

PUBBLICAZIONE

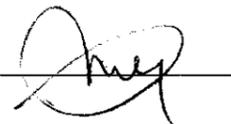
Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede

Legale dell'A.S.L. Roma 5 in data : 24 MAR, 2017

Il Direttore ad interim U.O.S. Affari Generali

L'addetto alla Pubblicazione

Dott.ssa Nicoletta Carboni



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore ad interim U.O.S. Affari Generali

Dott.ssa Nicoletta Carboni

Tivoli, _____

**REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5**

DELIBERAZIONE N° 000243 DEL 24 MAR, 2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIREZIONE SANITARIA

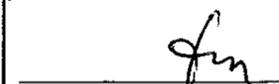
OGGETTO: REVISIONE PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Francesco Malatesta

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)



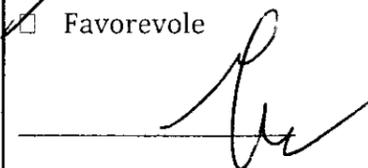
data 22-3-17

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Domenico Bracco

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)



Dott. Ugo Gremigni
data 23/03/2017

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

Senza osservazioni

Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente

data

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa _____

Registrazione n° CONTRAGG 25 f del 21.03.2017

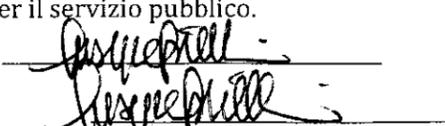
Il Direttore UOC Bilancio e Contabilità Generale Dott. Fabio Filippi



Il Dirigente proponente con la sottoscrizione del presente a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Il Responsabile del Procedimento (dott. Giuseppe Sabatelli)

Il Dirigente Responsabile (dott. Giuseppe Sabatelli)



La presente Deliberazione è composta da n.2 pagine più n.2 allegati.

L' allegato n. 1 è composto da n. 1 pagina

L'allegato n. 2 è composto da n. 25 pagine

Il Direttore Sanitario Aziendale relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il presente schema di deliberazione:

VISTA la Deliberazione n. 1025 del 21/12/2016 recante "Adozione Procedura per l'implementazione della Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute sulla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale";

VISTA la richiesta di rettifica inviata dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro nonché Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, dott. Giuseppe Nicolò, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso (Allegato n. 1);

VISTA la Revisione della procedura trasmessa dal Responsabile della UOS Risk Management dott. Giuseppe Sabatelli, sulla base delle indicazioni contenute nel succitato Allegato n.1;

Per quanto espresso nelle premesse ed in narrativa, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, si propone al Direttore Generale:

- 1) di approvare ed adottare per i motivi esposti in premessa la revisione della «Procedura per l'implementazione della Raccomandazione N. 4 del Ministero della Salute sulla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale» nel testo che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- 2) di dare mandato alla UOS Risk Management di notificare il presente atto a tutte le strutture esplicitate nella Lista di distribuzione che, sulla base della Matrice di responsabilità, sono tenuti alla corretta e completa diffusione della Procedura alle UU.OO. interessate e al personale ad esse afferente;
- 3) di dare mandato a tutte le strutture aziendali coinvolte sulla base degli Ambiti di applicazione, della Matrice di responsabilità e delle Modalità esecutive contenute all'interno della Procedura, di fornire la massima collaborazione per la sua corretta implementazione;
- 4) di dare mandato alla UOS Risk Management di notificare il presente atto alla UOS Innovazione Tecnologica e al Centro Stampa Aziendale perché ottemperino a quanto previsto dai punti 5), 6) e 7) secondo le rispettive competenze;
- 5) di dare mandato alla UOS Innovazione Tecnologica di pubblicare la succitata Procedura e la modulistica ad essa collegata sull'Intranet secondo le indicazioni fornite dal responsabile della UOS Risk Management;
- 6) di dare mandato al Centro Stampa Aziendale di rendere disponibile alle strutture aziendali la modulistica allegata alla procedura e di distruggere eventuali modelli di documento obsoleti o in contrasto con la Procedura secondo le indicazioni fornite dal responsabile della UOS Risk Management;
- 7) di dare mandato alla UOS Innovazione Tecnologica di assicurarsi che eventuali progetti di informatizzazione della cartella sanitaria rispettino i contenuti, la modulistica e le modalità operative previste dalla Procedura;
- 8) che la presente Deliberazione espliciti i suoi effetti a partire dal giorno successivo alla data di approvazione;
- 9) di annullare qualsiasi altro atto precedente in contrasto con quanto previsto dalla presente Deliberazione;
- 10) di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1 della Legge 18/09/2009 n. 69.

Si dichiara che il presente schema di deliberazione è stato istruito e proposto dalla Direzione Sanitaria Aziendale nel rispetto delle procedure aziendali, della legislazione vigente e dei requisiti di utilità e opportunità dell'attività aziendale.

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Domenico Bracco

Il Direttore Generale con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00251 del 04/12/2015

DELIBERA

- 1) di approvare ed adottare per i motivi esposti in premessa la revisione della «Procedura per l'implementazione della Raccomandazione N. 4 del Ministero della Salute sulla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale» nel testo che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- 2) di dare mandato alla UOS Risk Management di notificare il presente atto a tutte le strutture esplicitate nella Lista di distribuzione che, sulla base della Matrice di responsabilità, sono tenuti alla corretta e completa diffusione della Procedura alle UU.OO. interessate e al personale ad esse afferente;
- 3) di dare mandato a tutte le strutture aziendali coinvolte sulla base degli Ambiti di applicazione, della Matrice di responsabilità e delle Modalità esecutive contenute all'interno della Procedura, di fornire la massima collaborazione per la sua corretta implementazione;
- 4) di dare mandato alla UOS Risk Management di notificare il presente atto alla UOS Innovazione Tecnologica e al Centro Stampa Aziendale perché ottemperino a quanto previsto dai punti 5), 6) e 7) secondo le rispettive competenze;
- 5) di dare mandato alla UOS Innovazione Tecnologica di pubblicare la succitata Procedura e la modulistica ad essa collegata sull'Intranet secondo le indicazioni fornite dal responsabile della UOS Risk Management;
- 6) di dare mandato al Centro Stampa Aziendale di rendere disponibile alle strutture aziendali la modulistica allegata alla procedura e di distruggere eventuali modelli di documento obsoleti o in contrasto con la Procedura secondo le indicazioni fornite dal responsabile della UOS Risk Management;
- 7) di dare mandato alla UOS Innovazione Tecnologica di assicurarsi che eventuali progetti di informatizzazione della cartella sanitaria rispettino i contenuti, la modulistica e le modalità operative previste dalla Procedura;
- 8) che la presente Deliberazione espliciti i suoi effetti a partire dal giorno successivo alla data di approvazione;
- 9) di annullare qualsiasi altro atto precedente in contrasto con quanto previsto dalla presente Deliberazione;
- 10) di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1 della Legge 18/09/2009 n. 69.

Il Direttore Amministrativo
Dr. Francesco Malatesta



Il Direttore Generale
Dr. Vitaliano De Salazar



Il Direttore Sanitario
Dott. Domenico Bracco
Dott. Ugo Grignani



Dipartimento di Salute Mentale
E Dipendenze Patologiche
Il Direttore
Dr. Giuseppe Nicolò

Prot. 197/90

Colleferro li 13/02/2017

Al Responsabile Risk Management
Dott. Giuseppe Sabatelli

Oggetto: Rettifica deliberazione n° 1025 del 21/12/16: “Adozione procedura per l’implementazione della raccomandazione n°4 del Ministero della Salute sulla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”.

In relazione alla pubblicazione della deliberazione in oggetto riguardante la prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero, come già segnalato per le vie brevi si sono notate, purtroppo ex post, alcune imprecisioni e refusi, ed è urgente che siano formalmente modificate (punto 6.2).

In sintesi :

- 1) al punto 5.4.2 primo punto dopo la parola effettuare, **aggiungere** “NEI CASI DI RISCHIO SUICIDARIO RITENUTO ELEVATO O IMMINENTE, giri di verifica....”;
- 2) al punto 5.4.2 quarto punto Assicurare la presenza per quanto discreta di personale.....durante bagno e la doccia **aggiungere** “NEL CASO IN CUI TALI LOCALI NON SIANO STATI REALIZZATI CON DISPOSITIVI ANTIIMPICCAGIONE”;
- 3) il punto punto 6.2 va completamente cassato in quanto è chiaramente un refuso.

