

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. 462 DEL 08.06.2018**

=====

**OGGETTO:** PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA "PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE – RACCOMANDAZIONE N.4/2008"

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal  <b>13.06.2018</b>  e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.  L'incaricato f.to sig.ra Maria Vallone	La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione  L'incaricato _____	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal  _____  Il Dirigente  _____	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.  <b>08.06.2018</b>  Il Direttore Generale f.to dott.ssa Antonietta Costantini

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

**Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud  
Via Marconi, 66  
80059 Torre del Greco**

**Oggetto: Presa d'atto, approvazione e adozione della "Procedura aziendale per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale – Raccomandazione n.4/2008"**

***IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE U.O.C. RISK MANAGEMENT***

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile della Direzione U.O.C. Risk Management e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

Dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.L.gs 30 giugno 2003, n. 196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190;

**Visti**

- Il Decreto Legislativo 30/12/1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 che stabilisce tra gli obiettivi da raggiungere, quello di promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;
- La Deliberazione del Commissario Straordinario ASL Napoli 3 Sud n. 439 del 22/07/2015 ad oggetto: *"Implementazione e sviluppo di strumenti per la gestione del rischio clinico. Adozione aziendale delle raccomandazioni agli operatori sanitari del ministero della salute"*;
- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*. (GU Serie Generale n.64 del 17/03/2017);

**Considerato**

- Che il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta per condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori

sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose e fornire gli strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema;

- Che la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome ha provveduto, fin dal 2005, alla stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti;
- Che le Raccomandazioni si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi;
- Che il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione N. 4/2008 ad oggetto: "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale";
- Che la procedura, di cui alla presente deliberazione, è stata sottoposta al processo di condivisione con tutti gli attori coinvolti (nota della UOC Risk Management prot. n. 73793 del 17/05/2018);

### **Valutato**

- Che l'adozione di comportamenti uniformati e standardizzati sia la strategia più efficace per garantire la sicurezza del personale sanitario e dei pazienti;
- La necessità di implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 4/2008 ad oggetto: "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale";

### **Propone al Direttore Generale**

- Di prendere atto, approvare ed adottare la "Procedura aziendale per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale – Raccomandazione n.4/2008" che, allegata alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di stabilire la decorrenza dell'operatività del presente provvedimento con la data di adozione dello stesso;
- Di dare mandato al Responsabile della Direzione UOC Risk Management di notificarne i contenuti a tutte le strutture aziendali;
- Di dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture Aziendali (Dipartimento Salute Mentale, Direzioni Mediche di Presidi Ospedalieri, Responsabile della Direzione UOC Sistema Emergenza 118) di provvedere alla piena diffusione, implementazione, applicazione, contestualizzazione della procedura, e alla verifica annuale attraverso l'uso degli indicatori previsti;
- Di prendere atto che l'adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;

***Il Responsabile della Direzione UOC Risk Management***

***Dott.ssa Edvige Cascone***

## **II DIRETTORE GENERALE**

In forza della D.G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n.165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

*Il Direttore Amministrativo*

*Dott. Domenico Concilio*

*Il Direttore Sanitario*

*Dott. Luigi Caterino*

### **DELIBERA**

- Di prendere atto, approvare ed adottare la “Procedura aziendale per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale – Raccomandazione n.4/2008” che, allegata alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di stabilire la decorrenza dell’operatività del presente provvedimento con la data di adozione dello stesso;
- Di dare mandato al Responsabile della Direzione UOC Risk Management di notificarne i contenuti a tutte le strutture aziendali;
- Di dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture Aziendali (Dipartimento Salute Mentale, Direzioni Mediche di Presidi Ospedalieri, Responsabile della Direzione UOC Sistema Emergenza 118) di provvedere alla piena diffusione, implementazione, applicazione, contestualizzazione della procedura, e alla verifica annuale attraverso l’uso degli indicatori previsti;
- Di prendere atto che l’adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell’Azienda;

**Il Dirigente proponente sarà responsabile, in via esclusiva, dell’esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l’urgenza e curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.L.gs 14 marzo 2013 n. 33 e s.m.i.**

