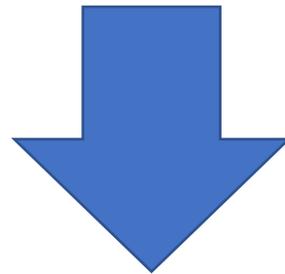


Mitigazione del Rischio suicidario nel paziente ricoverato in SPDC.

Dr.ssa Francesca Sozzi

Standard JCI

IDENTIFICARE E METTERE IN SICUREZZA IL PAZIENTE CON RISCHIO SUICIDARIO/COMPORAMENTO
AUTOLESIVO



RIDURRE AL MINIMO IL RISCHIO DI TENTATI SUICIDI DURANTE L'OSPEDALIZZAZIONE.

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento</i>	POLITICHE SPECIFICHE PER IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	DOC. 051
		Rev.04
		Pagina 1 di 39



**SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO**

**POLITICHE SPECIFICHE PER
IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI
DIAGNOSI E CURA**

5.5 CRITERI DI VALUTAZIONE E RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE

- La valutazione del paziente viene effettuata **almeno ogni 24 h dal medico presente in reparto** e riportata in cartella clinica; la rivalutazione infermieristica viene effettuata almeno ogni 8 h e riportata in cartella clinica
- Il medico è presente in reparto dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.00, il sabato dalle 8.30 alle 16.30 e la domenica dalle ore 8.00 alle 12.30, il medico è presente al centro Salute mentale, nei restanti orari è prevista una pronta disponibilità.
- Il medico di reparto il venerdì pomeriggio, alla fine del suo turno, comunica idonee informazioni telefoniche ai medici di turno del venerdì, sabato e domenica sulle condizioni dei pazienti ricoverati
- Il sabato e la domenica verranno rivalutate ed annotate in cartella le condizioni cliniche dei pazienti segnalati il venerdì, oltre ovviamente a riportare eventuali cambiamenti clinici e/o situazioni critiche per gli altri degenti, tempestivamente segnalati dal personale in turno in reparto

2. **Viene assegnato un codice di rischio basso/medio/alto** in base a tale distinzione, si procede concordando in modo collegiale in equipe le strategie operative da adottare (le informazioni vengono riportate in diario clinico e sul monitor PC Triage "STRATEGIE GESTIONALI CONDIVISE IN TEAM SPDC") e secondo quelle che sono le seguenti indicazioni operative:

1) Valutazione globale del paziente al **ingresso**

Fondamentale puntare sul coinvolgimento e la responsabilizzazione di pazienti e familiari in tutto il percorso di cura

1. Al momento del ricovero del paziente viene fatto un colloquio e una raccolta di informazioni più ampia per definire, con una modalità condivisa, una valutazione clinica della complessità della situazione (basata sull'opinione di esperti) relativa a: fattori di rischio rilevati (autoaggressività, eteroaggressività, abuso di farmaci o sostanze, allontanamento), area della collaborazione e del comportamento (atteggiamento rispetto al ricovero, aderenza al trattamento farmacologico), area delle relazioni; tale valutazione viene registrata in cartella clinica a pag 11.
2. Vengono fornite al paziente ed ai familiari una serie di informazioni sull'organizzazione e sulla vita di reparto (**consegna "Brochure SPDC No restraint di Trento" per utenti e familiari**).

2) Rivalutazione del paziente **durante il ricovero**

- viene fatta una rivalutazione quotidiana e al bisogno in caso di eventi nuovi, annotata su diario clinico e riportata su monitor infermeria (PC triage), del livello di complessità
- la rivalutazioni dei problemi rilevati con la scheda MATRE vengono registrati sul diario clinico integrato durante il ricovero
- Il percorso riabilitativo di ciascun utente viene annotato nel fascicolo integrativo dedicato presente in cartella clinica