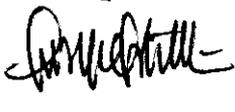
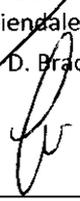
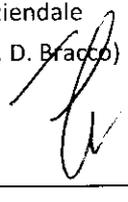
Cordiali saluti.

Il Direttore DSM e Dipendenze Patologiche
Dott. Giuseppe Nicolò

La firma autografa è sostituita con l’indicazione a stampa del nominativo del Funzionario Responsabile ai sensi dell’art. 6 quater del D.L. 12 gennaio 1991 n. 6 così come modificato in Legge n. 80 del 15 marzo 1991.

 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 0 di 24</p>

PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

Revisione	Data	Causale	Elaborazione	Verifica	Approvazione
R_00 (Emissione)	21/12/16	IRM (Implementazione Raccomandazione Ministeriale)	Gruppo di lavoro istituito con Deliberazione n. 254 del 31 marzo 2015 coordinato dal Dott. G. Nicolò	Risk Manager (Dott. G. Sabatelli) 	Direttore Sanitario Aziendale (Dott. D. Bracco) 
Revisione	Data	Causale Revisione	Elaborazione	Verifica	Approvazione
R_01	15/03/17	Correzione punto 5.4.2 Cassazione punto 6.2	Gruppo di lavoro istituito con Deliberazione n. 254 del 31 marzo 2015 coordinato dal Dott. G. Nicolò	Risk Manager (Dott. G. Sabatelli) 	Direttore Sanitario Aziendale (Dott. D. Bracco) 

LISTA DI DISTRIBUZIONE:

- 1) Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri
- 2) Direzione Dipartimento Salute Mentale
- 3) UOC Personale Infermieristico e Ostetrico

TEMPI E MODALITÀ DI REVISIONE:

Le procedure vengono revisionate con cadenza di norma biennale ovvero a seguito della emissione di nuove disposizioni legislative a livello nazionale e/o regionale, nonché di cambiamenti organizzativi e/o gestionali all'interno dell'Azienda.

La procedura è visionabile e scaricabile all'indirizzo:

<https://intranet.aslromag.it/newintra/risk-management/> alla sezione: Procedure aziendali





PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

INDICE

1.0	Scopo	2
2.0	Ambiti di applicazione	2
3.0	Definizioni e abbreviazioni	3
4.0	Matrice delle responsabilità	3
5.0	Modalità esecutive	4
	5.1 <i>La presa in carico e la valutazione dei fattori di rischio</i>	4
	5.2 <i>La gestione del paziente a rischio di suicidio</i>	5
	5.2.1 Misure preventive e di sicurezza	5
	5.2.1.1 <i>Strutturali</i>	5
	5.2.1.2 <i>Sotto il diretto controllo del personale</i>	5
	5.2.1.3 <i>Organizzative</i>	6
	5.3 <i>Percorso clinico-assistenziale</i>	6
	5.4 <i>Gestione del paziente a rischio in SPDC</i>	7
	5.4.1 Al momento del ricovero	7
	5.4.2 Durante il ricovero	7
	5.4.3 Prima della dimissione dal reparto	7
	5.5 <i>Gestione del paziente a rischio in altro reparto di degenza</i>	8
	5.5.1 Al momento del ricovero	8
	5.5.2 Durante il ricovero	8
	5.5.3 Prima della dimissione dal reparto	9
	5.6 <i>Formazione del personale</i>	9
6.0	Monitoraggio dell'evento sentinella numero 10: "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale"	10
	6.1 <i>Modalità di segnalazione</i>	10
7.0	La comunicazione dell'evento suicidario e il supporto ai soggetti coinvolti	11
	7.1 <i>La comunicazione ai familiari</i>	11
	7.1.1 Caratteristiche del processo di comunicazione	11
	7.1.2 Azioni da compiere prima dell'incontro	11
	7.1.3 Quando deve avvenire la comunicazione	11
	7.1.4 Contenuti fondamentali della comunicazione	11
	7.1.5 Conduzione del colloquio	12
	7.1.6 Supporto psicologico	12
	7.1.7 Conclusione dell'incontro	12
	7.2 <i>Supporto agli operatori coinvolti</i>	13
	7.3 <i>Supporto agli altri degenti</i>	13
	7.4 <i>Comunicazione esterna</i>	14
8.0	Riferimenti	15
9.0	Archiviazione e diffusione	15
10.0	Modulistica e allegati	15
	Diagrammi di flusso	16

8

 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n_01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 2 di 24</p>

1.0 Scopo

La conoscenza dei fattori di rischio suicidario consente l'adozione di strategie efficaci per la riduzione dell'evento suicidio in ospedale attraverso l'individuazione di: strumenti di valutazione dei paziente; profili assistenziali per i pazienti che hanno una ideazione suicidaria o tentano il suicidio, che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione; processi organizzativi; formazione degli operatori; idoneità degli ambienti e delle strutture. Questo documento intende implementare la Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute sulla Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale, del marzo del 2008.

L'obiettivo è migliorare la capacità degli operatori di rilevare il rischio suicidario dei pazienti anche attraverso una attività di formazione/ informazione del personale sanitario e prevenire/ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno dell'ospedale, fornendo uno strumento di lavoro che dia indicazione sia di tipo proattivo-preventivo che reattivo, nel caso in cui si verifichi un evento del genere.

2.0 Ambiti di applicazione

Questa procedura si applica a tutti i pazienti che afferiscono ai reparti/servizi a rischio dei Presidi Ospedalieri della ASL Roma 5. Atteso che il suicidio e/o il tentato suicidio possono verificarsi in tutto l'ambito ospedaliero, sono considerate a maggior rischio le seguenti Unità Operative (di seguito UO):

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Oncologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Dipartimento di Emergenza
- Geriatria

nonché gli spazi comuni quali scale, terrazzi, vani di servizio, dove il controllo risulta essere minore. Tutto il personale medico, infermieristico, ausiliario e di supporto, sia dipendente che esternalizzato della ASL Roma 5 è tenuto al rispetto della procedura.

AS

ASL
ROMA 5

UOS RISK MANAGEMENT

REGIONE
LAZIOPROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL
MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN
OSPEDALERevisione n. 0±
Revisione programmata: 2019
Codice: RM_04_IRM_04_R_01
Pagina 3 di 24

3.0 Definizioni ed abbreviazioni

Gesto autolesivo	Gesto intenzionale per autoinfliggersi ferite
Tentato suicidio	Evidenza di un comportamento finalizzato a procurarsi la morte che ha procurato lesioni non fatali
Mancato suicidio	Nonostante l'utilizzo di mezzi adeguatamente lesivi, il soggetto sopravvive grazie a circostanze impreviste
Suicidio	Decesso a seguito di un comportamento finalizzato a procurarsi la morte
Evento Sentinella	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive
Intensificazione della sorveglianza	Sorveglianza continuativa della persona al fine di prevenire gesti o comportamenti lesivi verso se stessi o verso terzi
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
DSM	Dipartimento Salute Mentale
CSM	Centro Salute Mentale
RM	Risk Manager
DS	Direzione Sanitaria
PO	Presidio Ospedaliero

4.0 Matrice delle Responsabilità

Attività	DS PO	Direttore DSM	Direttore SPDC/UOC	Medico	Infermiere/ Coordinatore	Personale di supporto	RM
Diffusione della procedura all'interno della struttura	R	C	C	C	C	I	I
Applicazione della procedura all'interno della UOC	I	I	R	C	C	I	I
Monitoraggio della corretta applicazione	I	I	R	C	C	I	I
Anamnesi mirata nei pazienti a rischio			I/R	R	C	I	
Attivazione del percorso clinico assistenziale			I/R	R	C	I	
Segnalazione del paziente a rischio al personale assistenziale			I/R	R	C	I	
Controllo dei pazienti a rischio			C/R	C	R	C	
Attivazione delle procedure organizzative			R	C	C	I	C
Formazione del personale	C	R	C/R	C	C	C	C
Segnalazione del suicidio/tentato suicidio	I	I	R	C	C	C	I
Implementazione della procedura	C		R	C	C	C	I
Alimentazione del flusso SIMES							R

Legenda:

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Interessato

8

 <p>SESTIMA S. LUCIA C. P. L. T. T. S. S. S. ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n.-01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 4 di 24</p>

Le Direzioni Sanitarie di Presidio sono responsabili della diffusione della presente procedura a tutte le Unità Operative interessate, nonché del monitoraggio e della verifica della sua attuazione. I Direttori delle Unità Operative sono responsabili della diffusione presso tutto il personale operante all'interno della U.O. della presente procedura e della relativa applicazione alla pratica assistenziale.

