioni sulle modalità di gestione della degenza che possono risolversi, in funzione della gravità rilevata, delle indicazioni di seguito riportate:

- impostazione di una terapia farmacologica personalizzata e/o psicologica in regime di ricovero;
- fornire al coordinatore infermieristico e medico di guardia indicazioni sulla necessità di predisporre una sorveglianza in H24 al paziente
- coinvolgimento dei familiari in merito al rischio;
- trasferimento in ambiente specialistico protetto (SPDC: Servizio psichiatrico di diagnosi e cura);
- coinvolgimento servizi territoriali/specialisti privati che seguono il paziente.

Ai fini del rispetto della privacy del paziente, l'U.O. dovrà garantire la presenza di uno spazio riservato e tranquillo durante il colloquio per favorire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia medico-paziente. L'esito della consulenza e le misure messe in atto dovranno essere riportate in Cartella Clinica del paziente.



Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”

Rev.01
Agosto 2022

Promemoria per gli operatori in condizioni di urgenza

Se la valutazione del paziente a rischio viene effettuata in condizioni di urgenza o nell'ambito di percorsi ambulatoriali si raccomanda di:

- **Richiedere consulenza psichiatrica** per inquadramento clinico e decisioni terapeutico assistenziali (in particolare riguardo a: ospedalizzazione, revisione/impostazione di terapia farmacologica, coinvolgimento dei familiari, del Medico Medicina Generale e dei servizi territoriali/specialisti privati che seguono il paziente, segnalazione/invio a servizi territoriali per presa in cura).

Nel caso non si valuti opportuno ricoverare il paziente, è consigliabile che questi si accompagni ad **un familiare o** a un'altra persona significativa, adeguatamente informata e preparata, allo scopo di assicurare un sostegno emotivo e relazionale. Informare il MMG per assicurare e/o inviare con indicazioni precise il paziente a un servizio (CSM, SerT) o ad altri specialisti per proseguire la valutazione ed eventuali cure extraospedaliere.

- **Informare correttamente i familiari;**
- **Prevedere vigilanza personalizzata** nel caso di paziente a rischio (familiari, personale infermieristico preposto).

4.2 Gestione del paziente a rischio

Durante la degenza, la valutazione del rischio di suicidio deve essere considerata parte integrante e non come un evento avverso inatteso. Tale valutazione del rischio suicidio permette l'identificazione, l'attuazione e l'aggiornamento costante di strategie di trattamento per la sicurezza dei pazienti.

4.2.1 Modalità Organizzativo Assistenziali

La gestione del paziente a rischio prevede:

- *Comunicazione all'equipe* della presenza in reparto del paziente a rischio da parte del coordinatore infermieristico e del medico di reparto;
- *Diffusione del Vademecum delle Misure Preventive da adottare per il pz a Rischio Suicidio* (Allegato 3) che rappresenta un utile promemoria dei provvedimenti e delle buone pratiche da adottare per la riduzione del rischio suicidio in ospedale;
- *Coinvolgimento dei familiari* del paziente a rischio per favorirne la sorveglianza e la gestione durante la degenza;
- *Consulenze psichiatriche/psicologiche periodiche e monitoraggio* dell'applicazione delle terapie farmacologiche e/o psicologiche "personalizzate" e dell'evoluzione del rischio;
- *Vigilanza del paziente* da parte di familiari attraverso apposite modalità: evitare di lasciare solo il paziente soprattutto nelle ore serali/notturne, nei giorni festivi, durante

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

le fasi della giornata in cui il personale è impegnato in attività di routine o di emergenza. Qualora non sia disponibile un familiare/caregiver, l’U.O. dovrà garantire la sorveglianza del paziente anche attraverso l’attivazione di procedure per il reclutamento di personale aggiuntivo (straordinario e/o reperibilità), in quanto tale onere non dovrà gravare sulla dotazione organica in servizio. Diversamente, il paziente dovrà essere trasferito in ambiente specialistico protetto (SPDC);

- *Accoglienza del paziente* in una stanza di degenza in cui sia più facile il controllo da parte del personale di assistenza, preferendo stanze dove ci siano anche altri degenti;
- *Presa in carico o consegna al caregiver/familiare degli oggetti pericolosi* come farmaci, oggetti taglienti, oggetti personali o di abbigliamento che possano avere un uso potenzialmente letale, con stesura del relativo verbale. A questo preciso scopo si indicherà in cartella infermieristica che tale procedura viene implementata per scopi di sicurezza, che l’utente ne viene messo a conoscenza della stessa, e che specifica informazione viene fornita ai familiari e caregivers.