3) Rivalutazione del paziente alla **dimissione**

Al fine di garantire una presa in carico completa dell'utente che accede al Servizio di salute mentale, è importante che tutte le articolazioni coinvolte, con un'attenzione a SPDC e CSM, garantiscano una corretta e completa comunicazione. Tale circolarità di informazioni risulta fondamentale al fine di una continuità assistenziale dell'utente, di una reale condivisione del percorso di cura tra le aree del servizio e una chiarezza nei confronti dell'utente e dei suoi familiari. Un'unitarietà di pensiero e azioni assicura una presa in carico trasparente e un'ottimizzazione delle risorse. Per questo all'interno del Servizio si utilizzano strumenti consolidati di condivisione di pensiero e informazione, come le riunioni d'equipe presso il reparto e gli incontri di rete durante il periodo di ricovero dell'utente. Il collegamento tra le due aree deve essere mantenuto costantemente, con una particolare attenzione ad una presenza forte dell'equipe curante dell'utente nel momento in cui accede al reparto e vi rimane per un periodo di tempo.

Al fine di accompagnare in maniera condivisa il passaggio dal reparto al territorio, è importante che il delicato momento della dimissione sia concordato con tutta l'equipe curante coinvolta sul singolo caso, con l'utente e i suoi familiari, stabilendo insieme il percorso terapeutico migliore.

Strumenti e Buone pratiche

All'ingresso in reparto;

Durante il ricovero;

Alla dimissione dal reparto

Ingresso in SPDC

I pazienti possono giungere ricoverati dal PS/altri reparti, dopo valutazione dello specialista psichiatra che ne indica il ricovero, o dal Centro di Salute Mentale.

Se il paziente presenta un rischio suicidario, questo verrà comunicato dall'inviante al ricevente


 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
 Provincia Autonoma di Trento
 Dipartimento Transmurale Salute Mentale – UO Psichiatria Distretto Nord
 Valle di Non, Valle di Sole, Rotaliana - Königsberg, Paganella, Valle dei Laghi, Territorio Val d'Adige

CONSULENZA: PSICHIATRICA

[Ospedale di Trento / Psichiatria]

LETTERA DI INVIO

Centro di Salute Mentale di TRENTO

All'equipe del S.P.D.C. di _____ TRENTO _____

Anamnesi psichiatrica	<p>Utente Noto per diversi ricoveri dopo agiti auto lesivi gravi, defenestrazione e ingestione incongrue di farmaci e altri elementi inorganici.</p> <p>Da più di una settimana presenta idee auto lesive, sempre dopo pranzo, vuole buttarsi dal balcone.</p> <p>Due giorni fa ha aperto al porta del balcone e i suoi genitori la hanno fermata, lei diceva che presentava questi pensieri auto lesivi.</p> <p>Durante il colloquio lei manifesta che non riesce a controllare questi impulsi e che ogni volta che mangia il Pranzo sente l'impulso di farsi del male. Riferiscono sia lei che suo padre una relazione tra aumento di peso e pensieri auto lesivi.</p> <p>Ideazione auto lesiva persistente.</p>
Motivazione dell'invio	

Valutazione dello specialista: Paziente ben nota al servizio.

Torna giusto oggi dalle vacanze durante le quali avrebbe tentato il suicidio due volte. Angosciata, trema, eloquio frammentato. Verbalizza intenzionalità anticonservativa. Già somministrata 1 fl di Talofen, si consiglia somministrazione di 1 fl di En 5 mg
Si ricovera in reparto

Conclusioni diagnostiche: Intenzionalità anticonservativa in disturbo della personalità.

Giudizio / Proposta conclusiva:

Ricovero in reparto

Codice di Rischio:

Verde-basso rischio:

- normale piano di assistenza secondo bisogni rilevati
- Possono essere concordati permessi di uscita (solitamente da solo, talvolta accompagnato).