5.0 Modalità esecutive

5.1 La presa in carico del paziente e la valutazione dei fattori di rischio suicidario

La corretta presa in carico del paziente costituisce un momento fondamentale sia per la conoscenza che per la fidelizzazione del paziente nei confronti della struttura. È necessario creare un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, rendendo così evidenzabili i fattori di rischio da monitorare.

A questo proposito è importante ricordare che non bisogna avere mai alcun riserbo (anche da parte del medico non psichiatra) nel chiedere direttamente al soggetto l'eventuale presenza di idee suicidarie, perché far esprimere il paziente sui propri vissuti e sulle proprie intenzioni ha sempre un effetto tranquillizzante e non determina mai un aumento del potenziale rischio, ma semmai lo attenua.

La valutazione del rischio suicidario si basa su:

- Anamnesi, considerando in particolare eventi autolesivi e familiarità al suicidio, abusi sessuali, presenza di avversità nel recente passato
- Analisi socioculturale del paziente, in particolare per quanto riguarda l'isolamento sociale
- Accertamento delle condizioni cliniche con particolare attenzione a:
 - Sindromi cerebrali organiche
 - Patologie psichiatriche (ad esempio: depressione, disordine bipolare, schizofrenia, ed altri disturbi psicotici, disordini di personalità con comportamento aggressivo o narcisistico, personalità *borderline* o antisociale, disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva)
 - Abuso o dipendenza da alcol, stupefacenti, psicofarmaci, da gioco ecc.
 - Ansia
 - Attacchi di panico
 - Insonnia
 - Patologia terminale
- Esame obiettivo per individuare segni tipici di alcoolismo, tossicodipendenza o altro
- Rilevazione di altri segni, tra cui: difficoltà di ragionamento, riferimenti al suicidio, assenza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione, percezione di catastroficità degli eventi, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro, eccessivo interesse o disinteresse totale per la religione, possesso maniaco di farmaci, pensiero fisso di fare testamento.



	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT</p>	
<p align="center">PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p align="right"> Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 5 di 24 </p>

Nel caso in cui il medico non psichiatra sospetti un rischio suicidario nel soggetto, dovrà compilare il *Questionario per la valutazione del rischio suicidario e l'indicazione alla consulenza psichiatrica* (Allegato 1), uno strumento progettato per orientare una prima valutazione dell'ideazione suicidaria e del rischio di suicidio. Se il punteggio del *Questionario* è superiore o uguale a 6 (sei), si passa alle attività descritte nel punto successivo.

5.2 La gestione dei paziente a rischio di suicidio

Se a seguito della valutazione clinica di cui al punto precedente, il paziente risulta essere a rischio suicidario, o se manifesta intenzioni auto lesive, è necessario:

1. richiedere una consulenza psichiatrica, le cui conclusioni vanno scritte nella cartella clinica del paziente.
2. informare il personale di assistenza sulla presenza di paziente a rischio di evento suicidario
3. registrare in cartella la positività dell'anamnesi
4. attuare le misure preventive e di sicurezza di cui al paragrafo 5.2.1
5. attivare il percorso clinico assistenziale

5.2.1 Misure preventive e di sicurezza

Comprendono tutte le misure di sicurezza strutturali, ambientali e organizzative che gli operatori sanitari, ciascuno in relazione al proprio ruolo e alla propria responsabilità, possono attivare per evitare il verificarsi dell'evento.

In caso di paziente a rischio il medico, con la collaborazione del coordinatore infermieristico, deve compilare la *Scheda interventi preventivi e di sicurezza per pazienti a rischio suicidario* (Allegato 2), inserirla nella documentazione sanitaria ed informare tutto il personale del suo contenuto.

5.2.1.1 Strutturali

Nel rispetto della dignità della persona, è opportuno disporre che il paziente sia collocato in ambienti con le seguenti caratteristiche, ove possibile:

- Dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza nei bagni, allarmi
- Infissi di sicurezza (soprattutto nei piani alti), vetri antisfondamento
- Assenza di campanelli a corda
- Biancheria e materassi ignifughi
- Bagno della stanza di degenza con apertura anche dall'esterno
- Ubicazione "protetta" dell'eventuale televisore e di altri oggetti potenzialmente pericolosi

5.2.1.2 Sotto il diretto controllo del personale

- Medicheria e servizi con operatore presente o, in sua assenza, con porte e finestre chiuse
- Verificare la restituzione di posate, piatti e bicchieri, anche se di plastica
- Divieto di possedere o utilizzare in reparto accendini personali



 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n-01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 6 di 24</p>

- Foratura sul fondo delle buste di plastica in possesso dei pazienti
- Carrello delle pulizie conservato in ambiente custodito
- Finestre manovrate solo dal personale

5.2.1.3 Organizzative

Le misure elencate sono da adottare nell'ordine di priorità sotto riportato:

- Informare tutto il personale sul rischio suicidario
- Informare i familiari sul rischio suicidario del loro congiunto
- Predisporre un controllo maggiore durante i trasferimenti
- Evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità di vigilanza, proporzionali alla gravità del rischio
- Posizionare il paziente in una stanza di degenza in cui è più facile il controllo da parte del personale di assistenza
- Richiedere la consulenza psichiatrica nei casi in cui si sia manifestata palesemente una volontà suicida
- Porre particolare attenzione durante le ore notturne, serali e festive in cui il personale è numericamente ridotto

5.3 Percorso clinico assistenziale

Qualora dall'anamnesi emerga un sospetto diagnostico da approfondire o possibili fattori di rischio, il medico dovrà registrare in cartella clinica la positività dell'anamnesi informandone tutto il personale di assistenza, visto che il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione. Il paziente a rischio, oltre ad una accurata valutazione, richiede anche una presa in carico che comporti:

- Coinvolgimento di tutti gli operatori al fine di cogliere eventuali segni premonitori di un evento suicidario
- Maggior coinvolgimento possibile della famiglia e degli amici, anche nella fase di valutazione oltre che in quella di gestione di eventuali segni premonitori
- Comunicazione costante ed adeguata all'interno del personale deputato all'assistenza e tra questo, il paziente e i familiari
- Segnalazione del paziente ai servizi territoriali e sociosanitari competenti per residenza, già durante il ricovero, al fine di garantire una corretta presa in carico e adeguata continuità assistenziale



 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 7 di 24</p>

5.4 Gestione del paziente a rischio in SPDC

5.4.1 Al momento del ricovero

- Quando lo Psichiatra propone il ricovero di un paziente a rischio suicidario dal Pronto Soccorso o da altra Unità di degenza in SPDC deve assicurare che il trasferimento del paziente in SPDC sia operato in condizioni di sicurezza.
- Per quanto possibile, evitare che il paziente sia ricoverato in stanza singola e, nei limiti del possibile, preferire stanze attigue alla medicheria.
- Al momento dell'entrata in Reparto, il medico di guardia organizza una breve riunione con tutti gli operatori presenti, per comunicare le notizie cliniche riguardanti il paziente e la sua appartenenza a questa categoria di rischio. Di tale riunione deve esser tenuta nota in cartella clinica e nelle consegne di medici ed infermieri.

5.4.2 Durante il ricovero

- Nei casi di rischio suicidario ritenuto elevato o imminente effettuare giri di verifica ogni 15 minuti con variazioni che possono arrivare a giri ogni 5 minuti fino alla presenza ripetuta di un infermiere presso un paziente in relazione al suo livello di rischio. Il giro di verifica può avere una cadenza oraria in presenza di sistemi di videosorveglianza remota.
- Mantenere il contatto con il paziente, proponendogli occasioni di relazione e inviandogli messaggi di sicurezza e attenzione.
- Informare e aggiornare i parenti del paziente, ove non già consapevoli, sul rischio suicidario.
- Assicurare la presenza, per quanto discreta, di personale infermieristico o ausiliario durante il bagno o la doccia, nel caso in cui tali locali non siano stati realizzati con dispositivi anti-impiccagione.
- Segnalazione quotidiana da parte del personale infermieristico, con annotazione nella cartella, del persistere o meno di manifestazioni comportamentali o espressioni verbali di ideazione autolesiva e/o grave angoscia.
- La cartella clinica va aggiornata quotidianamente con gli sviluppi del quadro clinico in riferimento alla ideazione suicidaria.
- La somministrazione dei farmaci deve essere attenta ad assicurare una assunzione costante ed a evitare che il paziente accumuli farmaci di nascosto.
- È indispensabile che per tale categoria di pazienti l'equipe territoriale che ha già o prenderà in cura il paziente effettui visite in reparto.

