



**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Amedeo Blasotti**

**Nominato con D.G.R.C. n. 323 del 21/06/2022**

**D.P.G.R.C. n. 103 del 04/08/2022**

N. 252 del 10.2.2025

**Strutture proponente:** U.O.C Qualità e Risk Management

**Oggetto: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4.**

La presente deliberazione si compone di n. 31 pagine, di cui n 25 allegati che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

La Dott.ssa Angela Maffeo, in qualità di Dirigente Responsabile dell'U.O.C. Qualità e Risk Management, propone la seguente deliberazione attestando, con la seguente sottoscrizione, che il provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico.

Il Dirigente Responsabile F.F.  
U.O.C Qualità e Risk Management  
Dr.ssa Angela Maffeo

SP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**La Dott.ssa Angela Maffeo, in qualità di Dirigente Responsabile F.F. dell'U.O.C. Qualità e Risk Management**

**PREMESSO che**

- Il Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di Assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III, ha approvato nel mese di Marzo 2008 la Raccomandazione n° 4 "Prevenzione del Suicidio di Paziente in Ospedale".
- La ASL Caserta con Delibera aziendale n° 858 del 26/06/2018 ad oggetto "Procedura aziendale Prevenzione del Suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta" ha recepito ed elaborato la procedura aziendale:
- La Regione Campania attraverso il monitoraggio dei "Flussi NSIS – SIMES e Raccomandazioni web AgeNaS" evidenzia che è necessario che tutte le Aziende sanitarie si impegnino a revisionare ed aggiornare le Raccomandazioni Ministeriali;

**ATTESO CHE**

- La UOC Qualità e Risk Management e il Dipartimento Salute Mentale hanno elaborato il "Protocollo operativo di gestione dei pazienti adulti con disturbo comportamentale acuto che accedono ai Pronto Soccorso con mezzi propri o trasportati dal 118" di cui alla Delibera ASL Caserta n° 670 del 15/04/2024
- La UOC Qualità e Risk Management ha provveduto a revisionare e aggiornare la procedura aziendale di cui alla Raccomandazione Ministeriale 4;
- Che tale procedura è stata condivisa ed approvata dal Direttore Sanitario Aziendale;

**RITENUTA**

La necessità di implementare la Procedura a livello Aziendale affinché siano applicati in modo uniforme i dettami della stessa.

**DICHIARATA** la regolarità giuridico-amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;

**DICHIARATO** che non sussistono motivi ostativi a procedere, attesa la piena conformità alle disposizioni di legge ed ai regolamenti aziendali.

**Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, la sottoscritta**

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

Per tutti i motivi di cui in narrativa, che si intendono integralmente riportati, di adottare il presente provvedimento, e nello specifico di:

- **Approvare** il documento “Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell’ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4”.
- **Disporre** che tutte le Direzioni Sanitarie delle Macrostrutture che garantiscono la degenza (PPOO, DSM, DS) recepiscano e contestualizzino la presente procedura entro 90 giorni dalla data di notifica, dandone riscontro alla UOC Qualità e Risk Management;
- **Disporre** la trasmissione del presente provvedimento
  - Al Collegio Sindacale
  - Ai Direttori Sanitari dei PPOO Aziendali e per loro tramite a tutte le UUOO Presidiali
  - Ai Direttori Responsabili dei Distretti Sanitari e per loro tramite a tutte le UUOO Distrettuali
  - Ai Direttori Dipartimenti Funzionali
  - Al Direttore Coordinamento attività territoriali e Cure primarie e per il suo tramite a tutte le UUOO
  - Ai Direttori del Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze Patologiche e per loro tramite a tutte le UUOO dipartimentali;
  - Alla UOC Cure Primarie e per il suo tramite a tutti i Dirigenti convenzionati;
  - Ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico
- **disporre** la **pubblicazione** della presente Deliberazione all’Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell’art.32, comma 1, della legge 18 Giugno 2009 n° 69, comprensivo di allegato;
- **dichiarare** il presente provvedimento immediatamente eseguibile.

Il Funzionario estensore

Il Dirigente Responsabile f.f.  
UOC Qualità e Risk Management  
Dr.ssa Angela Maffeo

Attestazione contabile generale	regolarità dirigente contabile		Il Direttore Servizio Finanziario	dell’U.O.C. Economico
------------------------------------	-----------------------------------	--	---	--------------------------



## IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Amedeo Blasotti, in virtù dei poteri conferitigli con D.P.G.R. n. 103 del 04/08/2022 in esecuzione della D.G.R.C. n. 323 del 21/06/2022, alla stregua dell'istruttoria espletata e riassunta in narrativa e letta la proposta del Direttore della U.O.C. proponente,

### VISTI

#### PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Giuseppe Tarantino

**F.to**

Favorevole

Firma \_\_\_\_\_

Non favorevole

(Vedi motivazioni allegate)

Firma \_\_\_\_\_

#### PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Saverio Misso

**F.to**

Favorevole

Firma \_\_\_\_\_

Non favorevole

(Vedi motivazioni allegate)

Firma \_\_\_\_\_

### DELIBERA

Per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati, di adottare il presente provvedimento, sulla scorta ed in conformità della proposta di:

- **Approvare** il documento "Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4".
- **Disporre** che tutte le Direzioni Sanitarie delle Macrostrutture che garantiscono la degenza (PPOO, DSM, DS) recepiscano e contestualizzino la presente procedura entro 90 giorni dalla data di notifica, dandone riscontro alla UOC Qualità e Risk Management;
- **Disporre** la trasmissione del presente provvedimento
  - Al Collegio Sindacale

- Ai Direttori Sanitari dei PPOO Aziendali e per loro tramite a tutte le UUOO Presidiali
  - Ai Direttori Responsabili dei Distretti Sanitari e per loro tramite a tutte le UUOO Distrettuali
  - Ai Direttori Dipartimenti Funzionali
  - Al Direttore Coordinamento attività territoriali e Cure primarie e per il suo tramite a tutte le UUOO
  - Ai Direttori del Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze Patologiche e per loro tramite a tutte le UUOO dipartimentali;
  - Alla UOC Cure Primarie e per il suo tramite a tutti i Dirigenti convenzionati;
  - Ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico
- **Disporre** la **pubblicazione** della presente Deliberazione all'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1, della legge 18 Giugno 2009 n° 69, comprensivo di allegato;
- **Dichiarare** il presente provvedimento immediatamente eseguibile.

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Amedeo Blasotti**

**F.to**

**ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE**

Si dichiara che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio di questa A.S.L. dal giorno 09 FEB. 2025 e vi resterà per giorni 15 (quindici).