Codice di Rischio:

Giallo-medio rischio:

- Valutare con familiari eventuale bisogno di assistenza aggiuntiva ed eventuali disponibilità
- Porre attenzione alla relazione, garantire maggiore vicinanza relazionale (cercare la persona più volte nel turno, fare attività assieme...)
- Controllare che sia stata prescritta terapia al bisogno, utilizzarla come strategia di detensione se non sufficiente la relazione
- Valutare in team come gestire la comunicazione con il paziente prima di possibili “brutte notizie” (evitare turni serali in assenza del medico/altre figure di supporto)
- Mettere in atto accorgimenti ed attenzioni personalizzate (es. posizionamento del letto vicino alla parete in prossimità del campanello o materasso a terra in caso di rischio di rotolamento o cadute elevato, cartelli di segnalazione per pazienti disorientati...)
- Verificare con il “giroletti” del mattino se presenti a vista oggetti potenzialmente pericolosi in camera o visibili addosso al paziente (se presenti valutare in team quale strategie migliore per bonificare l’ambiente)
- Se si è in difficoltà rispetto ai bisogni degli utenti si prevede la possibilità di chiedere aiuto del Centro Salute mentale (CSM) di riferimento del paziente; il CSM raccoglie la richiesta e fa regia stabilendo la strategia da adottare (es: inviando un operatore in aiuto o ESP)
- Valutare con attenzione visite e permessi

Codice di Rischio:

Rosso-alto rischio:

- Tutti gli accorgimenti presenti per il codice giallo e in aggiunta:
- Favorire interventi terapeutici relazionali del personale personalizzati
- Valutare in team ulteriori accorgimenti per “bonificare l’ambiente” (valutare in team come gestire la comunicazione con il paziente stesso – possibile trigger)
- Valutare in team possibili aiuti CSM di competenza; il CSM raccoglie la richiesta e fa regia stabilendo la strategia da adottare (es: inviando un operatore in aiuto o ESP)
- Riprogrammazione attività procrastinabili
- Non vengono generalmente concordati permessi di uscita salvo valutazioni definite in team utili a detendere la situazione

forze dell'ordine PS medico di base altro

INFORMAZIONI RACCOLTE DA: paziente altra persona

MOTIVO DEL RICOVERO E ANAMNESI D'INGRESSO

scompenso psichico conflitto familiare

emergenza sociale problemi di ordine pubblico

.....

AREA COLLABORAZIONE:

ATTEGGIAMENTO RISPETTO AL RICOVERO:

ADERENZA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO: No Sì → bassa media alta

AREA RISCHI:

RISCHIO DI ALLONTANAMENTO: No Sì → basso medio alto

RISCHIO ABUSO DEI FARMACI: No Sì → basso medio alto

RISCHIO DIPSOMANIA: No Sì → basso medio alto

RISCHIO PROMISCUITÀ SESSUALE: No Sì → basso medio alto

AREA COMPORTAMENTO:

RICHIESTITÀ: No Sì → basso medio alto

COMPORAMENTI DISTURBANTI: No Sì → basso medio alto

AUTOAGGRESSIVITÀ:

PENSIERI: No Sì → basso medio alto

MINACCE: No Sì → basso medio alto

AGITI: No Sì → basso medio alto

ETEROAGGRESSIVITÀ:

VERBALE: No Sì

FISICA: No Sì → verso cose basso medio alto

No Sì → verso persone basso medio alto

AREA RELAZIONI:

PROBLEMATICHE NELLE RELAZIONI TRA L'UTENTE E FAMIGLIA O PERSONE SIGNIFICATIVE: No SÌ (SPECIFICARE)