5.4.3 Prima della dimissione dal reparto

- Al fine di poter fare un bilancio del ricovero, indicando sia i miglioramenti che i punti fragili irrisolti e gli interventi e precauzioni adottate in merito, è necessario che, nel corso della degenza, vengano analizzati e contestualizzati i fattori destabilizzanti che hanno determinato il



 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n.01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 8 di 24</p>

ricovero e il loro grado di remissione. Tutte le informazioni che ne derivano saranno condivise con i colleghi del servizio territoriale che hanno o prenderanno in cura il paziente.

- Effettuare una ricognizione delle risorse sociali, ambientati e familiari per valutare la possibilità di fare affidamento su contesti di vita in grado di accogliere e proteggere il paziente.
- Somministrare al paziente la *Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio (C-SSRS) dall'ultima visita*, (Allegato 3).
- Effettuare un approfondito colloquio con i familiari chiarendo le condizioni di attuale compenso del paziente, senza trascurare la realtà della situazione di base.
- Il Servizio territoriale si premurerà di effettuare una visita di controllo entro 3 giorni dalla dimissione, se necessario anche al domicilio del paziente.

5.5 Gestione del paziente a rischio in altro reparto di degenza

Le azioni vanno adottate per pazienti che abbiano compiuto gesti autolesivi che li abbiano condotti al ricovero o che, sulla base della valutazione clinica, risultino a rischio per gesti autolesivi. Particolare attenzione andrà posta ai pazienti con anamnesi positiva per atti autolesivi o tentati suicidi, segnalati dai curanti territoriali o dai medici dei DEA/118, che tendano all'isolamento e/o esprimano grave angoscia e/o ideazione autolesiva al momento o nel corso del ricovero. Le UO afferenti a PO sprovvisti di SPDC possono richiedere consulenze ai CSM competenti per territorio.

5.5.1 Al momento del ricovero

- Valutazione nella raccolta anamnestica di eventuali precedenti atti autolesivi e/o tentati suicidi da parte del medico di guardia, di reparto o del referente del paziente in ambito territoriale.
- Condivisione delle conoscenze rispetto al rischio suicidario fra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza.
- Custodia di oggetti utilizzabili in modo improprio (lamette, rasoi, forbici, specchi, posate, profumi, detersivi ecc.) e verifica della riconsegna dopo l'uso da parte dei pazienti.
- Consentire le operazioni di ricarica delle batterie di cellulari o altri dispositivi elettronici solo in medicheria.
- Ritiro delle cuffiette acustiche se dotate di cavo

5.5.2 Durante il ricovero

- Tra medici ed infermieri va mantenuto un reciproco aggiornamento giornaliero sulle condizioni psichiche e fisiche del paziente, la adeguatezza delle cure, i possibili dubbi sulla assunzione delle terapie, così come sulla vita relazionale del paziente in reparto e sulle visite ricevute.
- Comunicazione tempestiva agli operatori di riferimento o al medico di reparto o al medico di guardia di qualsiasi manifestazione comportamentale o espressione verbale di ideazione autolesiva o grave angoscia da parte del paziente.
- Mantenimento del contatto visivo con pazienti che manifestino un atteggiamento di ritiro, cupo o circospetto.

84

 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 9 di 24</p>

- Richiesta di collaborazione ai parenti nell'assistenza quotidiana, durante gli incontri, nelle uscite dal reparto col paziente nonché nel prestare particolare attenzione agli oggetti potenzialmente pericolosi forniti al paziente.
- Monitoraggio delle reazioni del paziente alle visite dei familiari, in quanto lo stato mentale di questi pazienti e quindi anche il rischio suicidario, possono variare repentinamente a seguito di tali incontri, registrando in cartella eventuali condizioni critiche relazionali.
- Attenzione particolare a portatori di agocannula, tracheotomia, catetere vescicale o con terapia infusoriale in corso.
- Lo psichiatra/psicologo discute con i colleghi degli altri reparti e cerca soluzione a possibili situazioni di rischio legate alle caratteristiche del contesto di degenza; inoltre, concorda e condivide con loro e con i parenti del paziente un sistema di sostegno rispetto alla situazione di rischio suicidario.
- Il medico del reparto, in collaborazione con lo psichiatra consulente valuta, per ogni singolo paziente, l'opportunità di attivare un piantonamento che sarà disposto dalla DS fino al momento in cui le condizioni cliniche non consentiranno il trasferimento in SPDC.

5.5.3 Prima della dimissione dal reparto

- Nel caso di dimissioni da altri reparti senza transito in SPDC, lo psichiatra/psicologo deve attivare il percorso clinico-assistenziale descritto al punto 5.3 come se il paziente fosse dimesso dall'SPDC.
- La terapia di dimissione va discussa col paziente, se possibile insieme ai parenti, anche per definire modalità di monitoraggio della assunzione ed eventuale gestione di farmaci ad alta pericolosità, non sostituibili da farmaci *long acting*, da parte dei parenti. In caso di impossibilità di questi controlli, va valutata l'utilità e la pericolosità di ogni farmaco e le possibili alternative, per le decisioni in merito.
- Prima della dimissione, prenotare una visita di controllo al CSM di riferimento.

5.6 Formazione del personale

Come suggerito dalla Raccomandazione Ministeriale, va effettuata una formazione specifica del personale, con particolare richiami alle modalità di comunicazione, sui rischi connessi al suicidio, sulle modalità di prevenzione e controllo.

Nelle Aree critiche (SPDC, Dipartimento di Emergenza, Oncologia, Ostetricia per la fase post-parto, Pediatria per la fascia adolescenziale) è opportuno ampliare il numero dei professionisti da coinvolgere nelle attività di formazione.

La formazione sul tema dei suicidi è importante per garantire costante attenzione da parte dei professionisti al problema e per implementare strumenti e interventi mirati a migliorare le capacità di riconoscimento, registrazione e trattamento.

Gli obiettivi della formazione devono prevedere lo sviluppo delle seguenti competenze:

- Identificare precocemente le situazioni a rischio



 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n°01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 10 di 24</p>

- Conoscere ed adottare le idonee misure di prevenzione, specie in caso di rischio accertato
- Realizzare un costante presidio della sicurezza ambientale

Affinché la prevenzione sia sempre garantita è importante prevedere nella fase di inserimento e addestramento di nuovi operatori un richiamo alle competenze sopra esplicitate.

6.0 Monitoraggio dell'evento sentinella numero 10: "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale"

Il "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" è un evento sentinella e pertanto va segnalato al Ministero della Salute alimentando il flusso SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità).

Il suicidio o tentato suicidio va considerato un evento sentinella quando:

- avviene all'interno della struttura sanitaria, anche se il paziente è presente nella struttura per ricevere prestazioni in regime di ricovero, per sottoporsi a visita specialistica o ad un controllo
- riguarda pazienti in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che eludono il monitoraggio del personale di assistenza

Sono esclusi invece i casi in cui il paziente muore accidentalmente nel tentativo di allontanarsi dalla struttura.

6.1 Modalità di segnalazione

In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente in ospedale l'operatore sanitario coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza, segnala per iscritto quanto accaduto al Direttore della UOC di appartenenza e alla Direzione Sanitaria del PO competente. L'operatore sanitario può anche compilare la *Scheda per la segnalazione di Eventi Avversi e quasi eventi (near miss)* disponibile sul portale intranet aziendale all'indirizzo <https://intranet.aslromag.it/newintra/risk-management/> (*Scheda Incident Reporting*). La scheda, il cui utilizzo è facoltativo e volontario, può essere compilata anche in forma totalmente anonima e inviata via mail all'indirizzo riskmanagement@aslromag.it o tramite posta interna a: UOS Risk Management, via Acquaregna 1 - 15 - 00019 Tivoli.

Il Direttore della UOC, o il suo sostituto, entro dodici ore dal momento in cui ne è venuto a conoscenza, dovrà inviare una relazione dettagliata alla Direzione Sanitaria del PO, alla Direzione del DSM e al RM, completa di tutta la documentazione utile e disponibile.

Il RM, sulla base della documentazione fornita, provvederà ad alimentare il flusso SIMES compilando la Scheda A e la Scheda B nei tempi previsti dalla procedura ministeriale e attiverà gli strumenti di *risk analysis* più idonei per la definizione dei fattori causali e contribuenti, secondo un approccio *no-blame*, sistemico e volto al miglioramento continuo della qualità.



