

Prevenire il suicidio di paziente in ospedale: La Procedura dell'ASP di Palermo come modello organizzativo.

Amedeo C. Casiglia, Carlo R. Gambino e Luigi Pulichino



Quando i sogni opprimenti e orribili l'angoscia tocca il grado estremo, è proprio essa che ci porta al risveglio, con il quale scompaiono tutti quei mostri notturni. La stessa cosa accade nel segno della vita, quando l'estremo grado di angoscia ci costringe a spezzarlo"

Arthur Schopenhauer (*Parerga e paralipomena*, 1981)

Parlare del Suicidio non è mai facile, sia come evento legato ad una singola persona che come fenomeno sociale; i fattori, le cause profonde e le variabili che entrano in gioco sono talmente tante e multi-sistemiche che possono determinare un senso di impotenza e di ineluttabilità degli eventi suicidari negli specialisti come negli stessi familiari delle persone che vengono risucchiate in questo vortice di auto annullamento. In ogni caso, la complessità e la drammaticità sono caratteristiche strettamente connesse al suicidio, da qualsiasi punto di vista si voglia osservare questo fenomeno. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno nel mondo sono circa un milione gli individui che commettono il suicidio ed ha, inoltre, recentemente comunicato che nel 2020 il numero delle persone che vi ricorreranno potranno raggiungere oltre un milione e mezzo; di fatto, è una delle prime cause di morte nel mondo, soprattutto nei giovani.

Proprio per questi motivi è necessario "aggredire" il fenomeno cercando di mettere ordine nelle questioni fondamentali di sistema e nei "segmenti" in cui il fenomeno si manifesta. Un esempio, in tal senso, è l'attività di prevenzione che è possibile mettere in atto nelle strutture sanitarie. Infatti, nonostante si parli di un ambiente "controllato e strutturato", i casi di suicidio in tale ambito sono statisticamente significativi e, quindi, necessitano di una presa in carico culturale ed organizzativa da parte degli attori del Sistema sanitario coinvolti.

Il Ministero della Sanità, per prevenire il suicidio del paziente in strutture sanitarie, ha provveduto già nel marzo 2008 ad elaborare una specifica Raccomandazione Ministeriale (*Raccomandazione n. 4*) che si propone di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo del verificarsi di questo evento e indica alcune attività da intraprendere per regolamentare e standardizzare azioni organizzative delle strutture sanitarie e alcuni comportamenti degli operatori al fine di prevenire il verificarsi di suicidi di persone in regime di ricovero ospedaliero.

Il momento fondamentale di questa attività preventiva è la valutazione dei pazienti finalizzata all'individuazione dei soggetti a rischio per mettere in atto le strategie mirate alla riduzione del suicidio.

Gli aspetti organizzativi di sistema e la leva formativa/informativa sul personale e sui soggetti (*in primis i familiari*) vicini alla persona a rischio di suicidio rivestono un ruolo fondamentale per l'efficacia della prevenzione. L'obiettivo principale è mettere nelle condizioni quanti più operatori e quante più strutture sanitarie di individuare precocemente le persone che evidenziano fattori di rischio di suicidio e di adottare i comportamenti adeguati per mettere in sicurezza questi pazienti in regime di ricovero specialmente nei reparti a maggior rischio.

Secondo gli studi più recenti, il suicidio può verificarsi in tutte le UU.OO. di degenza ospedaliera ma possono essere considerate a maggiore rischio le UU.OO. del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), di Oncologia, di Ostetricia e Ginecologia e quelle del Dipartimento di Emergenza.

Partendo da queste considerazioni e dalla Raccomandazione Ministeriale n.4, nella nostra ASP si è messa a punto e si è sperimentata una specifica procedura finalizzata alla prevenzione del suicidio nei reparti ospedalieri, frutto di un lavoro sinergico tra i principali attori del sistema aziendale coinvolti in tale ambito. E' stata applicata in fase sperimentale, per un periodo di sei mesi, nei reparti di geriatria, medicina e ginecologia di alcuni Presidi Ospedalieri della Nostra Azienda.

In seguito, alla luce dei risultati della sperimentazione, la procedura è stata perfezionata e revisionata ed è in via di attivazione presso tutti i presidi ospedalieri dell'ASP di Palermo.

Al fine di aderire a tutte le indicazioni Ministeriali e per rafforzare le azioni di sistema a più livelli, si è ritenuto opportuno dare spazio e trovare collaborazione con l'associazionismo *specializzato* in tale ambito. In tal senso si è coinvolta l'Associazione AFIPreS con cui è stato stipulato uno specifico Protocollo d'Intesa che prevede, tra l'altro

TELEFONO GIALLO

**Associazione
Famiglie Italiane
Prevenzione
Suicidio**

Marco Saura

Prevenire il suicidio di paziente in ospedale: La Procedura dell'ASP di Palermo come modello organizzativo.

la collaborazione per le attività previste dalla "procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale", il potenziamento delle attività aziendali di supporto per i soggetti a rischio suicidario e per le loro famiglie e la gestione di un servizio di ascolto e consulenza telefonica (*Helpline telefono giallo*), coordinato e monitorato dal Dipartimento Salute Mentale aziendale. In particolare, relativamente all'applicazione della Procedura, l'Associazione collaborerà secondo le modalità previste dalla relativa Matrice delle Responsabilità.