***IL DIRETTORE GENERALE***

***Dott.ssa Antonietta Costantini***

**PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE  
DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE**

**Raccomandazione Ministero della Salute N.4/2008**

REDAZIONE	Dott. Francesco Paolo Ruocco	Dirigente Medico, UOC Risk Management
VERIFICA	Dott.ssa Edvige Cascone	Responsabile della Direzione UOC Risk Management
CONDIVISIONE		Direttore Dipartimento Salute Mentale Direttori Medici di Presidi Ospedalieri Responsabile della Direzione UOC Sistema Emergenza 118
ADOZIONE	Dott. Luigi Caterino Dott. Domenico Concilio Dott.ssa Antonietta Costantini	Direttore Sanitario Aziendale Direttore Amministrativo Aziendale Direttore Generale

## INDICE

1_ Premessa .....	3
2_ Scopo .....	3
3_ Obiettivo .....	3
4_ Destinatari/Campo di applicazione .....	3
5_ Definizioni	4
6_ Diffusione/Lista di distribuzione .....	4
7_ Matrice delle responsabilità .....	4
8_ Azioni .....	5
9_ Segnalazione eventi avversi .....	8
10_ Revisione e aggiornamento	10
11_ Verifica/Indicatori .....	10
Allegato 1 - Guida per il colloquio con il paziente .....	11
Allegato 2 - Guida alla valutazione dei fattori di rischio suicidario .....	12
Allegato 3 - Scheda interventi preventivi e di sicurezza .....	13

## **1\_ PREMESSA**

Il suicidio può essere definito come l'atto con cui l'individuo si procura volontariamente la morte.

Il tentato suicidio, invece, è un suicidio mancato che può essere considerato come un inadeguato tentativo di richiesta di aiuto.

Il 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 dei pazienti a rischio e la conseguente adozione di misure idonee alla prevenzione.

I fattori di rischio indicati nella Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute sono vari, la loro conoscenza consente la messa in atto di strategie efficaci per la riduzione degli eventi agendo su:

- Strumenti di valutazione del paziente;
- Profili assistenziali;
- Processi organizzativi;
- Formazione degli operatori;
- Idoneità ambientale e strutturale.

## **2\_ SCOPO**

Scopo di questa procedura è fornire una guida e gli strumenti agli operatori sanitari per prevenire e/o ridurre i suicidi e i tentati suicidi dei pazienti in ospedale.

## **3\_ OBIETTIVI**

- Definire le macro-categorie dei pazienti a potenziale rischio di suicidio;
- Definire gli indicatori di potenziale rischio di suicidio;
- Individuare i comportamenti assistenziali finalizzati a rilevare precocemente i soggetti a rischio e prevenire il passaggio all' "atto";
- Stabilire i percorsi assistenziali per i tentativi suicidari mancati, finalizzati a ridurre la recidiva dei comportamenti auto lesivi;
- Descrivere la procedura di segnalazione del relativo evento sentinella (evento sentinella n. 10 – suicidio o tentato suicidio del paziente in ospedale) nel rispetto dei flussi informativi ministeriali (SIMES).

## **4\_ DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE**

La presente procedura è rivolta a tutto il personale coinvolto nell'assistenza sanitaria e va applicata a tutti i pazienti ricoverati in ospedale.

Il suicidio può verificarsi in ogni degenza ospedaliera, ma alcune aree cliniche possono essere considerate

a maggior rischio quali i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), le U.O. di Oncologia, Ostetricia Ginecologia, Dipartimento di Emergenza, Medicina Generale), nonché spazi comuni quali le scale, i terrazzi, i vani di servizi e tutte le zone in cui il controllo è minore.

Nell'ambito delle degenze sono a maggior rischio i servizi igienici.

## 5\_ DEFINIZIONI

**Evento sentinella**\_ Gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale.

**Suicidio**\_ Atto con il quale una persona si procura volontariamente e consapevolmente la morte, comprende l'ideazione suicidaria.

**Tentato suicidio**\_ Comportamenti auto-inflitti potenzialmente dannosi che però non conducono ad esito letale.

**Autolesionismo**\_ Danneggiamento del proprio corpo attraverso lesioni autoinflitte dirette e intenzionali.

## 6\_ DIFFUSIONE/LISTA DI DISTRIBUZIONE

La diffusione della procedura avviene con trasmissione attraverso la posta elettronica aziendale a tutte le Strutture Aziendali coinvolte e attraverso la sua pubblicazione sul portale aziendale (<http://www.aslnapoli3sud.it>), reperibile anche nell'area documentale della UOC Risk Management.