 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N° 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 11 di 24</p>

7.0 La comunicazione dell'evento suicidario e il supporto ai soggetti coinvolti

7.1 La comunicazione ai familiari

Il Direttore della UOC, con il supporto del Direttore del DSM, della Direzione Sanitaria del PO e della Direzione dell'Azienda, stabiliranno chi dovrà comunicare quanto accaduto ai familiari, sulla base non solo del ruolo ricoperto, ma anche del rapporto stabilito dai membri dell'équipe assistenziale con il paziente durante la degenza.

7.1.1 Caratteristiche del processo di comunicazione

Il processo di comunicazione prende la forma di un dialogo che si prolunga nel tempo e che può prevedere vari colloqui. L'approccio deve essere aperto e trasparente; debbono essere fornite le informazioni sull'evento accaduto, anche per prevenire e ridurre il numero di contenziosi medico legali e mitigarne le conseguenze.

7.1.2 Azioni da compiere prima dell'incontro

- Recuperare e mettere a disposizione di chi condurrà il colloquio tutti gli elementi informativi che riguardano la situazione clinica del paziente ed ogni altra informazione importante sull'accaduto
- Acquisire informazioni sulle caratteristiche demografiche, socio-culturali ed etniche del paziente per poter tarare e gestire con attenzione e sensibilità il colloquio
- Prevedere eventualmente la disponibilità di persone di sostegno, un interprete, un mediatore culturale, uno psicologo

7.1.3 Quando deve avvenire la comunicazione

La comunicazione e spiegazione iniziale dovrebbero avvenire il prima possibile, infatti il ritardo può suscitare nei familiari l'impressione che vi sia reticenza.

Debbono essere assicurate condizioni di riservatezza e va scelto per la comunicazione un luogo appartato e senza interferenze, con la possibilità di comunicare con l'esterno.

7.1.4 Contenuti fondamentali della comunicazione

Durante l'incontro dovranno essere espressi in modo comprensibile ai familiari i seguenti contenuti fondamentali:

- **Debriefing:** processo che favorisce la mobilitazione delle capacità di superamento del vissuto traumatico da parte di un individuo attraverso un dialogo nel corso del quale si affrontano progressivamente fatti, pensieri ed emozioni al fine di ristabilire una maggior comprensione dell'avvenimento e di permetterne l'inserimento nel corso della propria esistenza
- Descrizione chiara dell'evento
- Non attribuire colpe ad altri operatori, a meno che l'errore sia chiaramente attribuibile



	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT</p>	
<p align="center">PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p align="right"> Revisione n-01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 12 di 24 </p>

- Chiarire che tutti gli operatori coinvolti sono sinceramente dispiaciuti di quanto avvenuto
- Fornire ai familiari informazioni sulle procedure per la eventuale richiesta di risarcimento.

7.1.5 Conduzione del colloquio

La comunicazione deve essere gestita con molta attenzione, perché le persone a vario titolo coinvolte hanno uno stato emotivo alterato. Coloro che attuano il colloquio devono essere preparati a gestire una gamma di reazioni emotive, quali la rabbia, le lacrime e la disperazione. Durante il colloquio va stabilito un rapporto empatico con i parenti, basato su onestà, trasparenza, partecipazione e solidarietà. È utile:

- Descrivere i fatti realmente avvenuti con spiegazione dei termini medici eventualmente utilizzati
- Fornire informazioni sulla ricostruzione dell'accaduto
- Lasciare ai familiari un tempo sufficiente per assimilare le informazioni e porre domande
- Far esprimere ai familiari tutte le conoscenze che possiedono rispetto all'evento ed il loro vissuto, in modo da condurre in forma mirata ed efficace il colloquio
- Accogliere con empatia tutte le reazioni emotive
- Indicare a chi rivolgersi e le modalità per avere ulteriori chiarimenti, anche in momenti successivi
- Programmare, se utili o richiesti, successivi incontri con gli interessati
- Dare un riferimento preciso ai familiari (nome e numero di telefono) di una persona a cui rivolgersi per assicurare un contatto certo per ogni ulteriore necessità
- Prendere nota di tutte le richieste di chiarimento e delle domande emerse, per le quali è necessario fornire ulteriori informazioni
- Illustrare le misure che erano adottate per evitare l'evento e quelle che sono state intraprese per prevenirne il ripetersi
- Essere preparati a rispondere a domande se simili eventi siano già avvenuti nell'ospedale o a pazienti curati da operatori coinvolti nel caso in questione (disporre di dati locali, regionali, nazionali).

7.1.6 Supporto psicologico

Fondamentale è il supporto psicologico ai familiari al momento della comunicazione dell'evento per consentire la "elaborazione" dell'accaduto ed offrire un sostegno nella prevenzione di ulteriori disagi. Vanno quindi fornite informazioni sul supporto psicologico disponibile all'interno ed all'esterno della struttura.

Nel caso di problematiche assistenziali, è necessario prevedere il supporto di un'assistente sociale, anche per l'espletamento delle pratiche successive al ricovero.

7.1.7 Conclusione dell'incontro

- Al termine dell'incontro dare spazio per domande e richieste di ulteriori chiarimenti
- Redigere un verbale



 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N° 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 13 di 24</p>

7.2 Supporto agli operatori coinvolti

Un suicidio o tentato suicidio in ospedale ha una ricaduta su tutto il team di assistenza, con reazioni emotive simili a quelle dei familiari, a cui si aggiungono:

- riduzione dell'autostima
- auto rimproveri
- depressione
- aumento dello stress fino al disturbo post-traumatico da stress
- perdita di speranza
- cambiamenti nel sistema di credenze
- timori di contenziosi legali

Le reazioni dei curanti sono influenzate dai seguenti fattori:

- posizione nell'organizzazione
- contesto (pubblico o privato)
- esperienza professionale
- esperienza di eventi simili precedenti
- età
- sesso
- distribuzione della responsabilità del caso (individuale o in team)
- qualità e durata della relazione
- personalità individuale
- disponibilità di un supervisore

Ne deriva la necessità di dare sostegno agli operatori che, a diverso titolo, sono stati coinvolti nell'evento attraverso:

- organizzazione di uno o più incontri con il team che si prendeva cura della persona suicida
- individuazione un consulente esterno che conduca il *debriefing* riducendo l'autocolpevolizzazione
- individuazione di un soggetto esterno alla UO per l'avvio di un audit sul caso per trovare una comprensione comune dell'atto suicidario

7.3 Supporto agli altri degenti

Attenzione dovrebbe essere posta alle possibili reazioni emotive di altri degenti coinvolti nell'evento (compagni di stanza, degenti con i quali il paziente aveva legato prima del gesto), interventi di *debriefing* potrebbero essere utili anche per prevenire eventuali fenomeni imitativi.

SP

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE F ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n-01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 14 di 24</p>

7.4 Comunicazione esterna

La comunicazione pubblica ai media dovrebbe:

- fornire una versione univoca di quanto accaduto, dopo aver effettuato un approfondimento con le parti in causa
- segnalare l'avvio di un approfondimento dell'evento
- garantire l'adozione di idonee misure preventive o correttive

Per garantire un approccio corretto è opportuno che ogni informazione relativa all'evento sia portata a conoscenza della Direzione Aziendale. La Direzione vaglierà le informazioni, nel rispetto dei diritti di cronaca e di riservatezza, stabilendo i tempi e i modi di diffusione della notizia più adatti e funzionali alla strategia complessiva dell'Azienda. Per questo è fondamentale che la Direzione venga tempestivamente informata dell'accaduto.

Qualora l'operatore venisse contattato da giornalisti con la richiesta di chiarimenti sull'evento, questo li deve invitare a rivolgersi al Direttore della UOC, evitando di fornire qualunque informazione sull'evento, come peraltro previsto dai codici deontologici delle professioni, dalla normativa del lavoro e relativa al segreto professionale.

85

 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 15 di 24</p>

8.0 Riferimenti

Ministero della Salute - Raccomandazione n° 4, marzo 2008 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

9.0 Archiviazione e diffusione

L'archiviazione della procedura viene effettuata dal Direttore e/o dal Coordinatore Infermieristico/Tecnico della U.O.C. in un luogo accessibile e noto a tutti gli operatori afferenti alla Struttura. È inoltre possibile reperire il documento sul Portale Aziendale. Il documento originale della procedura è archiviato presso la U.O.S. Risk Management. La diffusione avviene a cura della UOS Risk Management ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri aziendali e da questi ai Direttori e ai Coordinatori infermieristici dei reparti che, a loro volta, informano tutti i collaboratori ed acquisiscono le firme per ricevuta informazione.