10 FEB. 2025

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

Si dichiara che la presente deliberazione è stata pubblicata sull'Albo Pretorio OnLine di questa A.S.L. dal giorno 10 FEB. 2025

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

Trasmessa copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.3 ter del D.lgs. 19 giugno 1999 n. 229 e s.m.i. in data \_\_\_\_\_ con nota n. \_\_\_\_\_

Il Funzionario

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art. 35 L.R. n. 32 del 03/11/94 con nota n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il Funzionario

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R.C. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Decisione \_\_\_\_\_

Il Funzionario

Trasmissione ai Servizi copia della presente deliberazione per quanto di competenza:

SERVIZIO \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per ricev. \_\_\_\_\_

SERVIZIO \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per ricev. \_\_\_\_\_

SERVIZIO \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per ricev. \_\_\_\_\_



Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 1 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

**PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL  
SUICIDIO DI PAZIENTE DEGENTE NELLE  
STRUTTURE SANITARIE DI RICOVERO  
DELL'ASL CASERTA – REVISIONE -  
Raccomandazione Ministeriale 4**





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 2 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

## Sommario

1. Premessa:.....	4
1.1 Contesto organizzativo e rischi / opportunità .....	4
2. Scopo e campo di applicazione .....	5
3. Normativa di riferimento e documenti correlati.....	5
4. Definizioni, abbreviazioni, acronimi.....	6
4.1 Acronimi.....	6
5. Descrizione delle attività /modalità operative.....	7
5.1 Metodologia di Prevenzione.....	8
5.1.1. Azioni rivolte al contesto: .....	8
5.1.2 Adozione di strumenti specifici.....	8
5.1.3 Percorso di cura .....	9
6. Identificazione e valutazione dei fattori di rischio .....	9
6.1. Fattori di rischio.....	9
6.2 Raccolta anamnestica .....	10
6.3. Stratificazione dei Livelli di Rischio Suicidario .....	11
6.3.1 Orientamenti Comportamentali.....	12
7.Consulenze Psichiatriche.....	14
8. Responsabilità.....	14
8.1 Misure di sicurezza ambientale e organizzativa .....	14
8.2 Medico della UO di degenza.....	15
8.3 Coordinatore infermieristico .....	15
8.4 Infermiere .....	15
9. Gestione del Suicidio o del Tentato suicidio in Ospedale.....	16
9.1 Il Medico della UOC di degenza:.....	16
9.2 Il Coordinatore infermieristico: .....	16
9.3 L'Infermiere: .....	16
10. Caso di suicidio .....	16





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 3 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

Il Medico della UOC di degenza .....	16
11. Formazione del personale .....	17
12. Matrice di responsabilità.....	17
13. Indicatori di monitoraggio .....	18
14. Diffusione e archiviazione .....	18
15. Informazioni documentate .....	18



Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 4 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

## 1. Premessa:

A livello internazionale è stato riscontrato un aumento dell'ideazione suicidaria nella popolazione durante e dopo la pandemia da COVID-19. L'evento suicidario può verificarsi a livello territoriale e può avvenire su tutto l'ambito ospedaliero.

Più precisamente in ambito Ospedaliero il suicidio è un evento che va considerato come un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una valutazione appropriata delle condizioni del paziente e la conseguente adozione di misure idonee alla prevenzione. Ad un primo livello la prevenzione del suicidio si avvantaggia di tutte le iniziative che mirano ad umanizzare le strutture sanitarie rendendo l'esperienza del ricovero meno spersonalizzante, anonima, passiva e regressiva. Solo se la struttura sanitaria ed il personale focalizzano l'attenzione al paziente come "persona" malata e non come corpo malato, è possibile mantenere quella attenzione che consente di individuare i pazienti fragili rispetto alla loro malattia e all'esperienza di vita di quel particolare momento.

Come indicato dalla Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute, una valutazione appropriata/adequata delle condizioni dell'utente, con la messa in atto di misure idonee all'individuazione di fattori di criticità e alla valutazione del rischio suicidario sono aspetti fondamentali per l'individuazione del paziente a rischio.

### 1.1 Contesto organizzativo e rischi / opportunità

L'ASL Caserta è così organizzata:

**Presidi Ospedalieri**, che provvedono alla gestione dei pazienti acuti offrendo prestazioni di ricovero:

Presidio Ospedaliero Aversa con Pronto Soccorso e presenza di UOSD SPDC

Presidio Ospedaliero Maddaloni

Presidio Ospedaliero Marcianise con Pronto Soccorso

Presidio Ospedaliero Piedimonte Matese con Pronto Soccorso

Presidio Ospedaliero San Felice a Canello

Presidio Ospedaliero S. Maria Capua Vetere

Presidio Ospedaliero Sessa Aurunca con Pronto Soccorso e presenza di UOSD SPDC

di cui 4 con Pronto Soccorso

**L'Azienda opera mediante 11 Distretti Sanitari** con un Coordinamento delle Attività Distrettuali che garantiscono la presa in carico del paziente autosufficiente attraverso l'assistenza infermieristica e specialistica ambulatoriale.

Le strutture ospedaliere e territoriali in un percorso articolato di valutazione del rischio suicidio hanno la necessità di interfacciarsi con il Dipartimento Salute Mentale che si articola nei seguenti Servizi, configurati come Unità Operative Complesse (UOC), Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale (UOSD) e Salute Mentale in Carcere, come riportato nell'organigramma di seguito:

- N° 8 UOSM
- N° 2 UOSD SPDC Aversa
- UOSD SPDC Sessa Aurunca
- UOSD Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 5 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

- UOSD Abilitazione, Appropriately Cure Residenziali e Semiresidenziali
- REMS di Calvi Risorta, ATSM per l'Istituto Penitenziario di Santa Maria Capua Vetere e S.S.M.C.

## 2. Scopo e campo di applicazione

L'evento suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale, come descritto dal Razionale del Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2024, mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto alla mancanza di una procedura idonea alla presa in carico del paziente, alla sottovalutazione delle condizioni psichiche del paziente, alla inadeguata sorveglianza dei pazienti a rischio, ad una non conforme idoneità ambientale. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

Lo scopo di questa procedura è quello di consentire l'applicazione della Raccomandazione n°4 del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale" adottando:

1. Strumenti per la valutazione del paziente;
2. Profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio che prevedano la continuità delle cure anche dopo la dimissione;
3. Processi organizzativo-assistenziali;
4. Un'adeguata formazione degli operatori;
5. Misure che garantiscano l'idoneità ambientale e strutturale.

Gli obiettivi specifici della presente procedura sono:

- Definire gli indicatori di potenziale rischio suicidario;
- Individuare i comportamenti assistenziali finalizzati a rilevare precocemente i soggetti a rischio;
- Stabilire i percorsi di assistenza per i tentativi suicidari mancati, finalizzati a ridurre la recidiva del comportamento autolesivo.

Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio (Raccomandazione Ministeriale n° 4).

Il presente documento è dunque da intendersi applicabile in modo capillare a tutti i pazienti che accedono a tutte le UU.OO dell'ASL Caserta.

## 3. Normativa di riferimento e documenti correlati

- Ministero della Salute. Prevenzione del suicidio in ospedale. Raccomandazione n 4. Marzo 2008;





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS_RC 13
Data di emissione: 20/06/2018
Edizione: 1
Revisione: 1
Data di revisione: 27/01/2025
Pag. : 6 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

- Ministero della Salute. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. Report Eventi Sentinella anno 2023;
- Ministero della Salute dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche a favore del SSN ex Direzione Generale della programmazione sanitaria ufficio 3 - qualità, rischio clinico e programmazione ospedaliera Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2024;
- Delibera ASL Caserta n° 858 del 26/06/2018 “Procedura aziendale Prevenzione del Suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta;
- Delibera ASL Caserta n° 670 del 15/04/2024 “Protocollo operativo di gestione dei pazienti adulti con disturbo comportamentale acuto che accedono ai Pronto Soccorso con mezzi propri o trasportati dal 118”

## 4. Definizioni, abbreviazioni, acronimi

**Autolesionismo:** Atto di aggressività autodiretta in modo distruttivo o lesivo e volontario, senza intenzionalità anticonservativa

**Comportamento Parasuicidario:** Condotte che comportano un inconsapevole o latente desiderio di morte (es. assunzione di sostanze, guida spericolata) e caratterizzate dalla ricerca del rischio estremo