I Responsabili delle Macrostrutture/Responsabili delle UU.OO., dopo aver proceduto alla opportuna contestualizzazione della procedura, devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori coinvolti nel processo attraverso riunioni finalizzate alla presa visione e alla discussione onde garantire la diffusione capillare.

La copia cartacea deve essere sempre disponibile e consultabile, presso ogni struttura, in un luogo accessibile a tutti gli operatori

### **Lista di distribuzione:**

Direttori Macrostrutture

Direttori UU.OO.

Coordinatori Infermieristici UU.OO

## 7\_ MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ

L'adozione della presente procedura, nelle varie fasi operative, deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale coinvolto, nel rispetto delle specifiche competenze per gestire al meglio i pazienti a rischio.

Attività \ Personale	Direzione Sanitaria Presidiale	Direttori UU.OO.	Medico	Medico Specialista	Coord. Inferm.	Inferm. Prof.
Diffusione della procedura	R	C				
Implementazione procedura	R					
Applicazione Procedura	C	R				
Valutazione rischio suicidario		C	R			
Percorso clinico Assistenziali			R		R	C
Segnalazione al personale del paziente a rischio			R			
Controllo pazienti a rischio					C	R
Attivazione procedure organizzative			R		C	
Segnalazione evento sentinella	C		R		R	R

C = coinvolto

R = responsabile dell'azione

## 8\_ AZIONI

Per una adeguata prevenzione è necessario un'appropriata ed efficace presa in carico del paziente che preveda le seguenti attività:

### **AMMISSIONE: PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE**

- 1) Ammissione tramite Pronto Soccorso di Paziente con diagnosi di tentato suicidio;
- 2) Identificazione in tutte le altre Unità Operative di pazienti che presentano un elevato rischio suicidario;

Al fine di identificare quei pazienti che presentano un elevato rischio suicidario, è opportuno che il personale medico e infermieristico, secondo le specifiche competenze professionali, centri l'attenzione su particolari fattori anamnestici, obiettivi e clinici. Si sottolinea che la valutazione del rischio di suicidio è un processo,

 <p><b>Direttore Generale</b> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i> <b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>	
<p><i>Procedura aziendale per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pag. 6 a 14</i></p>

non un evento: va perciò effettuata non solo all'ammissione, ma anche in frangenti clinici importanti durante il trattamento e alla dimissione.

➤ **Anamnesi e valutazione medico-infermieristica**

L'anamnesi è uno strumento essenziale per la conoscenza del paziente, è necessario creare un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente al fine di evidenziare i fattori di rischio da monitorare, a tal fine si allega la raccomandazione n. 4 del Ministero della salute, (allegato n.1) comprensiva della guida per il colloquio con il paziente.

Indagare soprattutto su:

- pregressi atti auto-lesivi;
- eventi avversi recenti (come lutti o malattie):
- abusi sessuali:
- familiarità per suicidio:
- primo accesso in assoluto di paziente anziano in ospedale;

➤ **Esame obiettivo**

Durante l'esame obiettivo dedicare una particolare attenzione per rilevare eventuali segni di recenti e/o pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari.

E' possibile anche cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza.

➤ **Condizioni cliniche**

L'accertamento delle condizioni cliniche è fondamentale poiché il rischio di comportamenti suicidari è più elevato in alcune condizioni cliniche:

- patologie psichiatriche gravi (es. depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo);
- abuso/dipendenza da alcool, stupefacenti e/o psicofarmaci, gioco d'azzardo patologico;
- sindromi cerebrali organiche;
- altri possibili sintomi/disturbi comportamentali: disperazione, impulsività, esternazione di idee di suicidio, o negazione incongrua/contraddittoria, ricerca di mezzi letali, ansia, attacchi di panico, agitazione, insonnia, cambiamenti di umore, rabbia, abulia, ritiro sociale;
- diagnosi multiple;
- patologia terminale.