10.0 Modulistica e allegati

Allegato 1: Questionario per la valutazione del rischio suicidario e l'indicazione alla consulenza psichiatrica

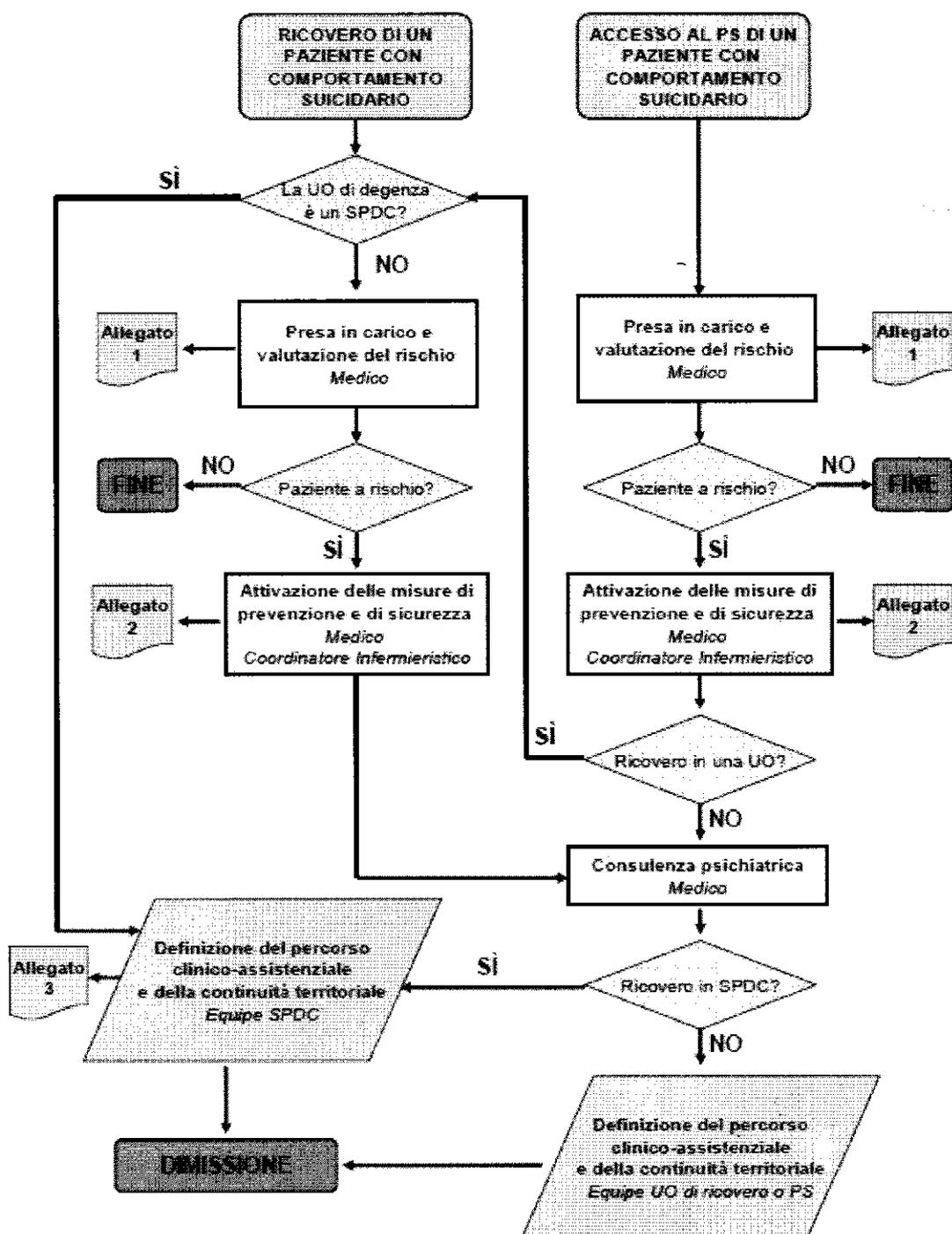
Allegato 2: Scheda interventi preventivi e di sicurezza per pazienti a rischio suicidario

Allegato 3: Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio (C-SSRS) dall'ultima visita

AS

Diagrammi di flusso

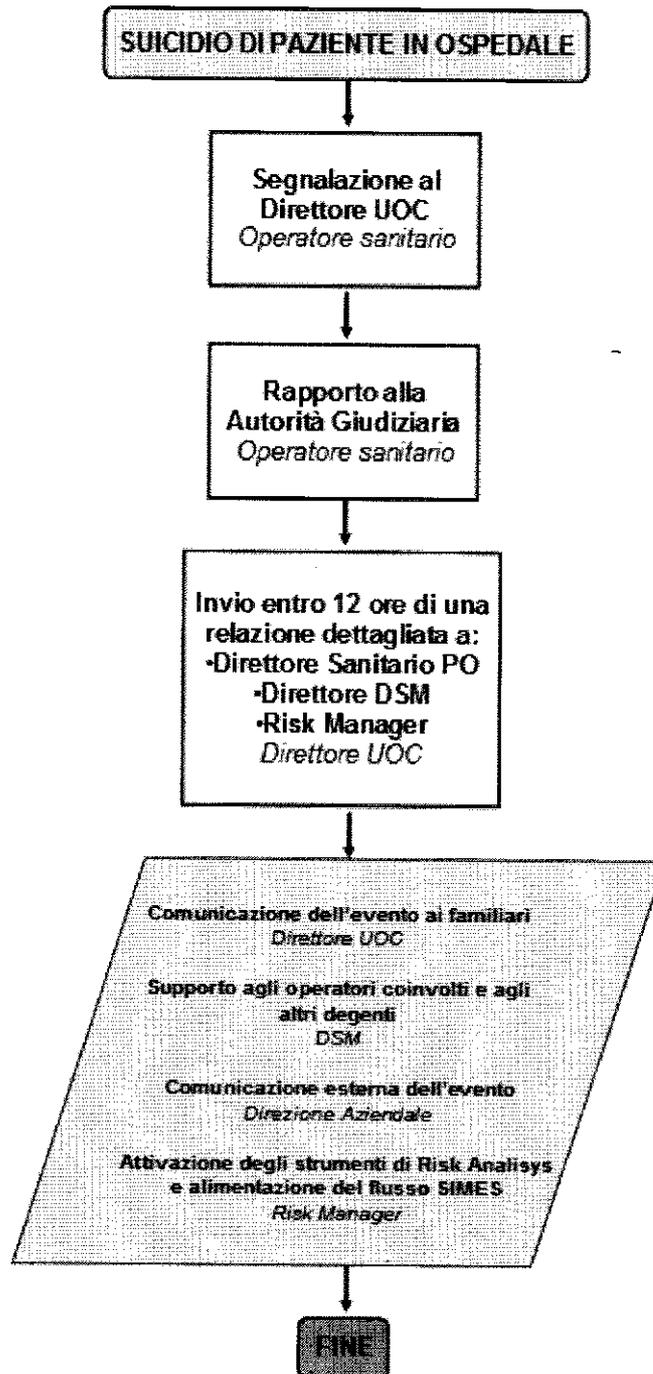
Gestione del paziente a rischio



8

 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 17 di 24</p>

Segnalazione di suicidio/tentato suicidio



15/11

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT	 REGIONE LAZIO
PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 18 di 24

Allegato 1



QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO E L'INDICAZIONE ALLA CONSULENZA PSICHIATRICA

NB: Questa scheda è parte integrante della cartella clinica

Cognome e nome del paziente:	Data di nascita: ___/___/___	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Unità Operativa:	Diagnosi:	

Premessa

Le idee di morte o di suicidio sono ampiamente diffuse nella popolazione generale e **non sono di per sé indicative di un rischio di suicidio**.

Le domande del presente questionario non hanno come obiettivo quello di identificare un rischio reale di suicidio, ma quello di aiutare il medico non psichiatra a mettere in risalto i pensieri o i vissuti che più frequentemente sono legati all'intenzione concreta di attuare un gesto suicidario.

Il questionario, quindi, deve essere somministrato dal medico a quei pazienti che, per la loro situazione clinico-esistenziale, inducono il sospetto di un'ideazione autolesionistica latente o inespressa e che pertanto possono necessitare di un approfondimento psichiatrico.

