



ORIGINALE

COPIA

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 1385 del 06-11-2015

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(firma del proponente)

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

- 9 NOV. 2015 -

ai sensi dell'art.124 c.1 D.L.vo 267/2000, per giorni 15

Il Responsabile Ufficio

Delibere e Determinazioni

Dr. Carmine Iasevoli

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

(ove dovuta)

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n. del

n. del

n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia"

Il Funzionario Responsabile
U.O.C. Contabilità Generale

**OGGETTO: PROCEDURA PER LA
PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI
PAZIENTE IN OSPEDALE -
ADOZIONE.**

L'anno duemilaquindici il giorno 9 del NOV mese di 2015,
nella Sede dell'ASL di Avellino, il Dr. Mario Nicola Vittorio Ferrante, Commissario Straordinario dell'ASL AV. ai sensi della D.G.R.C. n. 9 del 16.01.2015, assistito dal Segretario assume la seguente deliberazione:

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e dall' U.O.C. Qualità e Accreditamento/FAP e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dott. Antonio Acerra e dal Dott. Lucio Visconti a mezzo di sottoscrizione della presente

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;
- l'accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008, che viene recepito dalla Regione Campania con Deliberazione n. 210 del 5 marzo 2010, prevede, tra l'altro, di promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali;
- il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013, pubblicato sul BURC n. 32 del 27 Maggio 2011, tra gli strumenti della gestione del rischio clinico così recita, al punto C) Le raccomandazioni ministeriali: *"L'analisi degli eventi sentinella e le prime esperienze regionali nel campo hanno evidenziato l'esigenza di attivare programmi di implementazione di raccomandazioni e procedure specifiche per prevenire gli errori, attivando strategie innovative che influenzino e realmente modifichino il comportamento clinico assistenziale degli operatori sanitari nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti"*;
- lo stesso Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013, afferma che: *"... occorre che le Aziende Sanitarie campane promuovano la cultura della prevenzione del rischio clinico che dovrà costituire uno degli obiettivi da inserire nella scheda di budget delle proprie strutture quale segnale forte, nei confronti sia dei professionisti che dell'utenza, dell'impegno a sviluppare programmi finalizzati a realizzare ospedali sicuri mediante una metodologia che, attraverso un approccio sistemico e progettuale del rischio, in pratica attraverso l'identificazione, analisi, valutazione, comunicazione, eliminazione ed il monitoraggio continuo, esamini i fattori che influenzano la pratica clinica fornendo indicazioni per appropriati interventi; tra gli obiettivi viene indicato, tra l'altro, quello di monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori...; tra le azioni utili per il conseguimento degli obiettivi, quella di programmare e attuare con l'ausilio di un gruppo di lavoro, almeno un'azione di miglioramento all'anno, relativamente ad un problema prioritario di salute, e/o implementare localmente la specifica Raccomandazione ministeriale;*
- i Programmi Operativi 2013 – 2015 – Regione Campania - in prosieguo del Piano di Rientro, pubblicati sul BURC n. 39 del 22 luglio 2013, stabiliscono al Programma 18: Sicurezza e rischio clinico, tra l'altro, la previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni. Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.;

VISTE:

- la nota prot. n. 0868037 del 19/12/2014 della G. R. C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si ribadisce, tra l'altro, che *"Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi sentinella sono documenti utili, indiscutibilmente, per il perseguimento dell'obiettivo aziendale della prevenzione, del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure"*;
- la deliberazione aziendale n. 607 del 23.04.2015, ad oggetto: "DCA n. 105/2014: linea progettuale 16.1 "Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza

delle prestazioni – Risk Management – Piano di lavoro – avvio attività – presa atto”, con la quale si prende atto del piano di lavoro relativo alla realizzazione nell’ambito dei Presidi Ospedalieri Aziendali della linea progettuale 16.1 e che prevede, tra gli obiettivi specifici la “ Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi”, tra le azioni a farsi: l’adozione delle Raccomandazioni Ministeriali ed il monitoraggio delle Raccomandazioni implementate;