***Deve essere rivolta una particolare attenzione a tutti i pazienti che:***

- *giungono in ospedale per un tentativo di suicidio o manifestano spontaneamente ideazione suicidaria durante il ricovero;*
- *hanno vissuto recentemente drastici cambiamenti di vita, o eventi di vita stressanti, o lutti significativi;*

- *presentano una sintomatologia psichiatrica, specialmente laddove sono presenti sintomi depressivi, disperazione, comportamenti impulsivi, abuso di sostanze, e tratti di personalità borderline;*
- *hanno subito o temono di subire una grave perdita nella propria sfera personale o nella propria autonomia (a seguito della 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);*
- *manifestano una sindrome organica confusionale;*

Il rischio suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero. Il paziente a rischio richiede oltre ad una accurata valutazione anche una presa in carico che tenga conto di:

- a) Coinvolgimento di tutti gli operatori al fine di cogliere eventuali segni premonitori di un evento suicidio;
- b) Coinvolgimento delle famiglie, anche nella fase di valutazione oltre che in quella di gestione di eventuali segni premonitori;
- c) Comunicazione costante ed adeguata tra il personale di assistenza, il paziente e i familiari;
- d) Coinvolgimento di Specialisti in Psichiatria per eventuali prescrizioni terapeutiche e/o trasferimento in S.P.D.C.;

All'atto della dimissione il paziente dovrà essere segnalato ai servizi territoriali e sociosanitari, competenti per residenza del paziente, al fine di garantire una continuità assistenziale

### **CARATTERISTICHE STRUTTURALI E PROCESSI ORGANIZZATIVI**

In caso di valutazione positiva di rischio suicidio del paziente o che hanno manifestato durante il ricovero segni di tentato suicidio, è necessario adottare i provvedimenti strutturali ed organizzativi idonei alla prevenzione.

#### **PROVVEDIMENTI STRUTTURALI**

Nel rispetto della dignità della persona, bisogna disporre che il paziente venga collocato in ambiente con le seguenti caratteristiche:

- Dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza nei bagni, allarmi, ringhiere;
- Ambiente di degenza privo di oggetti potenzialmente a rischio di autolesionismo;
- Infissi di sicurezza (soprattutto nei piani alti);
- Strutture ed attrezzature che non suggeriscano usi impropri;
- Misure che impediscano alla persona a rischio di avere accesso a mezzi per togliersi la vita (taglienti, vetro, lacci, farmaci)

#### **PROVVEDIMENTI ORGANIZZATIVI**

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b> <b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b></p>	
<p><i>Procedura aziendale per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pag. 8 a 14</i></p>

E' necessario:

- Allertare il personale sul rischio suicidio;
- Informare i familiari e chiedere collaborazione nell'osservazione del paziente;
- Predisporre un controllo maggiore durante i trasferimenti;
- Evitare di lasciare soli i pazienti a rischio;
- Posizionare il paziente in stanza di degenza in cui è più facile il controllo da parte del personale di assistenza;
- Richiedere una consulenza psichiatrica;
- Particolare attenzione va posta nelle ore notturne, serali e festive in cui il personale è numericamente ridotto;
- Segnalare al medico di guardia ogni situazione di potenziale pericolo;
- Controllare la sicurezza della camera di degenza del paziente a rischio;
- Allontanare dalla stanza tutti gli oggetti potenzialmente lesivi;
- Sensibilizzare i familiari sulla necessità di controllare costantemente il paziente;
- Sensibilizzare i familiari sulla necessità di togliere al paziente oggetti di proprietà potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltellini, vetro, ecc);
- Controllare ad intervalli il paziente valutando con colloqui l'umore, in caso di variazioni significative informare il medico;
- Non lasciare non vigilati, in medicheria o durante la somministrazione di terapia: farmaci, deflussori o altro materiale potenzialmente lesivo;
- Allertare il Centro di Salute Mentale;
- Se necessario concordare la presenza di personale aggiuntivo per il controllo diretto del paziente;
- In caso di tentato suicidio segnalare l'accaduto attraverso la scheda di rilevazione degli eventi sentinella, come previsto;

## 9\_ SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI

In caso di tentato suicidio il responsabile o altro personale dell'U.O. segnala tempestivamente l'accaduto, come previsto nella raccomandazione sugli eventi sentinella del Ministero della Salute, tramite apposita scheda trasmessa alla UOC Risk Management.