Crociare la casella di interesse e sommare il punteggio

Ha mai pensato alla morte o di voler morire?	MAI 0	RARAMENTE 1	SPESSO 2
Ha mai pensato che non valesse la pena vivere?	MAI 0	RARAMENTE 1	SPESSO 2
Ha mai pensato di voler porre fine alla tua vita?	MAI 0	RARAMENTE 1	SPESSO 2
Ha mai tentato il suicidio?	MAI 0	UNA VOLTA 1	DUE O PIÙ VOLTE 2
L'idea del suicidio è una preoccupazione attuale?	NO 0	SOLO SPORADICAMENTE 2	SÌ È UNA PREOCCUPAZIONE COSTANTE 6
PUNTEGGIO TOTALE (se è maggiore o uguale a 6 si consiglia una consulenza psichiatrica)			

DATA DI COMPILAZIONE ___/___/___	NOMINATIVO E FIRMA DEL MEDICO
--	--------------------------------------



 ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT	 REGIONE LAZIO
PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE		Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 19 di 24

Allegato 2



**SCHEDA INTERVENTI PREVENTIVI E DI SICUREZZA
PER PAZIENTI A RISCHIO SUICIDARIO**

NB: Questa scheda è parte integrante della cartella clinica

Cognome e nome del paziente:	Data di nascita: _/ _/ _	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Unità Operativa:	Diagnosi:	

Questa scheda va compilata a cura del Medico e del Coordinatore infermieristico alla messa in atto delle misure preventive e di sicurezza, sia durante il ricovero che alla dimissione. La scheda, va inserita in cartella clinica, e le misure attivate vanno portate a conoscenza di tutto il personale

Crociare la casella di interesse

MISURE PREVENTIVE ATTIVATE	
DURANTE IL RICOVERO	
	Allertato tutto il personale
	Osservazione costante del paziente
	Sensibilizzazione dei familiari sulla necessità di contribuire al controllo costante del paziente
	Sensibilizzazione dei familiari e degli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (ad esempio: cinture, lacci, taglienti, oggetti in vetro, farmaci, ecc.)
	Controllo costante della stanza di degenza e del bagno e allontanamento di qualunque oggetto potenzialmente pericoloso
	Vigilanza che il paziente non acceda a sostanze potenzialmente pericolose (ad esempio: farmaci, detersivi, ecc.)
	Chiusura con chiave della medicheria
	Chiusura con chiave di tutti i magazzini contenenti detersivi e/o presidi potenzialmente pericolosi
	Attivazione dei familiari/volontari/personale integrativo per l'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 di intensa routine
ALLA DIMISSIONE	
	Fornire tutte le informazioni utili sul rischio suicidario potenziale ai medici del reparto in cui il paziente potrebbe essere trasferito, o ai medici del servizio territoriale nell'ottica della continuità assistenziale
	Fornire recapiti telefonici utili in caso di necessità
	Altro (specificare):

DATA DI COMPILAZIONE _/ _/ _	NOMINATIVO E FIRMA DEL MEDICO
--	--------------------------------------

 <p>ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata: 2019 Codice: RM_04_IRM_04_R_01 Pagina 20 di 24</p>

Allegato 3



SCALA DELLA COLUMBIA UNIVERSITY PER LA
VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DEL RISCHIO DI SUICIDIO
(C-SSRS) DALL'ULTIMA VISITA

Versione 14/01/09

NB: Questa scheda è parte integrante della cartella clinica

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Declinazione di responsabilità:

Questa scala di valutazione è pensata per essere usata da medici qualificati.

Le domande contenute nella Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio (C-SSRS) sono suggerimenti per l'approfondimento.

In ultima analisi, la determinazione della presenza di suicidalità è subordinata alla valutazione clinica.

Le definizioni degli eventi relativi a comportamento suicidario in questa scala di valutazione si basano su quelle utilizzate nel **The Columbia Suicide History Form**, sviluppato da John Mann, MD e Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103-130, 2003.)

©2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

Cognome e nome del paziente:	Data di nascita: _ / _ / _	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Unità Operativa:	Diagnosi:	

2



PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL
MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN
OSPEDALE

Revisione n. 01
Revisione programmata: 2019
Codice: RM_04_IRM_04_R_01
Pagina 21 di 24

IDEAZIONE SUICIDARIA		Dall'ultima visita	
<p>Porre le domande 1 e 2. Se la risposta ad entrambe è negativa, passare alla sezione COMPORTEMENTO SUICIDARIO. Se la risposta alla domanda 2 è Sì, porre le domande 3, 4 e 5. Se la risposta alle domande 1 e/o 2 è Sì, compilare la sezione INTENSITÀ DELL'IDEAZIONE</p>			
<p>1. Desiderio di essere morto/a Il soggetto ammette di avere pensieri che riguardano il desiderio di essere morto o non più vivo oppure vorrebbe addormentarsi e non svegliarsi più. Ha desiderato di essere morto/a o di potersi addormentare e non svegliarsi più? Se Sì, descriva:</p>		<p>Sì <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Pensieri suicidari attivi non specifici Pensieri generici non specifici di voler mettere fine alla propria vita/di suicidarsi (ad es. "Ho pensato di uccidermi") senza pensieri sui modi di uccidersi/sui corrispondenti metodi, intenzione o piano durante il periodo di valutazione. Ha pensato veramente di uccidersi? Se Sì, descriva:</p>		<p>Sì <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Ideazione suicidaria attiva con qualsiasi metodo (nessun piano) senza l'intenzione di agire Il soggetto ammette di avere pensieri di suicidio e ha pensato ad almeno un metodo durante il periodo di valutazione. Questo è diverso da un piano specifico con dettagli sul tempo, sul luogo o sul metodo (ad es. ha pensato al metodo per uccidersi, ma senza un piano specifico). Sono incluse le persone che dicono: "Ho pensato di prendere un'overdose di farmaci, ma non ho mai fatto un piano specifico su quando, dove o come lo farei veramente.....e non lo porterei mai a termine". Ha pensato a come potrebbe farlo? Se Sì, descriva:</p>		<p>Sì <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Ideazione suicidaria attiva con qualche intenzione di agire, senza un piano specifico Pensieri suicidari attivi di uccidersi con il soggetto che dichiara di avere qualche intenzione di metterlo in pratica, al contrario di "Ho questi pensieri ma certamente non farei niente in tal senso". Ha avuto questi pensieri e qualche intenzione di metterli in pratica? Se Sì, descriva:</p>		<p>Sì <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Ideazione suicidaria attiva con un piano specifico e con intenzione Pensieri di uccidersi con dettagli di un piano completamente o in parte organizzato e con il soggetto che ha qualche intenzione di realizzarlo. Ha iniziato ad organizzare o ha già organizzato i dettagli di come uccidersi? Ha intenzione di realizzare questo piano? Se Sì, descriva:</p>		<p>Sì <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>



**PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL
MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN
OSPEDALE**

Revisione n. 01
Revisione programmata: 2019
Codice: RM_04_IRM_04_R_01
Pagina 22 di 24

INTENSITÀ DELL'IDEAZIONE

I seguenti aspetti dovrebbero essere valutati per le tipologie di ideazione più gravi (cioè, in base alle risposte qui sopra da 1 a 5, dove 1 sta per la meno grave e 5 per la più grave)

N. tipo
(1-5)

Descrizione dell'ideazione

Più grave

Ideazione più grave:

Frequenza

Quante volte ha avuto questi pensieri?

- (1) Meno di una volta alla settimana
- (2) Una volta alla settimana
- (3) 2-5 volte alla settimana

- (4) Ogni giorno o quasi ogni giorno
- (5) Molte volte al giorno

Durata

Quando ha questi pensieri quanto tempo durano?

- (1) Passeggeri; pochi secondi o pochi minuti
- (2) Meno di un'ora/un po' di tempo
- (3) 1-4 ore/molto tempo

- (4) 4-8 ore/la maggior parte della giornata
- (5) Più di 8 ore/persistenti o continui

Controllabilità

Se voleva/vuole, riusciva/riesce a smettere di pensare ad uccidersi o a voler morire?

- (1) Riesce facilmente a controllare i pensieri
- (2) Riesce a controllare i pensieri con poca difficoltà
- (3) Riesce a controllare i pensieri con qualche difficoltà

- (4) Riesce a controllare i pensieri con molta difficoltà
- (5) Non riesce a controllare i pensieri
- (0) Non cerca di controllare i pensieri

Deterrenti

Ci sono delle cose - qualcuno o qualcosa (ad es. la famiglia, la religione, il dolore della morte) - che le hanno impedito di voler morire o di mettere in atto i suoi pensieri di suicidarsi?