VALUTAZIONE DI INGRESSO INTEGRATA MEDICO/INFERMIERE/TERP/EDUCATORE

INFERMIERE/TERP/EDUCATORE/MEDICO						
Problema	Data e sigla	Stato Attuale	Stato Atteso	Piano iniziale degli interventi (modifiche successive in Diario)	Esito alla dimissione	Data e sigla
Area Psico-patologica <input type="checkbox"/> Ideazione <input type="checkbox"/> Percezione <input type="checkbox"/> Umore			<input type="checkbox"/> Superamento fase acuta <input type="checkbox"/> Formazione piano di cura territoriale	<input type="checkbox"/> Inquadramento clinico <input type="checkbox"/> Impostazione th farmacologica <input type="checkbox"/> Monitoraggio effetti collaterali th <input type="checkbox"/> Colloqui individuali <input type="checkbox"/> Coinvolgere in attività riabilitative <input type="checkbox"/> Stimolare a TCC <input type="checkbox"/> Intervento psicologico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Superamento fase acuta <input type="checkbox"/> Stabilizzazione <input type="checkbox"/> Piano di cura terr.	
Area Sonno e Riposo <input type="checkbox"/> Irregolarità <input type="checkbox"/> Supporti farmacologici <input type="checkbox"/> Inversione ritmo s-v		Insomnia <input type="checkbox"/> Precoce <input type="checkbox"/> Tardiva <input type="checkbox"/> Risvegli notturni <input type="checkbox"/> Inversione ritmo s-v <input type="checkbox"/> Ipersonnia	<input type="checkbox"/> Ripristino ritmo s-v	<input type="checkbox"/> Favorire ambiente non disturbante <input type="checkbox"/> Idronea th farmacologica <input type="checkbox"/> Educazione a igiene del sonno <input type="checkbox"/> Contrastare inversione del ritmo <input type="checkbox"/> Stimolare ad attività diurne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ritmo s-v ripristinato <input type="checkbox"/> Invariato	
Area Collaborazione <input type="checkbox"/> Aderenza al trattamento farm. <input type="checkbox"/> Adesione al ricovero <input type="checkbox"/> Rischio di allontanamento		<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Scarsa <input type="checkbox"/> Rischio <input type="checkbox"/> Elevato <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Basso	<input type="checkbox"/> Maggior aderenza al trattamento Farm. <input type="checkbox"/> Miglioramento alleanza terapia	<input type="checkbox"/> Assistenza 1 a 1 <input type="checkbox"/> Monitoraggio a vista <input type="checkbox"/> Contenimento relazionale <input type="checkbox"/> Monitoraggio corretta assunzione th <input type="checkbox"/> Informazione corretta su th e malattia <input type="checkbox"/> Consegnare brochure spdc <input type="checkbox"/> Stimolare partecipazione ad attività riabilitative e TCC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Migliorata aderenza al trattamento <input type="checkbox"/> Migliorata alleanza terap. <input type="checkbox"/> Invariato	
Area Comportamentale <input type="checkbox"/> Comportamenti disturbanti <input type="checkbox"/> Disinibizione <input type="checkbox"/> Contatti sessuali		<input type="checkbox"/> Ostilità <input type="checkbox"/> Minacciosità <input type="checkbox"/> Provocatorietà <input type="checkbox"/> Richiestività <input type="checkbox"/> Clamorosità <input type="checkbox"/> Disinibizione S. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Miglioramento del controllo comportamentale	<input type="checkbox"/> Assistenza 1 a 1 <input type="checkbox"/> Monitoraggio a vista <input type="checkbox"/> Contenimento relazionale <input type="checkbox"/> Monitorare idratazione <input type="checkbox"/> Regolarizzare assunzione acqua <input type="checkbox"/> Chiudere rubinetti <input type="checkbox"/> Impostare th farmacologica e TAB <input type="checkbox"/> Coinvolgere familiari/persone significative nell'assistenza <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Migliorato <input type="checkbox"/> Invariato	
Autoaggressività <input type="checkbox"/> Pensieri <input type="checkbox"/> Minacce <input type="checkbox"/> Agiti		<input type="checkbox"/> Rischio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Basso	<input type="checkbox"/> Riduzione rischio <input type="checkbox"/> Prevenzione agiti	<input type="checkbox"/> Assistenza 1 a 1 <input type="checkbox"/> Monitoraggio a vista <input type="checkbox"/> Contenimento relazionale <input type="checkbox"/> Letto in camera vicino infermeria <input type="checkbox"/> Ritirare/eliminare oggetti potenzialmente pericolosi <input type="checkbox"/> Coinvolgere familiari/persone significative nell'assistenza <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ridotto rischio autoaggressività	