**Ideazione Suicidaria** Pensieri riferiti alla messa in pratica di azioni atte a produrre la morte, con intensità variabile in termini di invasività e grado dell'intento suicidario

**Intento Suicidario** Chiara progettualità nell'intenzione di commettere l'atto

**Minaccia di Suicidio** Verbalizzazione dell'intento suicidario

**Tentativo di Suicidio:** Segni di lesioni non fatali auto inferte con un comportamento potenzialmente capace di procurare la morte; Tentato Suicidio attuati con modalità letale ed intenzionalità auto soppressiva configurano dei suicidi mancati, rispetto a Tentato Suicidio attuati con modalità non letale e a variabile intenzionalità anticonservativa

**Rischio Suicidario** Stimato in base ad ideazione e/o comportamento di carattere potenzialmente anticonservativo

**Evento avverso (E.A.):** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

**Evento Sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare la morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

### 4.1 Acronimi

DG                      Direttore Generale  
DSA                     Direttore Sanitario Aziendale



Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS_RC 13
Data di emissione: 20/06/2018
Edizione: 1
Revisione: 1
Data di revisione: 27/01/2025
Pag. : 7 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

DSPO	Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero
DRDS	Direttore Responsabile Distretto Sanitario
DD	Direttore Dipartimento
DCU	Documentazione Clinica Unica (costituito da Cartella Clinica, Cartella Infermieristica/ Ostetrica/Fisioterapica e Foglio Unico di Terapia)
PAI	Piano Assistenziale Individuale
FUT	Foglio Unico di Terapia
PDCA	Metodo: Plan, Do, Check, Act
RM	Risk Manager Responsabile Servizio Qualità e Risk Management
RUO	Responsabile Unità Operativa Semplice o Complessa o di Servizio
DIR.M.	Dirigente Medico
COORD.I	Coordinatore Infermieristico
I	Infermiere
OSS	Operatore Socio Sanitario
OSSS	Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare
AM	Azioni di Miglioramento
AMR	Azioni di Miglioramento Reattiva
POS	Procedura Operativa Standard
RC	Rischio Clinico
P.O.	Presidio Ospedaliero
PP.OO.	Presidi Ospedalieri
D.S.	Distretto Sanitario
DD.SS.	Distretti Sanitari
U.O.	Unità Operativa
DSM	Dipartimento Salute Mentale
SerD	Servizio per le Dipendenze Patologiche
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
UOSM	Unità Operativa Salute Mentale
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata

## 5. Descrizione delle attività /modalità operative

Lo scopo del presente documento è quello di implementare un modello proattivo al potenziale evento suicidario dei pazienti ricoverati; pertanto, è necessario stabilire un algoritmo decisionale per porre in atto alcuni piani di comportamento assistenziale in grado di rilevare precocemente manifestazioni significative da parte del paziente ed attivare risposte coerenti con la significatività stessa delle manifestazioni.

La problematica prevalente è correlata con la possibilità ridotta di intercettare i segni prodromici di un comportamento potenzialmente autodistruttivo, segni che devono essere individuati dal personale sanitario medico durante i colloqui di raccolta anamnestica con i pazienti e con i familiari.





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 8 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

nonché dall'infermiere che garantisce l'assistenza nell'arco delle 24 ore. L'infermiere, nell'ambito dei processi assistenziali, può individuare le condizioni per formulare specifiche diagnosi infermieristiche utili a delineare un profilo di rischio potenziale per i singoli pazienti.

### **5.1 Metodologia di Prevenzione**

La metodologia utilizzata si basa sull'inquadramento del fenomeno e delle risposte preventive terapeutiche ed assistenziali secondo la stratificazione delle azioni di interventi di azioni rivolte al contesto, adozione di strumenti specifici, percorso di cura.

#### **5.1.1. Azioni rivolte al contesto:**

- L'identificazione dei fattori di rischio;
- L'adozione di misure preventive di sicurezza;
- La rivalutazione giornaliera del rischio;
- Un'adeguata assistenza infermieristica;
- La continuità ospedale-territorio.
- Struttura fisica ed architettonica degli ambienti;
- Misure preventive potenzialmente adottabili in termini di sicurezza ambientale, strutturale ed ausili (posate di plastica e piatti infrangibili, quadri ben fissati al muro con vetri di sicurezza, specchi di sicurezza nei bagni, strumenti e attrezzature vanno attentamente custoditi, vetri antisfondamento e ringhiere, maniglie delle porte con requisiti di sicurezza, protezione dei raccordi per ossigeno ed aspirazione, soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisca l'appiglio, letti ad altezza variabile per adattarli anche ai materassi antidecubito e necessità di spondine protettive, campanelli di allarme non appesi a soffitti/pareti, eventuali impianti di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche);
- Comunicazione tra operatori e pazienti/familiari;
- Promozione della qualità percepita nell'interazione clinico assistenziale con il paziente (relazione di aiuto); "la relazione di aiuto è quella relazione interumana, empatica, in cui un soggetto promuove la crescita dell'altro; dunque, non può essere interpretata come la relazione che si stabilisce tra operatore e paziente. Non si tratta di capire razionalmente, né tantomeno di assumere un atteggiamento giudicante o percepito come tale, quanto di sentire le richieste espresse dal paziente che, per le condizioni momentanee vissute, non è in grado di affrontare autonomamente ma a cui è necessario offrire un ausilio mediato professionalmente sotto il profilo assistenziale".

#### **5.1.2 Adozione di strumenti specifici**

Tali azioni comprendono: adozione di strumenti specifici, modalità di screening dei soggetti potenzialmente a rischio di suicidio e applicazione di interventi assistenziali con finalità protettive nei confronti dell'azione auto lesiva, ovvero:

- Individuazione del paziente a rischio suicidario;
- Monitoraggio degli indicatori comportamentali prodromici ad un passaggio all'atto suicidario;





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 9 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

- Adozione di un “Piano Assistenziale” specifico per la gestione del paziente a rischio suicidario.

### 5.1.3 Percorso di cura

- Comprende il percorso di cura per la prevenzione di tentativi di suicidio ovvero:
- Applicazione di strumenti di valutazione del Rischio, soprattutto nei soggetti con anamnesi positiva di tentato suicidio fallito;
- Implementazione del percorso di continuità clinico assistenziale ospedale- territorio per i pazienti ad elevato rischio e/o con pregresso tentativo di suicidio.

## 6. Identificazione e valutazione dei fattori di rischio

### 6.1. Fattori di rischio

In linea con la Raccomandazione Ministeriale n. 4, le evidenze della letteratura scientifica ed alcune linee guida internazionali indicano tra i fattori di rischio da tenere in considerazione alcuni “generali”:

- Sesso maschile piuttosto che femminile;
- Età compresa tra 20 e 30 anni o sopra i 60 se si è uomini; avere meno di 25 anni o intorno ai 45 se si è donne;
- Situazione coniugale: essere uomini separati o divorziati (a qualsiasi età) o avere più di 60 anni e vivere da soli;
- Disturbi psichiatrici, in particolare depressione, o ogni situazione caratterizzata da un'intensa sofferenza psichica che superi le capacità dell'individuo di fronteggiarla. Va ricordato che la valutazione del paziente psichiatrico è da intendersi non solo in struttura ospedaliera ma anche extra-ospedaliera e la valutazione del rischio ospedaliero non può essere infatti scorporata e trattata separatamente ma va integrata nell'ambito sia dei luoghi sanitari che dei contesti di vita, interessando i sistemi di cura e di comunità oltre che l'insieme delle risorse familiari e relazionali (es. risultano efficaci in particolare la formazione ai MMG per riconoscere e trattare tempestivamente la depressione, la facilitazione dell'accesso alle cure e alla continuità assistenziale per le persone ad alto rischio, e la riduzione della disponibilità di mezzi letali per la popolazione);
- Uso o abuso di sostanze, talvolta in comorbidità con altri disturbi psichiatrici;
- Eventi traumatici recenti, gravi malattie fisiche o dolorose o invalidanti con vissuti di perdita di speranza o che minacciano seriamente la vita o l'integrità del soggetto;
- Lutto recente per un familiare o parente suicida o perdite precoci nell'infanzia (es. la perdita di uno o entrambi i genitori);
- Episodi di autolesionismo o precedenti Tentati Suicidi ;
- Relazioni con le persone significative: le modalità di rapporto e soprattutto i loro cambiamenti e/o la percezione reale o simbolica della perdita degli altri;
- Condizioni di isolamento;
- Perdita del lavoro o del ruolo;
- Emigrazione;





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 10 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

- Familiarità per suicidio o ambiente familiare ad alta conflittualità;
- Periodo post-partum, in cui possono comparire oscillazioni dell'umore condizionate da un substrato sia psichico che neurobiologico.

A cui si aggiungono fattori specifici nel caso dei pazienti adolescenti, quali:

- ✓ Esperienza attuale o passata di abuso (fisico o sessuale) ed episodi di bullismo;
- ✓ Deficit di competenze sociali (es. rischio esordio psicotico) e sensazione di isolamento secondario all'uscita dal gruppo dei pari (es. cambio città);
- ✓ Aggressività ed impulsività;
- ✓ Conflitti genitoriali;
- ✓ Accesso ad armi o altri metodi letali;
- ✓ Sesso maschile, omo- o bisessualità;
- ✓ Amici deceduti per suicidio;
- ✓ Recente inizio di terapia antidepressiva;

Fattori specifici nel caso dei pazienti anziani, quali:

- ✓ Problemi relazionali cronici;
- ✓ Preoccupazione di essere un peso per gli altri;
- ✓ Tensioni con i caregivers;
- ✓ Recente cambio di alloggio;
- ✓ Vissuti di solitudine.

L'elenco sopra riportato non può in ogni caso considerarsi esaustivo, in quanto il suicidio va inteso come evento plurideterminato e l'applicabilità dei fattori di rischio può variare in base alle caratteristiche individuali ed al background socioculturale. Inoltre, non necessariamente il numero dei fattori di rischio presenta una relazione diretta con il livello di esposizione al rischio, e dunque in caso di potenziale sospetto di aumento del rischio suicidario sarà sempre necessario un approfondimento della valutazione.

## 6.2 Raccolta anamnestica

Il personale sanitario dovrà effettuare un'attenta e completa anamnesi, medica ed infermieristica, in un clima accogliente che favorisca una comunicazione empatica e che risenta del giudizio clinico che si formi nello specifico setting operativo, al fine di identificare i potenziali fattori di rischio suicidario. Tale raccolta anamnestica, finalizzata ad una stima probabilistica del rischio suicidario, dovrà porre particolare attenzione alla ricostruzione della storia di vita del paziente (es. pregressi agiti autolesivi, familiarità per suicidio), l'analisi delle caratteristiche anagrafiche, socio-culturali (es., sesso maschile; età tra i 15 e 24 anni o superiore ai 65 anni) e ambientali (es. perdita di un rapporto affettivo fondamentale, perdita di situazioni lavorative, economiche o di studio).

L'Allegato 1 alla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 4 presenta una griglia per il colloquio clinico - anamnestico per l'operatore affinché elabori una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente finalizzato alla valutazione del rischio (Allegato D). La valutazione va integrata attraverso l'Attribuzione del rischio suicidario che fornisce uno strumento per l'assegnazione del rischio, da documentare in cartella (Allegato E) e con la Pianificazione clinico assistenziale, da documentare in cartella medica e infermieristica tramite la stesura del PAI (Allegato F).





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 11 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

I dati anamnestici ed i fattori di rischio suicidario emersi durante il colloquio devono essere riportati in cartella clinica /infermieristica al fine di condividere le informazioni con tutta l'équipe medico-infermieristica.

Nei pazienti in cui dall'anamnesi medica e/o infermieristica emergono elementi sospetti, il medico procederà con:

- ✓ Esame obiettivo mirato alla rilevazione di eventuali segni di recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari (es. cicatrici, pregresse fratture, etc.), di abuso/dipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza;
- ✓ Approfondimento delle condizioni cliniche: in particolare nei pazienti con patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo), sindromi cerebrali organiche, patologie oncologiche e/o cronico- degenerative dell'anziano e nell'età avanzata.

Schematizzando eventuali indizi e/o segnali e/o elementi suggestivi/sospetti che richiedono particolare attenzione ed approfondimento riguardano il paziente:

- ✚ Con una chiara patologia psichiatrica, soprattutto depressiva
- ✚ Che esprime una franca ideazione suicidaria, minaccia o pianificazione, o parla indirettamente di suicidio o di morte, o esprime temi di disperazione ed inutilità
- ✚ Che fa scorte di farmaci
- ✚ Che mostra cambiamenti nella personalità o nell'umore
- ✚ Che giunge nella struttura sanitaria dopo aver realizzato un TS
- ✚ Che abbia subito o tema di subire una grave perdita a seguito della diagnosi di patologia (es. una patologia oncologica o patologie a prognosi infausta)
- ✚ Con alterazioni dell'umore nel post-partum o che sperimenta decesso del neonato
- ✚ In stato organico confusionale che hanno un aumentato rischio di incidenti ad esito fatale (es. defenestrazione accidentale)
- ✚ Con pregressi atti anticonservativi, familiarità per gli stessi, accadimenti esistenziali di varia natura (per es. separazioni, lutti, abusi sessuali etc.) più o meno recenti, che vengono riferiti con una reazione emotiva, intensa o assente

### 6.3. Stratificazione dei Livelli di Rischio Suicidario

La valutazione, da effettuare come riportato in precedenza, permetterà la stratificazione dei livelli di rischio suicidario, da intendersi come una variabile dinamica e non statica, per cui l'équipe sanitaria deve effettuare la valutazione e rivalutazione del paziente (da riportare nella cartella medica ed infermieristica), con un'osservazione personalizzata e che integri le diverse competenze al fine di poter sostenere il paziente ed eventualmente rilevare ulteriori avvenimenti, comportamenti, comunicazioni verbali e non verbali suggestive per un eventuale agito con scopo suicidario.

In base alla stratificazione del rischio, si identificheranno i seguenti livelli:

1. **Livello ordinario** (rischio assente e rischio lieve, vedi Allegato E): il rischio suicidario non è evidenziabile in quanto assente o assolutamente insospettabile in relazione alla raccolta dati effettuata sia in contesti a maggior rischio, sia in ambiti operativi;
2. **Livello di sospetto** (rischio medio, vedi Allegato E): Il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile sebbene, in seguito a colloqui con i medici delle diverse UU.OO., alla





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 12 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

formulazione di diagnosi infermieristiche ed alla presenza di comportamenti/atteggiamenti definiti dalle stesse, può essere ipotizzabile un indebolimento non transitorio della progettualità auto conservativa da parte del paziente **pertanto va richiesta una consulenza psichiatrica programmata durante il ricovero;**

3. **Livello di rischio** (Rischio Alto, vedi Allegato E) Il rischio suicidario è percettibile ed evidenziabile per dichiarazione di intenzioni auto lesive, tentativi falliti e/o dimostrativi o per numerosità ed intensità espressiva nel tempo della diagnosi **per cui è richiesta consulenza specialistica psichiatrica urgente** al fine di acquisire le indicazioni terapeutiche ed assistenziali coerenti con le condizioni del paziente. Il trattamento e la gestione dei pazienti di livello 3 dovranno essere garantiti nella UOC di degenza del paziente ad eccezione dei casi in cui lo specialista ravvisi un quadro clinico complessivo di pertinenza e competenza prioritariamente psichiatrica.