- la nota prot. n. 0693421 del 15/10/2015 della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si invitano le Aziende sanitarie ed ospedaliere, in adempimento a quanto richiesto dal Ministero della Salute al tavolo LEA, ad adottare, contestualizzandole opportunamente, le Raccomandazioni ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico;

VISTE:

- 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;

- la nota dell’UOC QA/FAP prot. n. 526.QA del 10.11.2014, ad oggetto: “Gestione del Rischio Clinico – Procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”, con la quale si invitavano i dirigenti aziendali interessati ad apportare le integrazioni e le modifiche alla bozza di procedura già elaborata precedentemente dal Responsabile SPDC del Dipartimento di Salute Mentale;

CONSIDERATO che:

- in data 21 gennaio 2015 la bozza di procedura de quo viene trasmessa via mail – nota prot. n. 29/QA del 16.01.2015 - ai Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero ed ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico per la condivisione e per proporre eventuali miglioramenti, ricevendone utili suggerimenti;

- in data 27 gennaio 2015 la bozza di procedura de quo viene trasmessa via mail al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale per la necessaria verifica;

- in data 30 settembre 2015 la bozza di procedura de quo viene trasmessa via mail al nuovo Direttore del Dipartimento di Salute Mentale per la necessaria verifica;

- il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale presenta la bozza di procedura de quo in sede di Comitato di Dipartimento in data 2 ottobre 2015 e ne riceve l’approvazione dallo stesso Comitato nella riunione del 27 ottobre 2015;

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 adottare, nelle more di una nuova riorganizzazione aziendale, la procedura relativa alla prevenzione del suicidio di 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;

DELIBERA

Per i motivi in premessa esplicitati che qui si intendono integralmente trascritti e riportati

di adottare la Procedura Aziendale relativa alla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

di stabilire che i Direttori Sanitari dei tre Presidi Ospedalieri valutino con quale modalità inserire l'appendice 1 – Item raccomandati, da integrare in cartella clinica - della suddetta Procedura Aziendale alle cartelle cliniche ospedaliere ed individuino nell'ambito degli operatori "Facilitatori" appositamente formati per la gestione del rischio clinico, i soggetti cui affidare ogni ulteriore azione necessaria a garantire le attività di monitoraggio e controllo della applicazione costante della suddetta procedura;

di stabilire che la procedura de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità, valutate dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e dal Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico; comunque e di norma va fatta una revisione con cadenza annuale;

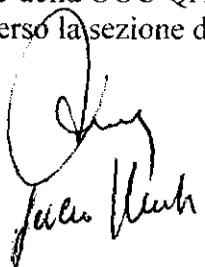
di dare mandato allo stesso Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico di organizzare – di concerto con il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale ed i Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero, specifici eventi formativi per aumentare la capacità degli operatori di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio ed adottare idonee misure di prevenzione, così come previsto nella Raccomandazione ministeriale;

di dare immediata esecutività al presente atto;

di inviare la presente deliberazione ai sensi della normativa vigente al Collegio Sindacale, ai Direttori Sanitari dei tre Presidi Ospedalieri che avranno cura di informare i "Facilitatori" appositamente formati per la gestione del rischio clinico, al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale ed al Direttore della UOC QA/FAP, ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, attraverso la sezione dedicata del sito istituzionale dell'Azienda.