4.2.2 Dimissione

La letteratura scientifica e l’esperienza clinica hanno dimostrato che il momento della dimissione è particolarmente delicato per il paziente e che, in questa fase, il rischio di suicidio aumenta drasticamente nelle prime quattro settimane successive all’uscita dall’Ospedale.

Pertanto, risulta necessario:

- concordare per tempo, con paziente e familiari, la data della possibile dimissione per verificare con lui le sue condizioni psicofisiche e le risorse a disposizione (*“dimissione protetta”*);
- rinforzare le capacità di supporto familiare tramite un intervento informativo, in presenza e con il consenso del paziente, riguardante le condizioni cliniche, i trattamenti in corso, i possibili segnali d’allarme, i servizi e le figure sanitarie a cui riferirsi in caso di necessità;
- organizzare una continuità assistenziale al momento della dimissione, coinvolgendo e contattando il Medico di Base del paziente ed eventualmente i servizi territoriali e altri specialisti.

4.2.3 Comunicazioni ad alto impatto emotivo

La preparazione al colloquio da parte del medico ha un’importanza che non può essere sottovalutata. Tra i fattori che il medico deve cercare di controllare

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

nell'organizzazione dell'incontro vi sono:

- **il tempo:** l'operatore sanitario deve dedicare al colloquio con il paziente un tempo completamente libero da altri impegni o telefonate, ciò permette di stabilire fin da subito un rapporto positivo, collaborativo e di fiducia col paziente, in quanto, così come stabilito dalla Legge n. 219 del 22/12/2017 "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura";
- **il luogo:** bisogna utilizzare per il colloquio un ambiente riservato e tranquillo. È assolutamente sconsigliato comunicare informazioni ad alto impatto emotivo tramite telefono, in corridoio o in luoghi in cui vi è passaggio di colleghi, infermieri o utenti;
- **la conoscenza in dettaglio della storia clinica del paziente:** dimostrare al paziente di non conoscere tutti gli aspetti clinici che interessano il paziente è pregiudizievole all'istaurarsi del rapporto di fiducia con il paziente e dell'alleanza terapeutica.

Prima di iniziare il colloquio è consigliabile comprendere se il paziente desidera che sia presente un familiare/caregiver. Pertanto è necessario chiedere in anticipo al paziente se desidera che qualcun altro assista al colloquio poichè potrebbe generare ansie e paure, pertanto la domanda dovrebbe essere posta sempre *prima* degli accertamenti diagnostici.

4.2.4 Caratteristiche Strutturali

Le caratteristiche ambientali e strutturali degli spazi deputati all'accoglienza dei soggetti a rischio rivestono un ruolo molto significativo nella prevenzione dei comportamenti suicidari. Pertanto, è opportuno che tali ambienti presentino le seguenti caratteristiche:

- presenza di dispositivi di sicurezza (serrature, allarmi, ringhiere);
- infissi di sicurezza, assicurandone una manutenzione adeguata;
- strutture ed attrezzature (docce, specchi) che non suggeriscano usi impropri;
- misure che impediscano l'accesso a mezzi pericolosi (oggetti taglienti, vetro, lacci, cinture, farmaci, etc.).

Ogni operatore deve essere adeguatamente informato riguardo le misure adottate e deve comunicare tempestivamente eventuali disfunzioni o problemi organizzativi.

5. Segnalazione e monitoraggio

In caso di tentato suicidio o suicidio in Ospedale il personale in servizio dovrà immediatamente allertare la Direzione Sanitaria di Presidio e segnalare l'accaduto entro 24 ore, come previsto nella Raccomandazione n.4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale” del Ministero della salute del Marzo 2008.

Oltre alla segnalazione, il Responsabile dell'Unità Operativa dovrà inoltrare una relazione al Referente Rischio Clinico, specificando eventuali provvedimenti adottati. Questa relazione sarà

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

trasmessa, come previsto, al Ministero della Salute attraverso l'Unità di Rischio Clinico che provvederà nei giorni successivi ad indire apposita riunione per discutere il caso.