### 6.3.1 Orientamenti Comportamentali

Dalla stratificazione indicata al punto sopra descritto verranno attuati i seguenti orientamenti comportamentali:

- ✓ **Livello ordinario:** Comportamenti assistenziali non specificatamente orientati alla prevenzione di azioni autodistruttive ma routinariamente caratterizzati da un atteggiamento professionale di comprensione empatica del paziente e delle sue manifestazioni.
- ✓ **Livello di sospetto:** Mettere in atto cautelativamente e con discrezione le misure di sicurezza ambientali e organizzative al fine di ridurre la disponibilità/accesso alle condotte comunemente messe in atto: qualsiasi mezzo per realizzare l'impiccagione (si conoscono casi in cui il suicida ha accumulato lacci da scarpe per poi farne una corda con cui impiccarsi), la precipitazione, l'utilizzo di oggetti taglienti e, nelle forme più subdolamente premeditate, l'accumulo e l'auto-avvelenamento con farmaci (al fine di ridurre questa evenienza, prescrivere possibilmente terapie per via parenterale piuttosto che per via orale al fine di ridurre la possibilità di accumulo illecito di compresse).

È inoltre necessario, in attesa di una valutazione specialistica psichiatrica di conferma del caso:

- Informare tutto il personale sul sospetto del potenziale rischio suicidario e garantire una osservazione accurata ma discreta sul comportamento del paziente in modo continuativo, segnalando tempestivamente ad ogni cambio turno ogni situazione di potenziale pericolo;
- Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne quando il rapporto numerico tra personale e pazienti potrebbe essere ridotto;
- Limitare le situazioni in cui il paziente può rimanere da solo (ad esempio stanza di degenza a più letti);
- Relazionare con particolare attenzione in merito all'eventualità di nutrizione alterata (superiore/inferiore al bisogno), alla capacità psicologica e motivazionale da parte del paziente a raggiungere e mantenere un sufficiente livello di autonomia nella cura di sé e del proprio aspetto ed a mantenere un adeguato ritmo sonno/veglia;
- Qualora le condizioni di sospetto si protraessero nel tempo e/o aumentassero la loro intensità espressiva, è necessario richiedere la consulenza di specialistica psichiatrica.





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 13 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

- ✓ **Livello di rischio:** In ogni caso di sospetto fondato di rischio suicidario, va richiesta consulenza psichiatrica urgente e, nelle more della consulenza psichiatrica, va immediatamente attivato il complesso delle seguenti misure precauzionali immediate:
- Informare l'equipe della presenza in reparto di un paziente a rischio di suicidio segnalando tempestivamente ad ogni cambio turno ogni situazione di potenziale pericolo;
- Disposizione di spostamento del paziente in una stanza in cui è possibile il controllo da parte del personale in maniera continuativa;
- Controllare gli effetti personali del paziente allontanando qualunque oggetto possa rappresentare un pericolo;
- Chiudere a chiave la medicheria e tutti i magazzini contenenti presidi potenzialmente pericolosi o detersivi;
- Non lasciare senza vigilanza farmaci o altro materiale potenzialmente lesivo durante il giro per la terapia o in medicheria;

Ed eventuali misure precauzionali permanenti:

- Verificare attuare la modalità più appropriata di vigilanza rispetto alle condizioni di contesto della struttura;
- Osservazione costante del paziente mediante colloqui ad intervalli regolari con il paziente a rischio: in caso di variazioni significative informare il medico;
- Controllare costantemente la stanza di degenza ed il bagno ed allontanare qualunque oggetto possa costituire pericolo
- Autorizzare la presenza di familiari e/o caregiver (dopo aver condiviso la decisione con il paziente);
- Sensibilizzare i familiari e gli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (lacci, coltellini, oggetti di vetro);
- Vigilare in modo che il paziente non acceda a sostanze potenzialmente pericolose;
- Prestare massima attenzione durante i trasferimenti e/o esami diagnostici, durante gli orari di visita dei parenti, durante le ore serali e notturne o quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine;

Inoltre, è necessario controllare gli oggetti personali, ritirare i farmaci in possesso del paziente, comunicare e chiedere la collaborazione dei familiari e degli amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento che potrebbero essere nocivi se impropriamente utilizzati (a mero titolo di esempio: sciarpe, cinture, collane particolarmente resistenti e/o numerose, bretelle, borse con lunghe "bretelle" etc.). Individuare una stanza di ricovero affinché il paziente possa essere facilmente sorvegliato e mantenere un livello di sorveglianza elevata fino alla dimissione.

Il periodo immediatamente successivo alle dimissioni è quello in cui si verifica il maggior numero di suicidi. I dati sembrano dimostrare che, nelle settimane successive alle dimissioni, i pazienti mettono in atto i loro intenti suicidari ponendo l'accento sul ruolo del ricovero come fattore precipitante all'evento stesso.

In caso di soggetti che hanno già tentato il suicidio o sono ritenuti ad elevatissimo rischio suicidario, è opportuno attivare le seguenti misure alla dimissione:

- ✓ In caso di trasferimento, fornire tutte le informazioni utili al Personale dell'UO in cui il paziente viene trasferito;





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 14 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

- ✓ Preparare la dimissione dalla U.O. con anticipo, segnalando ai servizi territoriali competenti (MMG, SerD, DSM, ADI) la situazione al fine di garantire la continuità assistenziale e programmare per il paziente ed i caregivers un appuntamento a brevissimo tempo (possibilmente in stretta continuità con le dimissioni) presso il DSM competente di residenza del paziente, per la pianificazione del progetto di cura integrato.

## 7. Consulenze Psichiatriche

Gli SPDC della ASL Caserta sono localizzati presso l'Ospedale di Aversa e l'Ospedale di Sessa Aurunca. Nel caso in cui trattasi di pazienti degenti nei presidi ospedalieri provvisti di SPDC, lo psichiatra di turno in SPDC è il consulente che garantisce la copertura per l'arco delle 24 ore 7 /7 giorni.

Per i presidi ospedalieri sprovvisti di SPDC durante l'orario di apertura della UOSM, che insiste sul territorio del PO, lo psichiatra di turno della UOSM è lo psichiatra di riferimento per le consulenze, che sarà attivato dalla UO richiedente telefonicamente e tramite la compilazione e la trasmissione via mail del Modello Allegato C "Consulenza Psichiatrica".

Durante l'orario di chiusura della UOSM, la consulenza sarà effettuata dallo psichiatra del SPDC competente territorialmente, attenendosi alla procedura sistema trasporto intraospedaliero ed extra-ospedaliero del Paziente adulto ASL Caserta- Raccomandazione Ministeriale 11- di cui alla delibera n° 1825 del 30/11/2021, per trasportare il paziente, che necessita di consulenza urgente, al SPDC territorialmente competente. Se lo Psichiatra non ritiene appropriato un ricovero in SPDC il paziente sarà riaccompagnato al PS di partenza **dal personale e dall'ambulanza che lo ha accompagnato** per il seguito delle cure. Se lo Psichiatra dispone il ricovero in SPDC, contatta telefonicamente il Dirigente Medico inviante per comunicare la decisione di necessità di ricovero. Lo psichiatra che rilevi un potenziale rischio suicidario, ma non la necessità di trasferimento presso SPDC, potrà richiedere la rivalutazione tramite consulenza programmata secondo le indicazioni sopra descritte.