Dott. Antonio Acerra

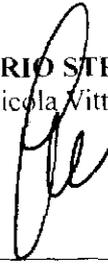
Dott. Lucio Visconti

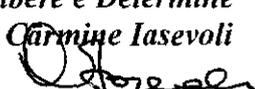


Letta, approvata e sottoscritta, nel giorno, mese ed anno di cui sopra.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Mario Nicola Vittorio Ferrante

IL SEGRETARIO
Dr.ssa Alessandra Antocino



INVIO PER PROVVEDIMENTI DI CONTROLLO	ESITO PROVVEDIMENTI DI CONTROLLO
<input type="checkbox"/> <i>Collegio Sindacale</i> n. <u>3217</u> del <u>- 9 NOV. 2015</u>	<input type="checkbox"/> <i>Collegio Sindacale</i>
<input type="checkbox"/> <i>Giunta Regionale della Campania</i> n. _____ del _____	<input type="checkbox"/> <i>Giunta Regionale della Campania</i>
<input type="checkbox"/> <i>Conferenza dei Sindaci</i> n. _____ del _____	<input type="checkbox"/> <i>Conferenza dei Sindaci</i>
<p><i>Il Responsabile Ufficio Delibere e Determine Dr Carmine Iasevoli</i></p> 	<p><i>Il Responsabile Ufficio Delibere e Determine Dr Carmine Iasevoli</i></p>

La presente deliberazione è diventata esecutiva :

per il decorso termine ai sensi dell'art.134, Commi 3 e 4, del D.L.vo 267/2000.

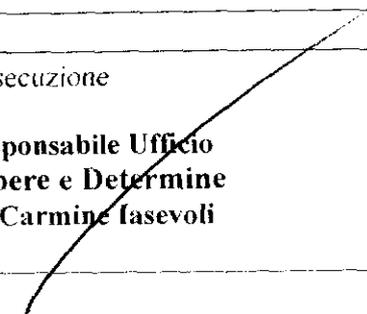
a seguito di provvedimento della Giunta Regionale della Campania:

ndel

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr Carmine Iasevoli*

la presente è trasmessa ai destinatari indicati in delibera per la relativa esecuzione

**Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr Carmine Iasevoli**





Procedura:
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(Ministero della Salute, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 – Ottobre 2015

Oggetto e Scopo	2
Documentazione di Riferimento	2
Obiettivo	3
Azioni	3
Individuazione del rischio in fase di ammissione.....	3
Individuazione dell'area del rischio in corso di degenza	5
Valutazione Psichiatrica	5
Provvedimenti raccomandati.....	6
Conclusioni	7
Appendice 1 – Item raccomandati, da integrare in cartella clinica.....	8
Appendice 2 - Suicide Risk Assessment Guide – S.R.A.G.....	9



Procedura:
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(Ministero della Salute, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 – Ottobre 2015

Nota: l'applicazione di questa procedura è vincolata all'acquisizione da parte del personale medico e paramedico di specifiche competenze teorico-pratiche in ordine alle tematiche del suicidio e, più in generale, delle condotte autolesive. Pertanto, prima di procedere acriticamente alla messa in atto di tali raccomandazioni è indispensabile una fase preliminare di formazione mirata.

1. Oggetto e Scopo

I reparti di degenza ospedaliera nei quali non sono adottabili specifiche misure ambientali "anti-suicidio" possono registrare comportamenti anticonservativi; il P.O. "A. Landolfi" di Solofra registra negli ultimi 7 anni un caso di suicidio per Delirium Tremens (*defenestrazione a causa di severa disorganizzazione del comportamento*) durante la degenza presso l'U.O. di Medicina Interna; la semplice aneddotta, che nel nostro caso accrediterebbe l'evento "autosoppressione" quale evenienza sporadica, non può essere evidentemente utilizzata per la stima ed il monitoraggio del rischio suicidario tout-court nella pratica clinica (*Area Emergenza, DH e degenza ordinaria*) e pertanto si rende necessario attuare una serie di provvedimenti individuali ed ambientali allo scopo di valutare tale evenienza e monitorarne permanentemente l'andamento.

2. Documentazione di Riferimento

- A) Raccomandazione Ministero della Salute, n. 4, 03. 2008
- B) Triage infermieristico, U.O. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura



Procedura:
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(Ministero della Salute, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 – Ottobre 2015

C) Suicide Risk Assessment and Management Protocols : General Hospital Ward (Date of Publication: 01 September 2004, SHPN: 040185, ISBN: 0 7347 3722 X, NSW Health, Sydney)

3. Obiettivo

Obiettivo della procedura è l'individuazione ed il monitoraggio dei livelli di rischio suicidario nel corso della normale intervista clinica e l'attuazione di provvedimenti individuali ed ambientali ad-hoc.