6. Matrice di responsabilità

Attività	Medico U.O.di degenza	Psichiatra/ Psicologo	Coordinatore Infermieristico	Infermiere
Anamnesi e registrazione in cartella dei fattori di rischio suicidio	R		I	I
Somministrazione e archiviazione "Scheda raccolta anamnestica paziente"	R	I	R	R
Somministrazione e archiviazione "Scheda raccolta anamnestica familiare/caregiver"	R	I	R	R
Richiedere consulenza specialistica psichiatrica/psicologica	R		C	C
Effettuare consulenza psichiatrica/psicologica	I	R	I	I
Predisporre uno spazio riservato e tranquillo per il colloquio clinico	I	R	R	R
Stabilire il trasferimento presso U.O. Psichiatria se il rischio è alto	R	R	I	I
Informare l'equipe della presenza in reparto di paziente a rischio	R		R	C
Informare i familiari sul rischio di suicidio del paziente per favorire la sorveglianza e la gestione durante la degenza	R	C	R	R
Presa in carico degli oggetti potenzialmente lesivi nelle vicinanze del paziente	I		R	C
Predisporre incremento di vigilanza	R		R	C
Informare gli operatori per predisporre un controllo adeguato durante i trasferimenti			R	C
Definire modalità e periodicità dei controlli proporzionali alla gravità del rischio	R	R		

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

Trasferire in una stanza di degenza in cui sia più facile il controllo da parte del personale di assistenza	R		R	C
Alla dimissione, assicurare continuità assistenziale contattando direttamente il MMG e/o gli specialisti territoriali	R			

Legenda:

R= Responsabile I= Informato C= Coinvolto

7. Revisione della Procedura

Il gruppo di lavoro costituito per la stesura della presente procedura si occuperà di revisionare ed aggiornare periodicamente il documento in oggetto, in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.



Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”

Rev.01
Agosto 2022

Bibliografia

Ayal Schaffer, et al., *International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder*, Bipolar disorder, 2015.

Bliokas VV, HaMs AR, Allan JA, Lago L and Sng R, *Community-based aftercare following an emergency department presentation for attempted suicide or high risk for suicide: study protocol for a non-randomised controlled trial*. BMC Public Health, 2019.

Brett C. Haberstick et al., *Depression, Stressful Life Events, and the Impact of Variation in the Serotonin Transporter: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (Add Health)*, Plos One, 2016.

Cassels C. et al., *Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature*, Crisis, 2005.

Cross WF, West JC, Pisani AR, Hugh F. Crean HF, Nielsen JL, Kay AH and Caine ED, *A randomized controlled trial of suicide prevention training for primary care providers: a study protocol*, BMC Medical Education, 2019.

De Risio S., Sarchiapone M., *Il suicidio. Aspetti biologici psicologici e sociali*, Biblioteca Masson, Milano, 2002.

Douglas G., Jacobs, M.D., Chair et al., *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*, APA 2003.

Emily M. Lund et al., *Is suicide on option?: The impact of disability on suicide acceptability in the context of depression, suicidability and demographic factors*, Affective Disorders, 2016. Hilario Blasco-Fontecilla et al., *The addictive Model of Self-Harming*

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

(Non-suicidal and Suicidal) Behavior, Frontiers in Psychiatry, 2016.

In-Chul Baek, Soobin Jo, Eun Ji Kim, Ga Ryoung Lee, Dong Hun Lee and Hong Jin Jeon, *A Review of Suicide Risk Assessment Tools and Their Measured Psychometric Properties in Korea*, Front. Psychiatry, 2021.

Kessler RC, Bossarte RM, Luedtke A, Zaslaysky AM, Zubizarreta JR, *Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward*, Mol Psychiatry, 2020.

Martin Fegg et al., *Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study*, BMC Palliative Care, 2016.

Ministero della Salute, *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti comunicazione medico paziente e tra operatori sanitari*, Aprile 2016.

Ministero della Salute, *Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*, Raccomandazione n.4 Marzo 2008.

Ministero della Salute, *Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella*, Terzo Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2010), Luglio 2011.

Navin K, Kuppli PP, Vikas Menon V, Kattimani S, *Suicide Prevention Strategies for General Hospital and Psychiatric Inpatients: A Narrative Review*. Indian Journal of Psychological Medicine, 2019.

Oquendo MA, Bernanke JA, *Suicide risk assessment: tools and challenges*, World Psychiatry, 2017.

Regione Lazio, *Progetto di prevenzione del suicidio nel Lazio*, *Prevenzione del suicidio del paziente nelle strutture sanitarie aziendali*, Giugno 2015.

Regione Emilia-Romagna, *Progetto di prevenzione del suicidio in Emilia Romagna. Materiali per la formazione congiunta nei NCP*, *Linee operative del progetto di prevenzione nel territorio*, Dicembre 2012.