## 8. Responsabilità

### 8.1 Misure di sicurezza ambientale e organizzativa

Le caratteristiche dell'ambiente e degli spazi ospedalieri ed i processi organizzativi possono aumentare o ridurre il rischio del verificarsi dell'evento. È opportuno che, nel rispetto della dignità della persona, la struttura di ricovero disponga di:

- dispositivi di sicurezza;
- strutture ed attrezzature che non consentano usi impropri;
- misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci, ecc).

Se si valuta che un paziente sia a rischio di suicidio, è opportuno adottare le seguenti misure:

- controllare che non sia in possesso di propri farmaci;
- chiedere la collaborazione dei familiari ed amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere utilizzati impropriamente;





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 15 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

- sensibilizzare gli addetti alle pulizie di UO a tenere sempre sotto controllo il carrello con prodotti chimici pericolosi (candeggina, detersivi, acido muriatico, etc.)

Ogni operatore deve essere adeguatamente informato riguardo le misure adottate, e deve partecipare all'individuazione di azioni da implementare, altresì deve comunicare tempestivamente al proprio responsabile eventuali disfunzioni o problemi organizzativi.

### **8.2 Medico della UO di degenza**

- ✓ Raccolta dati inerente aspetti direttamente e/o indirettamente correlabili con intenzioni suicide;
- ✓ In caso di alert in corso di raccolta dati, programma incontri e colloqui finalizzati a promuovere una relazione di aiuto;
- ✓ In accordo con il personale infermieristico inquadra la valutazione del rischio del paziente;
- ✓ Concorda e dispone formalmente con il personale infermieristico, un piano di controllo e sorveglianza per i pazienti di "livello di sospetto" e di "livello di rischio";
- ✓ Valuta e concorda con il Coordinatore Infermieristico, l'adeguatezza strutturale della UOC di degenza e la disponibilità di risorse, anche di familiari e caregiver per implementare il piano di controllo e sorveglianza.

### **8.3 Coordinatore infermieristico**

- ✓ Verifica per gli ambiti di competenza, la diffusione e la corretta applicazione della procedura;
- ✓ Valuta e concorda con il Medico della UO l'adeguatezza strutturale dell'unità di ricovero (stanza di degenza, stanza bagno, accessori e suppellettili, dispositivi medici ed elettromedicali) e la disponibilità di risorse operative per implementare il piano di controllo e sorveglianza;
- ✓ Richiede la temporanea integrazione di risorse lavorative per i casi definiti ad elevato rischio e per i quali è richiesta una accresciuta sorveglianza.

### **8.4 Infermiere**

Nella prevenzione del suicidio del paziente in ospedale, un ruolo importante è svolto dall'infermiere quale interlocutore privilegiato col paziente, in quanto costantemente presente in reparto e spesso "confidente" dei problemi personali del malato.

Nel caso di paziente considerato a rischio, è fondamentale che questi sia trattato con adeguate cautele, quali:

- ✓ Il rispetto e la comprensione per la sua sofferenza;
- ✓ La creazione di un rapporto di confidenza, che lo induca a comunicare i propri sentimenti e pensieri;
- ✓ L'attuazione di una sorveglianza attenta e continua, ma anche discreta e rispettosa;
- ✓ La responsabilizzazione progressiva del paziente, che lo aiuti a raggiungere e mantenere un'autonomia nella cura di sé;
- ✓ L'incoraggiamento di ogni suo tentativo di socializzazione.





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 16 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

## 9. Gestione del Suicidio o del Tentato suicidio in Ospedale

In caso di episodio di suicidio o di tentato suicidio, deve essere attivata la procedura per la segnalazione e la trasmissione di un evento sentinella. L'operatore sanitario che sia venuto a conoscenza dell'evento deve attivare le misure emergenziali interne e contestualmente comunica l'accaduto al Dirigente Medico della U.O. in cui è avvenuto l'evento.

### 9.1 Il Medico della UOC di degenza:

- Valuta e gestisce clinicamente gli esiti dell'azione auto lesiva;
- Chiede valutazione specialistica psichiatrica;
- Segnala tramite il sistema di Incident Reporting compilando l'Allegato I: Modello Scheda di segnalazione che va inoltrata alla UOC Qualità e Risk Management
- Prescrive, se necessario nel caso specifico, misure preventive di recidive a breve termine;
- Comunica per gli ambiti di competenza, i servizi territoriali per programmare e pianificare un percorso di supporto e continuità assistenziale alla dimissione del paziente.

### 9.2 Il Coordinatore infermieristico:

- Diffonde l'informazione a tutto il personale e ne verifica il recepimento;
- Verifica la corretta adozione del piano di prevenzione delle recidive a breve termine e la corretta applicazione delle prescrizioni specialistiche;
- Condivide con il medico la comunicazione dell'accaduto ai familiari del paziente e stabilisce con questi una relazione di aiuto;
- Contatta per gli ambiti di competenza, i servizi territoriali per programmare un percorso di supporto e continuità assistenziale pianificati per il singolo caso.

### 9.3 L'Infermiere:

- Valuta e gestisce, in collaborazione con il medico, il primo intervento e gli esiti dell'azione auto lesiva;
- Condivide con il coordinatore infermieristico, la comunicazione dell'accaduto ai familiari e stabilisce con questi una relazione di aiuto.
- Garantisce l'assistenza e l'attuazione delle direttive di corretta sorveglianza del paziente.

## 10. Caso di suicidio

Il Medico della UOC di degenza:

- Accerta il decesso del paziente;
- Segnala il suicidio alla Direzione Sanitaria della macrostruttura attraverso una dettagliata relazione ed segnala l'Evento Sentinella attraverso l'Incident Reporting compilando l'Allegato I: Modello Scheda di segnalazione che va inoltrata alla UOC Qualità e Risk Management (disponibile sul sito aziendale nella sezione dipendenti "Risk Management"). La compilazione della scheda di segnalazione non sostituisce la comunicazione alla Direzione della Macrostruttura ove insiste l'UO e le eventuali denunce alle autorità giudiziarie;



Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13

Data di emissione: 20/06/2018

Edizione: 1

Revisione: 1

Data di revisione: 27/01/2025

Pag. : 17 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

- Comunica l'accaduto ai familiari del paziente. Il processo di comunicazione deve avvenire il prima possibile, in modo chiaro e trasparente, e senza ritardi per evitare che i parenti possano interpretare come reticenza nel raccontare i fatti. Devono essere assicurate condizioni di riservatezza e va scelto per comunicare un luogo adatto dove poter comunicare ai parenti in modo empatico la notizia dolorosa. Ove presente, sarà utile avvalersi della figura di uno psicologo e/o mediatore culturale/interprete nel caso di persone che non parlino italiano.

La procedura deve essere attivata se il suicidio o il tentato suicidio avviene all'interno della struttura sanitaria ospedaliera o se il paziente è presente nella struttura per ricevere prestazioni in regime di ricovero, per sottoporsi a visita specialistica o ad un controllo

## 11. Formazione del personale

La formazione sulla tematica 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.