[riskmanagement@aslnapoli3sud.it](mailto:riskmanagement@aslnapoli3sud.it) - [riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it)

### **Definizione di evento sentinella**

Si definisce evento sentinella un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva

diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

Sono individuati come sentinella e quindi da segnalare al Ministero della Salute i seguenti 16 eventi:

1	Procedura in paziente sbagliato
2	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3	Errata procedura su paziente corretto
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9	Morte o grave danno per caduta di paziente
<b>10</b>	<b>Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale</b>
11	Violenza su paziente
12	Atti di violenza a danno di operatore
13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15	Morte o grave danno impreveduti conseguente ad intervento chirurgico
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

La procedura deve essere attivata se il suicidio o il tentato suicidio avviene all'interno della struttura sanitaria e se il paziente è presente nella struttura per ricevere prestazioni in regime di ricovero, per sottoporsi a visita specialistica o ad un controllo. Sono inclusi anche i casi di suicidio di pazienti in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che eludono il personale di assistenza.

### **Modalità di segnalazione**

In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente in ospedale l'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza) comunica quanto accaduto alla Direzione Dipartimentale/Direzione UOC di afferenza e alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

La Direzione Dipartimentale/Direzione UOC dovrà inviare la segnalazione dell'evento sentinella, corredata da dettagliata relazione, alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero entro 12 ore dall'accadimento o da quando ne viene a conoscenza, per l'effettuazione della necessaria istruttoria.

La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero avvia immediatamente una istruttoria per stabilire se l'evento

avverso soddisfi i criteri per essere definito evento sentinella; a tale scopo provvede:

- ad acquisire gli atti, la documentazione sanitaria, ogni altra documentazione utile;
- ad effettuare l'analisi del caso, descrivendone gli elementi oggettivi e a raccogliere tutte le informazioni utili a definirlo negli eventuali aspetti di criticità.

Qualora l'accadimento soddisfi i criteri per essere definito evento sentinella, segnala l'evento avverso alla UOC Risk Management, con le modalità previste dalla deliberazione n. 452 del 01/07/2014 ad oggetto: "Procedura aziendale Incident reporting ed eventi sentinella, modalità di segnalazione.

#### LA COMUNICAZIONE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA. L'OBBLIGO DI RAPPORTO.

Informativa di reato: il professionista sanitario deve informare l'autorità giudiziaria di fatti criminosi riscontrati nell'esercizio della professione. In caso di suicidio e di tentato suicidio la denuncia si rende necessaria perché il fatto potrebbe essere collegato all'intervento di terzi sotto forma di aiuto materiale o di istigazione.

Il rapporto (denuncia) è l'atto col quale il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio denuncia all'A.G. un reato (delitto o contravvenzione) perseguibile d'ufficio, di cui abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del servizio.

La segnalazione all'A.G. è per il sanitario uno dei doveri di maggiore rilievo, la cui omissione costituisce un delitto contro l'amministrazione della giustizia e l'attività giudiziaria e viene sanzionata dagli articoli n.361, 362 e n.365 del Codice Penale.

### **10\_ REVISIONE E AGGIORNAMENTO**

La presente Procedura sarà oggetto di revisione periodica che dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda o evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Al fine di migliorare la Procedura nella pratica clinica, le strutture sanitarie coinvolte sono invitate a fornire suggerimenti e commenti, all'indirizzo di posta elettronica:

riskmanagement@aslnapoli3sud.it - riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it

### **11\_ VERIFICA/INDICATORI**

Il monitoraggio dell'applicazione della procedura dovrà essere effettuato da parte dei Direttori di Macrostruttura.

Indicatore: Numero UU.OO. che applicano la procedura / Numero totale UU.OO. eleggibili

*Allegato 1*

## **GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE**

**Fonte: ALLEGATO 1 - Raccomandazione Ministero della Salute N. 4/2008 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”**

*La presente guida vuole costituire una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, quindi, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa. Essa può essere utilizzata quando vi è un sospetto da approfondire (dopo aver quindi raccolto attraverso l’anamnesi le informazioni circa i rischi). E’ opportuno che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia; è pertanto necessario scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E’ importante, inoltre, cercare di non perdere il contatto oculare con il paziente. Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero.*

*Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d’animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accertare l’entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.*

- Come si sente?
- Che progetti ha quando esce dall’ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa era successo?
- C’è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?
- In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita più difficile?
- Ha avuto l’impressione di non farcela più? Ha l’impressione che non ci sia una via di uscita?
- Sente di dovere espiare qualche colpa?
- Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. E’ successo anche a Lei?
- Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?
- Con che frequenza Le sovengono tali pensieri?
- Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l’ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi).
- Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente vicino?

- Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)
  - Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo?  
(Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte)
  - Ha mai pensato a come farla finita?  
(Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale).
  - Ha progettato quando farlo?
  - Ha il necessario per farlo?
  - Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?
  - Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?
  - Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?
-

*Allegato 2*

**GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO**

U.O. \_\_\_\_\_

PAZIENTE \_\_\_\_\_

Cognome

Nome

1. Presenza di precedenti tentativi di suicidio  SI  NO
2. Presenza di malattia psichiatrica (depressione, psicosi ...)  SI  NO \_\_\_\_\_
3. Comorbilità con malattia fisica  
(cancro, epilessia, disordini gastrointestinali, etc.)  SI  NO \_\_\_\_\_
4. Comunicazione diagnosi infausta (patologia oncologica, decesso neonato, depressione post parto, amputazione arto, passaggio da terapia curativa a palliativa)  SI  NO \_\_\_\_\_
5. Confusione mentale in paziente anziano  SI  NO \_\_\_\_\_
6. Abuso di alcolici e sostanze stupefacenti  SI  NO \_\_\_\_\_
7. Mancanza di supporto sociale  
(vedovanza, separazione-fascia di età a rischio 14-25, oltre 65)  SI  NO

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma operatore \_\_\_\_\_

*Legenda*

*I fattori di rischio sopra elencati ordinati in ordine decrescente di rilevanza devono essere raccolti nel corso dell'anamnesi del paziente per l'identificazione e la stima del rischi suicidario. In caso di profilo sospetto e/o poco rassicurante richiedere una valutazione psichiatrica.*

**SCHEDA INTERVENTI PREVENTIVI E DI SICUREZZA**

*La presente scheda deve essere compilata dopo la valutazione del paziente a rischio suicidiario e costituisce una traccia per l'identificazione e l'attuazione delle misure preventive e di sicurezza messe in atto.*

*Le misure preventive attivate dovranno essere portate a conoscenza di tutto il personale, inserendo, la presente scheda nel registro delle consegne degli Infermieri.*

COGNOME E NOME PAZIENTE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**MISURE PREVENTIVE ATTIVATE DURANTE IL PERIODO DI RICOVERO:**

**ALLERTATO TUTTO IL PERSONALE**

- Osservazione costante del paziente;
- Sensibilizzare i familiari sulla necessità di contribuire al controllo costante del paziente;
- Sensibilizzare i familiari e gli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltellini, oggetti in vetro, farmaci);
- Controllare costantemente la stanza di degenza ed il bagno, ed allontanare qualunque oggetto possa costituire pericolo;
- Vigilare che il paziente non acceda a sostanze potenzialmente pericolose (farmaci, detersivi, presidi);
- Chiudere a chiave la medicheria;
- Chiudere a chiave tutti i magazzini contenenti detersivi e presidi potenzialmente pericolosi;
- Attivare familiare e/o volontariato e/o personale integrativo per osservazione del Paziente;
- Porre particolare attenzione durante le ore serali e notturne;
- Porre particolare attenzione quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine.

**ALLA DIMISSIONE:**

- Fornire tutte le informazioni utili sul rischio potenziale ai Medici del l'U.O. in cui potrebbe essere trasferito il paziente, ai Medici del Servizio territoriale nell'ottica della continuità;
- Fornire recapiti telefonici utili in caso di necessità o di bisogno;
- Altro(specificare) \_\_\_\_\_

IL MEDICO

Il Coord.Inf./Infermiere prof.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 08 giugno 2018 A:**

x	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE		U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
x	DIRETTORE AMM. AZIENDALE		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
x	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. GABINETTO		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	x	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.		U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE		U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA		COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FASCE DEBOLI		DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. TECNICO AREA NORD		DISTRETTO N. 49	
	U.O.C. TECNICO AREA SUD		DISTRETTO N. 50	
	U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.		DISTRETTO N. 51	
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBINO		DISTRETTO N. 52	