4. Aree Critiche di Assistenza ed Ambiti di applicazione

Aree Critiche	Ambiti di Applicazione
1. Presidio di Pronto Soccorso 2. DH 3. Unità di Degenza (<i>Medicina, Chirurgia, Ortopedia, Ginecologia</i>).	1. Ammissione 2. Degenza ordinaria o DH: a. Delirium (in particolare Delirium Tremens), b. Psicosi Puerperale, c. Patologie ad evoluzione cronico-degenerativa mortali, d. Condotte Parasuicidarie (<i>inanizione, rifiuto della terapia</i>), e. Risveglio Anestesiologico Confusionale f. Intossicazione Volontaria (sostanze furtivamente introdotte)

5. Azioni

a. Individuazione del rischio in fase di ammissione

Il suicidio (*tentato, mancato o attuato*) è in genere il risultato di motivazioni multiple e complesse. I principali fattori causali sono rappresentati da disturbi mentali (depressione in primo luogo), fattori sociali (delusioni e perdite), anomalie di personalità (impulsività e aggressività) e disturbi fisici, non di rado in concorso. In tabella vengono riportati sinteticamente i più



Procedura:
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(Ministero della Salute, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 – Ottobre 2015

importanti fattori, predisponenti e scatenanti, e le caratteristiche cliniche che costituiscono il milieu di una condotta autolesiva.

Fattori personali e sociali	Caratteristiche cliniche
<ul style="list-style-type: none">• Sesso maschile• Età > 55 anni• <u>Precedenti tentativi di suicidio</u>• Elaborazione di piani dettagliati e messa in atto di precauzioni per non essere scoperti• Ricorrenze personali significative• Anamnesi familiari di suicidi o di disturbo affettivo• <u>Disoccupazione o difficoltà finanziarie</u>, particolarmente se provocano un peggioramento drastico della condizione economica• <u>Recente separazione, divorzio o vedovanza</u>• <u>Isolamento sociale</u> con atteggiamento non comprensivo, reale o immaginato, da parte di parenti o amici	<ul style="list-style-type: none">• <u>Malattia depressiva, soprattutto all'esordio o in fase tardiva</u>• Agitazione motoria marcata, irrequietezza e ansia• Forti sensi di colpa, di inadeguatezza e di disperazione; deliri di autoaccusa o nichilistici• <u>Gravi preoccupazioni ipocondriache; deliri o convinzioni semideliranti di malattie fisiche (p. es. cancro, malattie cardiache, malattie veneree)</u>• Allucinazioni a contenuto imperativo• Personalità impulsiva ed ostile• <u>Abuso di alcol o di sostanze</u>• <u>Una malattia fisica cronica, dolorosa, invalidante</u>, soprattutto nei pazienti che hanno sempre goduto di buona salute• <u>Uso di farmaci che possono provocare una depressione grave</u>

La nostra proposta è quella di procedere nel corso della redazione della cartella clinica al contrassegno (*box di spunta*) di pochi item che consentono di individuare rapidamente l'area del rischio autolesivo, secondo l'articolazione riportata in appendice: (Appendice 1). Tali item dovrebbero essere il più possibile randomizzati in maniera tale da evitare ogni possibile condizionamento delle risposte. Nell'individuazione dell'area di rischio e nel processo di *clinical decision-making* valgono il criterio "inclusivo" ed il buon senso; ad esempio, è da considerare senza dubbio elevato il rischio autolesivo, rischio in ogni caso dinamico, **in caso di presenza**



Procedura:
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(Ministero della Salute, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 – Ottobre 2015

contemporanea di Malattie Psichiatriche o Neurologiche, Precedenti tentativi di suicidio, Abuso di alcool o di sostanze, Malattia Dolorosa Cronica Invalidante; il riscontro di due o più condizioni “attive” dovrebbe suggerire al clinico l’opportunità di porre con estrema delicatezza domande dirette in modo affatto strutturato, ad es.:

1. *Le cose vanno così male ultimamente tanto che Lei ha pensato che non valga la pena vivere?*
2. *Ha avuto qualche pensiero o qualche impulso di farsi del male?*
3. *Ha mai provato a farsi del male?*
4. *Sto pensando al suicidio?*
5. *Sto progettando qualcosa di simile?*

In caso affermativo o dubbio è opportuno il ricorso alla consulenza psichiatrica

b. Individuazione dell’area del rischio in corso di degenza

La consulenza psichiatrica diventa altresì opportuna nel caso in cui all’ammissione sia stata evidenziata un’ area di rischio oppure quando, in corso di degenza, si vengano a determinare condizioni di decompensazione comportamentale.

c. Valutazione Psichiatrica

Al fine di uniformare la valutazione psichiatrica del paziente “a rischio”, è opportuno che il consulente registri le sue osservazioni utilizzando la check list dedicata (Suicide Risk Assessment Guide – S.R.A.G.) riportata in appendice (Appendice 2). Tale breve guida, **ad uso esclusivamente dello psichiatra**, consente di approfondire gli aspetti sensibili o critici emersi



Procedura:
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(Ministero della Salute, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 - Ottobre 2015

all'ammissione o nel corso della degenza e di classificare il rischio attuale come *Alto*, *Medio*, *Basso* o *Assente*. Inoltre consente di seriare le osservazioni e di predisporre misure individuali ed ambientali ad hoc.

d. Provvedimenti raccomandati

Nel caso in cui il rischio risulti elevato o medio:

1. intensificare verifica e controllo fra le 22.00 e le 6.00, prestando attenzione al cambio turno
2. ove possibile, è indicata la sedazione notturna del paziente
3. assegnazione del paziente in camera con finestra "a compasso" e unica uscita, o in camere multiple con possibilità che gli altri degenti possano concorrere all'osservazione; è indicato il monitoraggio sub-continuo del personale di assistenza
4. ove possibile abbinare al paziente una persona capace di contenerne l'angoscia
5. rimuovere ogni oggetto capace di essere utilizzato per procurarsi lesioni (lacci, cinghie, utensili monouso)

In caso di **rischio elevato**, la **ri-valutazione mediante S.R.A.G.** deve essere condotta almeno **due volte al giorno**; il **rischio medio** richiede una **valutazione quotidiana**, mentre in **caso di rischio basso** è sufficiente una **valutazione settimanale**; questo perché è possibile che il profilo e l'entità del rischio varino dinamicamente. **Nelle situazioni ad elevata intensità assistenziale**, si potrà predisporre il **ricovero urgente in S.P.D.C. previa consulenza psichiatrica**. Negli altri casi basterà l'**assessment delle condizioni attuali del paziente mediante S.R.A.G.** e l'**adozione di pochi provvedimenti individuali**, avendo cura di ottenere



Procedura:
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(*Ministero della Salute*, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 – Ottobre 2015

da parte del paziente il consenso a tali provvedimenti e, in genere, il riconoscimento del diritto a ricevere cure.

Conclusioni

In ambiente psichiatrico il rischio suicidario è specifico e quindi è codificato da norme di buona pratica medico-assistenziale, già del resto predisposte. In ambiente extrapsichiatrico il rischio è generico, sfuggente e non univocamente codificabile. La messa in pratica di queste semplici raccomandazioni, oltre a contenere il rischio di evento autolesivo (evento critico) mediante l'applicazione di procedure di assessment e prevenzione, può contribuire all'affinamento della sensibilità dei Medici e degli Infermieri con la finalità di una più attenta teorizzazione delle componenti psicologiche implicite nel ricovero ospedaliero.