Affinché la prevenzione sia sempre garantita la UOC Qualità e Risk Management dal 2023 eroga corsi di formazione destinati ai neoassunti dell'ASL Caserta richiamando, tra l'altro, le competenze sopra esplicitate.

In considerazione che vi sono dei settori più critici nei quali è opportuno ampliare il numero dei professionisti da coinvolgere nella formazione, la UOC Qualità e Risk Management ha già predisposto la proposta formativa che per l'anno 2025 prevede l'organizzazione degli eventi formativi sulla specifica tematica di cui al presente documento, in prima istanza con il coinvolgimento delle UUOO presidiali più a rischio affinché i professionisti diffondano poi le informazioni ricevute nel proprio contesto operativo.

## 12. Matrice di responsabilità

ATTIVITA'	DMO	DUO	MEDICO	Coord. I	I	UOQR	
Diffusione e controllo procedura	R	R	C	R	I	I	
Valutazione del Rischio		R	R	C	C		
Attribuzione del rischio suicidario		C	R	C	C		
Pianificazione clinica		R	R	I	I		
Pianificazione assistenziale		I	I	R	R		





Sistema di Gestione Qualità e  
Rischio Clinico

Documento: POS\_RC 13  
Data di emissione: 20/06/2018  
Edizione: 1  
Revisione: 1  
Data di revisione: 27/01/2025  
Pag. : 18 di 18

Titolo: Procedura per la prevenzione del suicidio di paziente degente nelle strutture sanitarie di ricovero dell'ASL Caserta – Revisione - Raccomandazione Ministeriale 4

Informazione del personale sanitario		R	R	R	R		
Segnalazione tentativo suicidio /suicidio	I	R	R	R	R	I	
Gestione del paziente	I	R	R	R	R		
Constatazione decesso	I	R	R	C	C	I	
Informazione dei parenti		R	R	C	C		

R: Responsabile    C: Coinvolto    I: Informato

### 13. Indicatori di monitoraggio

- N° tentati suicidi inseriti dalla UOC Qualità e Risk Management sul SIMES
- N° suicidi inserito dalla UOC Qualità e Risk Management sul SIMES
- N° di notifiche di procedure redatte dalle macrostrutture periferiche pervenute alla UOC Qualità e Risk Management /N° delle macrostrutture periferiche;
- N° corsi di formazione realizzati/ totale corsi di formazione programmati

### 14. Diffusione e archiviazione

Il documento originale della raccomandazione è archiviato presso la UOC Qualità e Risk Management e viene pubblicato sul sito aziendale al link: <https://www.aslcaserta.it>, sezione albo pretorio - Delibere. La raccomandazione revisionata viene notificata, tramite protocollo gestionale ai Direttori Sanitari delle Macrostrutture e per il tramite delle direzioni diffuso a tutto il personale.

### 15. Informazioni documentate

Allegato C: Modello richiesta consulenza psichiatrica

Allegato D: Guida per il colloquio con il paziente ((Raccomandazione n. 4 Ministero della Salute da compilare e inserire in cartella per la prevenzione del suicidio)

Allegato E: Attribuzione del rischio suicidario (da documentare in cartella)

Allegato F: Pianificazione clinico assistenziale (documentare in cartella medica e infermieristica il PAI)

Allegato M: Elenco recapiti strutture Dipartimento Salute Mentale

Allegato I: Modello Scheda di segnalazione Evento da compilare e inoltrare alla UOC Qualità e Risk Management



## ALLEGATO D

L'Allegato, tratto dalla Raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale", rappresenta una guida per il colloquio clinico - anamnestico finalizzato alla valutazione del rischio. Tale strumento costituisce solo una griglia per l'operatore affinché elabori una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente. Ricordare che il modo di porre le domande influenza la probabilità di ottenere risposte sincere: è quindi opportuno mantenere un approccio non giudicante e non condiscendente, ma realistico. Inoltre, i pazienti possono non riferire spontaneamente idee suicidarie, ma spesso comunicano le loro intenzioni ad altre persone significative. E' perciò importante chiedere direttamente ai pazienti, ma anche raccogliere informazioni collaterali da familiari, amici, Medici di Medicina Generale (MMG), altri servizi che seguono il paziente, personale del Pronto Soccorso/reparto, etc. Per la valutazione del rischio, strumenti come schede e scale di valutazione sono consigliabili solo come un'integrazione al colloquio empatico tra professionista e paziente. Le valutazioni finali devono essere trascritte nella DCU sezione medica ed infermieristica.

La presente guida rappresenta una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa. Essa può essere utilizzata quando vi è un sospetto di rischio suicidario da approfondire. È opportuno che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia. È necessario, pertanto, 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. È 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 segue degli step gradualmente, 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, eventuali fattori protettivi.

### **GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE** *(allegato alla Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale")*

**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?

## ATTRIBUZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

Nell'ambito dei vari fattori di rischio, che comunque andranno valutati nel loro insieme e sulla base del loro peso specifico, per l'attribuzione del livello di rischio suicidario è fondamentale considerare:

### 1 - LIVELLO DI RISCHIO ASSENTE

- ideazione suicidaria assente
- anamnesi personale negativa
- condizioni di salute mentale nella norma

### 2 – LIVELLO DI RISCHIO LIEVE (PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO GENERICI)

- ideazione suicidaria infrequente, a bassa intensità, fugace
- Ideazione suicidaria criticata dal paziente
- anamnesi personale remota (tentativo singolo o multipli ma su base "dimostrativa"; scarsa consapevolezza dell'idoneità del mezzo; salvataggio molto probabile; invio di messaggi/informazioni)
- anamnesi familiare positiva
- perdita di una persona amata, del lavoro, denaro, prestigio
- condizioni di salute mentale a basso rischio (episodio depressivo lieve; disturbo di personalità in forma lieve disturbi d'ansia)
- bevitore sociale

### 3 – LIVELLO DI RISCHIO MEDIO (PRESENZA DI IDEAZIONE AUTOLESIONISTICA)

- ideazione suicidaria a bassa intensità
- ideazione suicidaria parzialmente criticata dal paziente
- anamnesi personale recente
- anamnesi familiare positiva
- paziente sconosciuto al servizio
- condizione di salute mentale ad alto rischio (episodio depressivo grave; disturbo bipolare; disturbi psicotici; grave disturbo di personalità; sentimenti di disperazione, impulsività, ambivalenza, bassa autostima e sensazione di non poter ricevere aiuto)
- condizione di abuso e/o astinenza da Alcool e/o altre sostanze
- gravi condizioni di salute fisica.

### 4 – LIVELLO DI RISCHIO ALTO (PRESENZA DI INTENSA IDEAZIONE AUTOLESIONITICA-TENTATO SUICIDIO RECENTE)

- recente tentato suicidio
- ideazione suicidaria ancora presente ed intensa
- ideazione suicidaria non criticata dal paziente
- condizione di salute mentale ad alto rischio
- condizione di abuso e/o astinenza da Alcool e/o altre sostanze
- gravi condizioni di salute fisica



### PIANIFICAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE

In base al livello di rischio considerare le seguenti misure:

#### Livello 2 – RISCHIO LIEVE

1. Protrarre l'osservazione/valutazione da parte dell'équipe medico-infermieristica, in particolare tramite:
  - ascolto attivo o supporto con la sola presenza, assicurando un clima tranquillo e invitando a rivolgersi all'équipe se compaiono pensieri negativi o un aumento di tensione;
  - incoraggiamento dell'espressione dei pensieri e dei sentimenti;
  - informazioni e istruzioni alla persona e/o ai familiari sulla gestione dell'eventuale disturbo emotivo e sui modi alternativi di gestire i problemi;
  - rilevazione degli eventuali segni iniziali di aumento di ansia, agitazione e irritabilità: es., camminare avanti e indietro, ipervigilanza o cambiamenti di umore.
2. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, valutare se richiedere consulenza psichiatrica per inquadramento clinico e trattamento.
3. Possibilmente assegnare alla persona una stanza con altro degente.
4. Alla dimissione segnalare al MMG la valutazione di rischio suicidario lieve e prenotare visita al CSM/SerD.