Seon-Cheol Park et al., *"Suicide CARE" (Standardized Suicide Prevention Program for Gatekeeper Intervention in Korea): An Update*, Psychiatry Investig, 2020.

Sidra J. Goldman-Mellor et al., *Suicide Attempt in Young People. A signal for Long-term Health Care and Social Needs*, JAMA Psychiatry, 2014.

Tim M. Gale et al., *Perception of Suicide Risk Mental Health Professionals*. Plos One, 2016. Velupillai S, et al., *Risk Assessment Tools and Data-Driven Approaches for Predicting and Preventing Suicidal Behavior*, Front. Psychiatry, 2019.

World Health Organization, *Public Health Action for the prevention of suicid*, 2012.

Zhang L, Yang Y, Li M, Zhou X, Zhang K, Yin X and Zhang HL et al., *The prevalence of suicide ideation and predictive factors among pregnant women in the third trimester*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2022.

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

Allegato1

Scheda raccolta anamnestica paziente

U.O.	n. Cartella	Data
------	-------------	------

Gentilissima/o, Le chiediamo di rispondere a delle semplici domande, per aiutarci a individuare le sue necessità e rispondere al meglio ai suoi bisogni assistenziali. Tutte le informazioni che riterrà opportuno darci saranno tutelate ai sensi della normativa vigente in termini di privacy.

RISPONDA ALLE DOMANDE PENSANDO A SE STESSO NEGLI ULTIMI PERIODI (SCORSO ANNO O MESI):

1	Ha affrontato recenti eventi psico-sociali stressanti gravi (lutti/separazioni/perdita del lavoro/solitudine)?	SI	NO
2	Soffre di disturbi del sonno, perdita di interessi, pensieri di morte, cambiamenti repentini di umore?	SI	NO
3	Ha mai avuto atteggiamenti improvvisamente aggressivi sia diretti verso se stesso che verso gli altri?	SI	NO
4	Si sente più pessimista del solito?	SI	NO
5	Ha mai sofferto precedentemente di disturbi psicologici (ansia, depressione, etc.)?	SI	NO
6	Nella sua famiglia ci sono state persone che hanno tentato il suicidio?	SI	NO
7	Ultimamente si è sentito particolarmente disperato, rinchiuso in se stesso, senza speranze?	SI	NO
8	Ha mai messo in atto comportamenti autolesivi anche mascherati (incidenti stradali ripetuti, tagli, etc.)?	SI	NO
9	Ha mai abusato di alcool e droghe o sofferto di dipendenza dal gioco d'azzardo?	SI	NO
10	Ci sono stati vissuti traumatici o conflittuali (separazione, allontanamento dai cari, etc.)?	SI	NO
11	Vive da solo?	SI	NO
12	Nota in se stesso un'inclinazione all' isolamento sociale (amici, famiglia, etc.)?	SI	NO
13	Ha precedentemente fatto una visita psichiatrica o psicologica?	SI	NO

	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

14	Ha difficoltà a prendere decisioni o a cambiare rapidamente quelle già prese?	SI	NO
15	Ha dei progetti per il futuro?	SI	NO
7	Ha ricevuto cattive notizie nell'ultimo periodo riguardanti la salute, il suo lavoro, la sua famiglia?	SI	NO

Scriva tutto ciò che ritiene opportuno segnalare per poterLa aiutare al meglio _____

La ringraziamo per la collaborazione.

Scheda raccolta anamnestica familiare/caregiver

U.O. _____	n. Cartella _____	Data _____
------------	-------------------	------------

Gentilissima/o, Le chiediamo di rispondere a delle semplici domande, che riguardano il suo Familiare da noi ricoverato, per aiutarci a individuare le sue necessità e rispondere ai suoi bisogni. Queste domande per noi sono indispensabili per meglio comprendere come adeguare le nostre risposte assistenziali alle esigenze dell'ammalato. Tutte le informazioni che riterrà opportuno darci saranno tutelate ai sensi della normativa vigente in termini di privacy. Solo pochi minuti saranno un aiuto importante per aiutarci a curare meglio il suo familiare.