Direttore Dip.to Salute Mentale
Dott. Antonio Acerra



Procedura:

Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(Ministero della Salute, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 - Ottobre 2015

Appendice 1 – Item raccomandati, da integrare in cartella clinica

ANAMNESI FISIOLOGICA	<ul style="list-style-type: none">○ <u>Disoccupazione o difficoltà finanziarie</u>○ <u>Recente separazione, divorzio o vedovanza, perdita di congiunti</u>○ <u>Isolamento sociale</u>
ANAMNESI PATOLOGICA	<ul style="list-style-type: none">○ <u>Malattie Psichiatriche (Depressione, Mania, Psicosi Schizofrenica Accertata), o Neurologiche (Demenza, Sclerosi Multipla etc.)Invalidanti</u>○ <u>Precedenti tentativi di suicidio o Anamnesi familiari di suicidi</u>○ <u>Abuso di alcol o di sostanze</u>○ <u>Una malattia fisica cronica, dolorosa, invalidante</u>○ <u>Gravi preoccupazioni ipocondriache; deliri o convinzioni semideliranti di malattie fisiche (p. es. cancro, malattie cardiache, malattie veneree)</u>



Procedura:
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(Ministero della Salute, racc. n. 4, Marzo 2008)

Revisione: 01 – Ottobre 2015

Appendice 2 - Suicide Risk Assessment Guide – S.R.A.G.

Condizione	Rischio Alto	Rischio Medio	Rischio Basso
Osservazione NR _____ Paziente _____ Data _____ Ora _____			
<i>Stato mentale "a rischio"</i> 1. Depressione 2. Psicosi 3. Assenza di speranza, disperazione 4. colpa, vergogna, rabbia, agitazione 5. Impulsività	Es., Depressione severa, allucinazioni di comando o deliri di morte, preoccupazione con assenza di speranza, disperazione, sensazione di peggioramento, rabbia, ostilità	Es., Depressione moderata, tristezza, qualche sintomo psicotico, qualche sensazione di assenza di speranza, rabbia e ostilità moderate	Es., lieve depressione o tristezza, assenza di sintomi psicotici, ottimismo, poca o nessuna rabbia o ostilità
<i>Tentativo di suicidio o pensieri suicidari</i> 1. intenzionalità 2. letalità 3. accesso alla critica 4. tentativi pregressi	Es. pensieri continui e specifici, evidenza di chiare intenzioni, un tentativo ad elevato rischio letale	Es. pensieri frequenti, molti tentativi a bassa letalità, tentativi ripetuti	Es. pensieri assenti o vaghi, nessun recente tentativo o 1 tentativo a bassa letalità o bassa intenzionalità
<i>Abuso di sostanze</i> 1. consumo attuale di alcool o altre sostanze	Intossicazione, abuso o dipendenza.	Rischio di intossicazione, abuso o dipendenza.	Uso assente o infrequente di sostanze
<i>Conferma dei dati</i> 1. famiglia, lavoro 2. informazioni cliniche 3. altri servizi	Impossibile accedere all'informazioni o verificarle, dati in conflitto	Accesso ad alcune informazioni, qualche dubbio circa la plausibilità nel racconto	Informazioni accessibili, verificabili; plausibilità logica
<i>Supporto</i> 1. capacità comunicative 2. disponibilità di integrazione/supporto 3. disponibilità e capacità dei caregivers 4. sicurezza della persona e degli altri	Il paziente rifiuta l'aiuto; carenza di relazioni supportive; relazioni ostili; indisponibilità o scarsa collaborazione all'aiuto	Es. paziente ambivalente; moderato isolamento o poche relazioni; disponibile ma poco motivato a ricevere aiuto	Il pz accetta l'aiuto; buona alleanza terapeutica, elevata integrazione sociale e buone relazioni-supporto; disponibilità sincera e motivata ad accettare l'aiuto
☞ Rischio non prevedibile: non evidenza di rischio in corso, assenza di pensieri suicidari e di storia di tentativi; buon supporto sociale.			
☞ Rischio: Immediato o a breve termine			