Oltre che agli aspetti valutativi, particolare attenzione viene data alla dimissione dei pazienti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti a rischio suicidario. Essa va pianificata con largo anticipo, affidando le persone a rischio ai servizi territoriali competenti (MMG, CSM, SERT, Servizio di Assistenza Domiciliare...) al fine di garantire la continuità assistenziale ed un adeguato monitoraggio. Tale continuità assistenziale, sarà supportata dall'Associazione di Volontariato coinvolta che potrà continuare la sua collaborazione anche in ambito territoriale.

Nonostante la complessità e la gravità del problema, come ab-

biamo visto, seguendo un rigoroso metodo organizzativo, almeno nello specifico "segmento" del percorso sanitario ospedaliero e territoriale del paziente a rischio di suicidio, la prevenzione può essere effettuata con una certa efficacia a condizione che le azioni e le attività previste dalla procedura vengano implementate con sistematicità e con il coinvolgimento di tutti gli attori a vario titolo responsabili e chiamati a collaborare per il raggiungimento dello scopo previsto dalla stessa Procedura.

Un set di indicatori (riportati nella tabella a lato) sono stati messi a punto per un puntuale monitoraggio della Procedura che ci

INDICATORI	VALORI ATTESI	FONTE DEI DATI
N. pazienti valutati per fattori di rischio di suicidio (secondo allegato 2) / N. totale pazienti ricoverati valutabili	≥ 95%	Schede di rilevazione nelle Cartelle
N. pazienti che hanno effettuato consulenza psichiatrica/ N. pazienti per i quali era stata prevista	≥ 95%	Cartelle
N. pazienti per i quali viene confermato dallo psichiatra il rischio di suicidio/ N. pazienti che hanno effettuato consulenza psichiatrica	Rilevazione	Cartelle
N. pazienti per i quali sono state definite le modalità e la periodicità dei controlli / N. pazienti con rischio di suicidio definito	≥ 95%	Cartelle
N. pazienti per i quali sono stati programmati i controlli successivi alla dimissione presso i servizi territoriali competenti/ N. pazienti con rischio di suicidio definito dimessi	≥ 95%	Cartelle
N. di pazienti per cui si è avuta collaborazione da parte di A.V./ N. pazienti con rischio di suicidio definito	≥ 95%	Report

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

(R = RESPONSABILE AZIONE - C = COLLABORATORE)

FIGURA CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ →

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ ↓

	MEDICO U.O. DI DEGENZA	PSICHIATRA	COORDINATORE INFERMIERISTICO	INFERMIERE	ASS. DI VOLONTARIATO
Effettuare l'anamnesi valutando e registrando in cartella i potenziali fattori di rischio di suicidio	R				
Rilevazione e registrazione nelle cartelle di segni premonitori e/o comportamenti suggestivi osservati durante la degenza	R		R	R	
Richiedere consulenza psichiatrica per i casi con fattori di rischio di suicidio	R		C	C	
Effettuare consulenza psichiatrica		R			
Valutare eventuale rischio di suicidio		R			
Stabilire il trasferimento presso U.O. di Psichiatria se rischio alto e condizioni strutturali e organizzative non adeguate	R	R	C		
Informare l'equipe della presenza in reparto del paziente a rischio	R		C		
Informare i familiari del paziente sul rischio di suicidio del loro congiunto e sulla necessità di togliere al paziente oggetti potenzialmente lesivi di proprietà dello stesso	R		C		C
Definire modalità e periodicità dei controlli proporzionali alla gravità del rischio	R	R	C		
Responsabilizzare e coordinare il personale infermieristico sull'attività di controllo del paziente a rischio			R		
Trasferire il paziente in una stanza di degenza, ove disponibile, in cui è più facile il controllo da parte del personale di assistenza			R	C	
Predisporre un accurato controllo del paziente durante i trasferimenti	R		R	C	
Controllare periodicamente il paziente verificando che nell'ambiente di degenza non vi siano presenti oggetti potenzialmente contudenti o a rischio di autolesionismo				R	C
Programmare le dimissioni e i controlli successivi presso i servizi territoriali competenti	R	R	C		C

auguriamo possa rivelarsi un efficace strumento in un ambito così delicato e complesso come quello preso in esame.

La procedura è stata redatta e monitorata da uno specifico gruppo di lavoro composto da Alberto Spatola, Marcello Di Fiore e Carmelo Gugliotta (Dipartimento Salute Mentale, Salvo Chessari (Medicina Interna) e Rosanna Termini (Geriatrica) del P.O. Ingrassia e Mario Desti, Alessandra Aragona e Teresa Ricca (U.O. Qualità).