NEGLI ULTIMI PERIODI (SCORSO ANNO O MESI) HA NOTATO:

1	Nel vissuto del suo familiare/caro sono presenti recenti eventi psico-sociali stressanti gravi (lutti/separazioni/perdita del lavoro/solitudine)?	SI	NO
2	Il suo familiare/caro presenta disturbi del sonno, perdita di interessi, pensieri di morte, cambiamenti repentini di umore?	SI	NO
3	Il suo familiare/caro ha mostrato atteggiamenti improvvisamente aggressivi sia diretti verso se stesso che verso gli altri?	SI	NO
4	Pensa che il suo familiare/caro sia ultimamente sia pessimista del solito?	SI	NO
5	Il suo familiare/caro ha mai sofferto precedentemente di disturbi psicologici (ansia, depressione, etc.)?	SI	NO
6	Nella famiglia del paziente ci sono state persone che hanno tentato il suicidio?	SI	NO
7	Il suo familiare/caro, ultimamente, le è sembrato particolarmente disperato, rinchiuso in se stesso, senza speranze?	SI	NO
8	Il suo familiare/caro ha mai messo in atto comportamenti auto lesivi anche mascherati (incidenti stradali ripetuti, tagli, etc.)?	SI	NO
9	Il suo familiare/caro ha mai abusato di alcool e droghe o sofferto di dipendenza dal gioco d'azzardo?	SI	NO

 Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

10	Ci sono stati vissuti traumatici o conflittuali che il suo familiare/caro può aver solo apparentemente superato (separazione, allontanamento dai cari, ecc)?	SI	NO
11	Il suo familiare/caro vive da solo?	SI	NO
12	Nel suo familiare/caro nota forme di isolamento dal suo ambiente sociale (amici, famiglia, etc.)?	SI	NO
13	Il suo familiare/caro ha precedentemente fatto una visita psichiatrica o psicologica?	SI	NO
14	Il suo familiare/caro ha difficoltà a prendere decisioni o a cambiare rapidamente quelle già prese?	SI	NO
15	Il suo familiare/caro manifesta progettualità per il futuro?	SI	NO
16	Il suo familiare/caro ha ricevuto cattive notizie nell'ultimo periodo riguardanti la salute, il lavoro o la famiglia?	SI	NO

 Azienda ospedaliera universitaria Federico II integrata con il Servizio Sanitario Regionale	Procedura Operativa “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”	Rev.01 Agosto 2022
---	---	-----------------------

Scriva tutto ciò che ritiene opportuno segnalare al fine di tutelare al meglio il nostro Paziente

La ringraziamo per la collaborazione.

Nome e cognome del Familiare/Caregiver: _____

Firma del Familiare

Il Familiare/Caregiver rifiuta di compilare la scheda?

Firma dell'Operatore

Matricola dell'operatore:

Vademecum delle misure preventive da adottare per il pz. a rischio suicidio

- ✓ Intervistare e coinvolgere familiari e caregiver nella raccolta anamnestica per l'individuazione dei fattori di rischio suicidario (somministrare schede per paziente e per familiare/caregiver)
- ✓ Utilizzare uno stile comunicativo empatico per la raccolta anamnestica e per le comunicazioni cliniche
- ✓ Organizzare i colloqui con il pz. a rischio suicidio predisponendo ambiente e tempistiche idonee
- ✓ Allertare l'equipe della presenza in reparto di un pz. a rischio suicidario
- ✓ Organizzare una stanza di degenza adeguata (posizione letto, bagno, etc)
- ✓ Coinvolgere familiari e/o caregiver nell'assistenza e nella sorveglianza al paziente durante la degenza, e/o predisporre la presenza in stanza di un altro paziente
- ✓ Prendere in consegna oggetti personali potenzialmente pericolosi
- ✓ Predisporre vigilanza costante del pz.:
 - ore serali e notturne
 - durante attività di routine
 - durante attività d'emergenza
 - durante i trasferimenti per eventuali procedure diagnostiche/terapeutiche cambio turno
- ✓ Non lasciare incustoditi farmaci o altro materiale potenzialmente pericoloso
- ✓ Non lasciare incustodita la medicheria e tutti i magazzini contenenti presidi potenzialmente lesivi
- ✓ Avvalersi di consulenze specialistiche psichiatriche e/o psicologiche periodiche
- ✓ Evitare di dare comunicazioni ad alto impatto emotivo a fine turno lavorativo
- ✓ Concordare per tempo la data di dimissione con familiari e/o caregiver (*dimissione protetta*)
- ✓ Evitare di dimettere pz. a rischio suicidio di venerdì e/o giorni prefestivi al fine di migliorare la presa in carico territoriale
- ✓ Informare familiari/caregiver, previo consenso del paziente, sulle reali condizioni cliniche, i trattamenti e i possibili segnali d'allarme
- ✓ Organizzare una continuità assistenziale coinvolgendo il Medico di Base alla dimissione