#### Livello 3 – RISCHIO MEDIO (sono compresi anche i punti precedenti)

5. Informare/coinvolgere i familiari.
6. Predisporre una sorveglianza personalizzata, con il coinvolgimento eventuale di familiari o conoscenti del paziente opportunamente preparati e valutati.
7. Verificare la sicurezza degli oggetti personali e di quelli tenuti in stanza; controllare la persona durante l'uso di oggetti potenzialmente pericolosi. Valutare in quale stanza è più opportuno collocare il paziente e la posizione del letto nella stanza.
8. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, richiedere consulenza psichiatrica e valutare se trasferire in ambiente psichiatrico, considerando la situazione generale, le condizioni internistiche e possibili controindicazioni sul piano psicologico.
9. Rivalutare quotidianamente in équipe medico-infermieristica il paziente.
10. Informare il MMG e prendere contatto con il CSM/SerD per monitoraggio/trattamento post- dimissione.

#### Livello 4 – RISCHIO ALTO (sono compresi anche i punti precedenti)

11. Predisporre una vigilanza più intensa e accurata.
12. Programmare le cure post dimissione con il paziente, i familiari/altre persone significative, il MMG e i servizi/professionisti territoriali.

**SCHEDA DI  
SEGNALAZIONE  
DEGLI EVENTI**

ALLEGATO I

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Azienda/Casa di Cura		Unità Operativa				
	Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo)						
Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico						
	<input type="checkbox"/> Infermiere/caposala						
<input type="checkbox"/> Altro specificare _____							
Dati relativi al paziente	Nome e Cognome del paziente (facoltativo)						
	N° di scheda nosologica		Anno di nascita/Età		Sesso	<b>M</b> <input type="checkbox"/>	<b>F</b> <input type="checkbox"/>
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento (es. bagno, camera,...)						
	Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento.						
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario		<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale		<input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare		
	<input type="checkbox"/> Ricovero DH		<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico		<input type="checkbox"/> Altro _____		
<b>Descrizione dell'evento</b> (Che cosa è successo?)							
<b>Fattori che possono aver contribuito all'evento</b> (è possibile indicare più di una risposta)							
Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/>	Fattori legati al sistema	Staff inadeguato/insufficiente	<input type="checkbox"/>		
	Non cosciente/scarsamente orientato	<input type="checkbox"/>		Insufficiente addestramento/inserimento	<input type="checkbox"/>		
	Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/>		Gruppo nuovo/inesperto	<input type="checkbox"/>		
	Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/>		Elevato turn-over	<input type="checkbox"/>		
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>		Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>		
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>		Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>		
	Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/>		Insuccesso nel far rispettare protoc/procedure	<input type="checkbox"/>		
	Fatica/stress	<input type="checkbox"/>		Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>		
	Presenza scorciatoia/regola non seguita	<input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>		
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza attrezzature	<input type="checkbox"/>		
	Mancata supervisione	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	<input type="checkbox"/>			
	Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>	Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	<input type="checkbox"/>			
Mancata verifica preventiva apparecchi.	<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>				
Altri fattori (specificare):							
<b>Fattori che possono aver ridotto l'esito</b>							
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Fortuna							
<input type="checkbox"/> Buona assistenza <input type="checkbox"/> Altro (specificare)							
<b>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?</b>							
Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/>	Altre indagini	<input type="checkbox"/>	Medicazioni	<input type="checkbox"/>	Ricovero in TI	<input type="checkbox"/>
Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/>	Visita medica	<input type="checkbox"/>	Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>	Trasferimento	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/>	Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/>	Altro _____	<input type="checkbox"/>
<b>Come si poteva prevenire l'evento?</b> (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare.							
<b>L'evento è documentato in cartella clinica?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				<b>Il paziente è stato informato dell'evento?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

I dati contenuti nei campi colorati in grigio non saranno registrati nel database



Esito dell'evento		
Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	<b>NESSUN ESITO</b> – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO MINORE</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO MODERATO</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO SIGNIFICATIVO</b> – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO SEVERO</b> – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 1 evento/anno)	<input type="checkbox"/>
	Raro (meno di 1 evento/anno)	<input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino al livello 4)	<input type="checkbox"/>
	Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	<input type="checkbox"/>
<b>Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Quali?		
<b>L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
In che modo?		
<b>L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo?</b> (es. ritardi, ecc.)    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Quali?		
<b>C'è una lezione significativa da trarre dall'evento?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Se sì, quale? (proporre azioni per evitare il riaccadimento)		
<b>Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Commentare		

Responsabile medico dell'Incident reporting \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

1. La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. Per questo, **in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.**
2. La scheda può essere riconsegnata al Responsabile di Unità Operativa, anche in forma anonima.
3. Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, **la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente.**
4. Dopo la compilazione della parte a cura del compilatore inviare la scheda alla UOC Qualità e Risk Management tramite Email all'indirizzo **[qualita.rischio@aslcaserta.it](mailto:qualita.rischio@aslcaserta.it)**



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA**

*DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE*  
*Direttore Dr. Gaetano De Mattia*

Allegato M

<b>Struttura</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>E-mail</b>	<b>PEC</b>	<b>Telefono</b>
UOSM 12	Via Roma, 159 - Caserta	uosm12@aslcaserta.it	uosm12@pec.aslcaserta.it	0823 445310
UOSM 13-16	Via Salzano,6 – Marcianise Via Ficucella, 1 - Maddaloni	uosm.ds13-16@aslcaserta.it	uosm_13_16@pec.aslcaserta.it	Marcianise 0823518482 Maddaloni 0823200440 - 0823200441
UOSM 14	Via A. Volta snc - Vairano Patenora	uosm14@aslcaserta.it	uosm14@pec.aslcaserta.it	0823 657268
UOSM 15	Via G.G. D'Amore, 16 – Piedimonte Matese	uosm15@aslcaserta.it	uosm15@pec.aslcaserta.it	0823 544050
UOSM 17-18	Viale Europa, 6 – Aversa	uosm1718@aslcaserta.it	uosm_17_18@pec.aslcaserta.it	081 5020987
UOSM 19-20	Via M. Buonarroti, 11 – San Cipriano D' Aversa	uosm20@aslcaserta.it	uosm1920@pec.aslcaserta.it	081 19816022
UOSM 21-22	Via Fieramosca Palazzo Fieramosca – Capua Via Dei Romani, snc – Santa Maria CV	uosm21-22@aslcaserta.it	uosm21@pec.aslcaserta.it	Santa Maria CV 0823 795018 Capua 0823 620333
UOSM 23	Via degli Oleandri, 75- Mondragone	uosm23@aslcaserta.it	uosm23@pec.aslcaserta.it	0823 775237
SPDC AVERSA	Via Gramsci, 1 – PO Aversa	spdc.avversa@aslcaserta.it	spdc.avversa@pec.aslcaserta.it	081 500154
SPDC SESSA	Via Ospedale – PO Sessa Aurunca	spdc.sessa@aslcaserta.it	dante.desantis.psq5@ce.omceo.it	0823 934892 - 0823 934272