- (1) I deterrenti le hanno certamente impedito di tentare il suicidio
- (2) I deterrenti gliel'hanno probabilmente impedito
- (3) È incerto/a che i deterrenti gliel'abbiano impedito

- (4) I deterrenti molto probabilmente non gliel'hanno impedito
- (5) I deterrenti non gliel'hanno certamente impedito
- (0) Non pertinente

Motivi dell'ideazione

Che tipo di motivi aveva per pensare di voler morire o di uccidersi? Era per mettere fine al dolore o al modo in cui si sentiva (in altre parole, non riusciva a continuare a vivere con quel dolore o nel modo in cui si sentiva) o era per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare una reazione da parte degli altri? O entrambe le cose?

- (1) Esclusivamente per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare una reazione da parte degli altri
- (2) Soprattutto per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare una reazione da parte degli altri
- (3) Sia per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare una reazione da parte degli altri, che per mettere fine al dolore

- (4) Soprattutto per mettere fine al dolore (non poteva continuare a vivere con quel dolore o nel modo in cui si sentiva)
- (5) Esclusivamente per mettere fine al dolore (non poteva continuare a vivere con quel dolore o nel modo in cui si sentiva)
- (0) Non pertinente

D



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 5

UOS RISK MANAGEMENT



REGIONE
LAZIO

PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL
MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN
OSPEDALE

Revisione n. 01
Revisione programmata: 2019
Codice: RM_04_IRM_04_R_01
Pagina 23 di 24

COMPORAMENTO SUICIDARIO	
Segni tutto ciò che è pertinente, purché si tratti di eventi separati; deve porre, le domande su tutte le tipologie	Dall'ultima visita
<p>Tentativo concreto Un atto potenzialmente autolesivo commesso con almeno qualche desiderio di morire in seguito a tale atto. Il comportamento era stato pensato in parte come metodo per uccidersi. L'intenzione non deve essere necessariamente del 100%. Se c'è una qualsiasi intenzione/una qualsiasi desiderio di morire associato all'atto, allora può essere considerato un tentativo concreto di suicidio. Non devono prodursi necessariamente lesioni o danni fisici, ma basta che ci sia la possibilità di lesioni o danni fisici. Se una persona preme il grilletto mentre ha la pistola in bocca, ma la pistola è rotta e perciò non si determina una lesione, questo è considerato un tentativo. Intenzione implicita: anche se un individuo nega l'intenzione/il desiderio di morire, lo si può dedurre clinicamente dal comportamento o dalle circostanze. Per esempio, da un atto altamente letale che chiaramente non è un incidente, non si può dedurre altra intenzione se non quella di suicidarsi (ad es. colpo di pistola alla testa, lanciarsi dalla finestra da un piano alto). Inoltre, se una persona nega l'intenzione di morire, ma pensa che quello che ha fatto poteva essere letale, si può dedurre comunque l'intenzione. Ha tentato il suicidio? Ha fatto nulla per farsi del male? Ha fatto qualcosa di pericoloso che avrebbe potuto causare la sua morte? Che cosa ha fatto? Ha _____ come modo per mettere fine alla sua vita? Voleva (anche solo un po') morire quando ha _____? Stava tentando di mettere fine alla sua vita quando ha _____? Oppure pensava che sarebbe potuto/a morire quando ha _____? Oppure l'ha fatto semplicemente per tutt'altre ragioni/senza NESSUNA intenzione di uccidersi (come ad esempio, per alleviare lo stress, per sentirsi meglio, per suscitare comprensione o per far succedere qualcosa'altra)? (Comportamento autolesivo senza intenzione suicida) Se Sì, descriva:</p>	<p>SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N. Totale di tentativi _____</p>
<p>Il soggetto ha manifestato un comportamento autolesivo non suicidario?</p>	<p>SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Tentativo interrotto Quando la persona viene fermata (da una circostanza esterna) dall'iniziare l'atto potenzialmente autolesivo (se non fosse stato per quello si sarebbe attuato un tentativo concreto). Overdose di farmaci: la persona ha in mano delle pillole, ma le viene impedito di ingerirle. Una volta che abbia ingerito delle pillole, questo diventa un tentativo interrotto. Spararsi: la persona ha la pistola puntata contro se stessa, ma qualcuno gliela toglie o le viene in qualche modo impedito di premere il grilletto. Una volta premuto il grilletto, anche se la pistola non spara, si tratta di un tentativo. Buttarsi: la persona è pronta a buttarsi, ma viene presa e portata via dai bordi. Impiccarsi: la persona ha il cospio attorno al collo, ma non si è ancora impiccata e le viene impedito di farlo. Le è mai capitato di iniziare a fare qualcosa per mettere fine alla sua vita, ma qualcuno o qualcosa glielo ha impedito prima che lei potesse farlo veramente? Se Sì, descriva:</p>	<p>SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N. Totale di tentativi interrotti _____</p>
<p>Tentativo fallito Quando una persona inizia a mettere in atto un tentativo di suicidio, ma si ferma prima di aver effettivamente dato inizio ad un comportamento autolesivo. Gli esempi sono simili a quelli dei tentativi interrotti, ma in questo caso il soggetto si ferma da solo, invece di essere fermato da qualcos'altro. Le è mai capitato di iniziare a fare qualcosa per mettere fine alla sua vita e di essersi fermato/a prima di averlo fatto veramente? Se Sì, descriva:</p>	<p>SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N. Totale di tentativi falliti _____</p>
<p>Comportamenti o atti preparatori Atti o preparativi per mettere in atto un tentativo di suicidio imminente. Questo può includere qualsiasi cosa che vada oltre la verbalizzazione o l'ideazione, come ad esempio procurarsi il necessario per il metodo specifico (ad es. comprare le pillole, acquistare una pistola) o prepararsi a morire tramite suicidio (ad es. regalando le proprie cose, scrivendo un biglietto di addio). Ha fatto qualche cosa per mettere in atto un tentativo di suicidio o per prepararsi a uccidersi (come mettere da parte le pillole, procurarsi una pistola, regalare oggetti di valore o scrivere un biglietto di addio)? Se Sì, descriva:</p>	<p>SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Comportamento suicidario Il comportamento suicidario era presente durante il periodo di valutazione.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Suicidio riuscito</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>



ASL
ROMA 5

UOS RISK MANAGEMENT



REGIONE
LAZIO

PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 DEL
MINISTERO DELLA SALUTE SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN
OSPEDALE

Revisione n. 01
Revisione programmata: 2019
Codice: RM_04_IRM_04_R_01
Pagina 24 di 24

<p>Compilare questa sezione solo in caso di tentativi concreti</p>	<p>Data del tentativo con la più elevata probabilità di esito letale:</p>
<p>Effettiva letalità/danni fisici</p> <p>0. Nessun danno fisico o danni fisici molto lievi (ad es. graffi superficiali)</p> <p>1. Danni fisici lievi (ad es. eloquio rallentato, ustioni di primo grado, lieve sanguinamento, slogature)</p> <p>2. Danni fisici moderati, necessaria l'assistenza medica (ad es. cosciente ma assonnato/a, parzialmente reattivo/a, ustioni di secondo grado, sanguinamento dai vasi sanguigni principali)</p> <p>3. Danni fisici abbastanza gravi; necessario il ricovero ospedaliero e probabilmente la terapia intensiva (ad es. stato comatoso con riflessi intatti, ustioni di terzo grado su meno del 20% del corpo, forte perdita di sangue con possibilità di recupero, fratture importanti)</p> <p>4. Danni fisici gravi; necessari il ricovero ospedaliero e la terapia intensiva (ad es. stato comatoso senza riflessi, ustioni di terzo grado su più del 20% del corpo, forte perdita di sangue con instabilità dei segni vitali, danni gravi a organi vitali)</p> <p>5. Morte</p>	<p>Inserire il numero di codifica</p> <p>_____</p>
<p>Letalità potenziale</p> <p>(Rispondere solo in caso di un punteggio pari a zero nella sezione Effettiva letalità)</p> <p>Probabile letalità per tentativi concreti in assenza di danni fisici (gli esempi seguenti, in assenza di effettivi danni fisici, avevano una letalità potenzialmente molto elevata: mettersi la pistola in bocca e premere il grilletto ma la pistola non spara, cosicché non provoca danni fisici; stendersi sui binari con un treno in arrivo ma spostarsi prima di essere investiti).</p> <p>0. Comportamento che difficilmente causerà lesioni</p> <p>1. Comportamento che può causare lesioni, ma che difficilmente può causare la morte</p> <p>2. Comportamento che può causare la morte nonostante le cure mediche disponibili</p>	<p>Inserire il numero di codifica</p> <p>_____</p>

DATA DI COMPILAZIONE

__/__/__

NOMINATIVO E FIRMA DEL MEDICO

[Handwritten signature]