Checklist

17661-24/09/2021 - Corrispondenza interna ALLEGATO N.4

CHECKLIST PER UN AMBIENTE SICURO PER IL PAZIENTE CON LIVELLO DI RISCHIO SUICIDARIO ALTO O MOLTO ALTO

Procedura aziendale per la mitigazione del rischio suicidario in Ospedale

Revisione 00

14 settembre 2021

Pagina 1 di 2

Etichetta nosologica del paziente

AZIONI IMMEDIATE		NOTE
Predisporre sorveglianza personalizzata, con il coinvolgimento eventuale di familiari o caregiver del paziente opportunamente preparati e valutati, ponendo attenzione anche a quando il paziente si reca in bagno e/o doccia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N/A	
Assicurare la comunicazione del livello di rischio nel passaggio di consegne tra operatori sanitari e delle informazioni con i caregiver	<input type="checkbox"/>	
Far indossare al paziente un pigiama/abito "sicuro" (senza cinture o cordoni) con scarpe senza lacci	<input type="checkbox"/>	
Collocare il paziente in una stanza di degenza lontano dall'uscita e in prossimità dell'infermeria e posizionare il letto in modo che sia visibile dalla porta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N/A	
Chiudere a chiave le finestre della stanza di degenza in cui si trova il paziente, permettendone la sola apertura a vasistas oppure aprirle in presenza di personale sanitario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N/A	
Apporre sulla porta della stanza del paziente la segnaletica: "Chiedere all'infermiera/e prima di entrare"	<input type="checkbox"/>	
Controllare tutti gli oggetti portati dai visitatori e comunicare che gli oggetti pericolosi devono essere portati a casa. Per oggetti illegali (arni, droghe illegali, ecc.), chiamare la Polizia	<input type="checkbox"/>	
Utilizzare vassoi di plastica e piatti/ utensili per il pranzo monouso	<input type="checkbox"/>	
Se il paziente necessita di eseguire esami o procedure fuori dall'Unità Operativa deve essere accompagnato e tenuto in osservazione. Informare preventivamente il Servizio che sta per arrivare un paziente che necessita di precauzioni per rischio suicidario.	<input type="checkbox"/>	

MONITORAGGIO AMBIENTALE	NOTE
<p>Rimuovere i rischi ambientali non necessari dal punto di vista medico, quali ad esempio:</p> <ol style="list-style-type: none"> Forbici, taglia pillole, rasoi e lamette da barba - controllare anche all'interno delle cover del cellulare - Boccette del profumo, specchietti Accendini Guanti Sacchetti di plastica, compresi i sacchetti della spazzatura e degli effetti personali dei pazienti Aste porta flebo, sacche e tubi non in uso Cavi elettrici / cavi di telemetria quando clinicamente non necessari Cuffie Pigiama con cinture o cordoni, cravatte, cinture, leggings, lacci delle scarpe Qualsiasi cosa abbastanza piccola da poter essere ingerita (ad esempio, graffette, puntine, dentifricio, monete, chiavi, pile, ...) Attrezzature / forniture mediche che possono rappresentare un rischio quando non necessarie dal punto di vista medico Contenitore per rifiuti taglienti Dispenser per l'igiene delle mani Bicchieri e vasi Penne e matite Lattine, utensili di metallo o piatti fragili <p>Osservare l'ambiente circostante al paziente e continuare a rimuovere eventuali nuovi rischi</p>	

+ Sicurezza Ambientale Strutturale

Durante il Ricovero

- Discussione caso quotidiana con rivalutazione del rischio e messa in atto di azioni conseguenti (sorveglianza personalizzata, letto vicino all'infermeria, attivazione GEC, collaborazione con territorio, familiari e altre persone di riferimento – ved.codice di rischio);
- annotata su diario clinico e riportata su monitor infermeria (PC triage), del livello di complessità
- La rivalutazioni dei problemi rilevati con la scheda MATRE vengono registrati sul diario clinico integrato durante il ricovero
- Passaggio consegne

Alla dimissione

- corretta e completa comunicazione tra SPDC e CSM;
- riunioni d'equipe presso il reparto e gli incontri di rete durante il periodo di ricovero dell'utente
- Al fine di accompagnare in maniera condivisa il passaggio dal reparto al territorio, è importante che il delicato momento della dimissione sia concordato con tutta l'equipe curante coinvolta sul singolo caso, con l'utente e i suoi familiari, stabilendo insieme il percorso terapeutico migliore;
- Lettera dimissione, lettera recovery.