

PROCEDURA AZIENDALE

PROTOCOLLO INTERDIPARTIMENTALE GESTIONE DEL TENTATO SUICIDIO IN PRONTO SOCCORSO

Preparato da: Enrico Bernardi Ettore D'Antonio	Unità operativa: Direttore UOC Pronto Soccorso SPDC	Data: 01/10/2010 Revisione: 0
Verificato da: Clemente Possamai Giulia Perini Renzo Tedesco Maria Teresa Perin	Ruolo: Direttore Dipartimento Area Critica Direttore Dipartimento Salute Mentale Afd Coordinatore Inf.stico UOC Pronto Soccorso Conegliano Afd Coordinatore Inf.stico SPDC	Descrizione modifica:
Approvato da: Maria Grazia Carraro	Ruolo: Direttore dell'Ospedale ULSS 7	

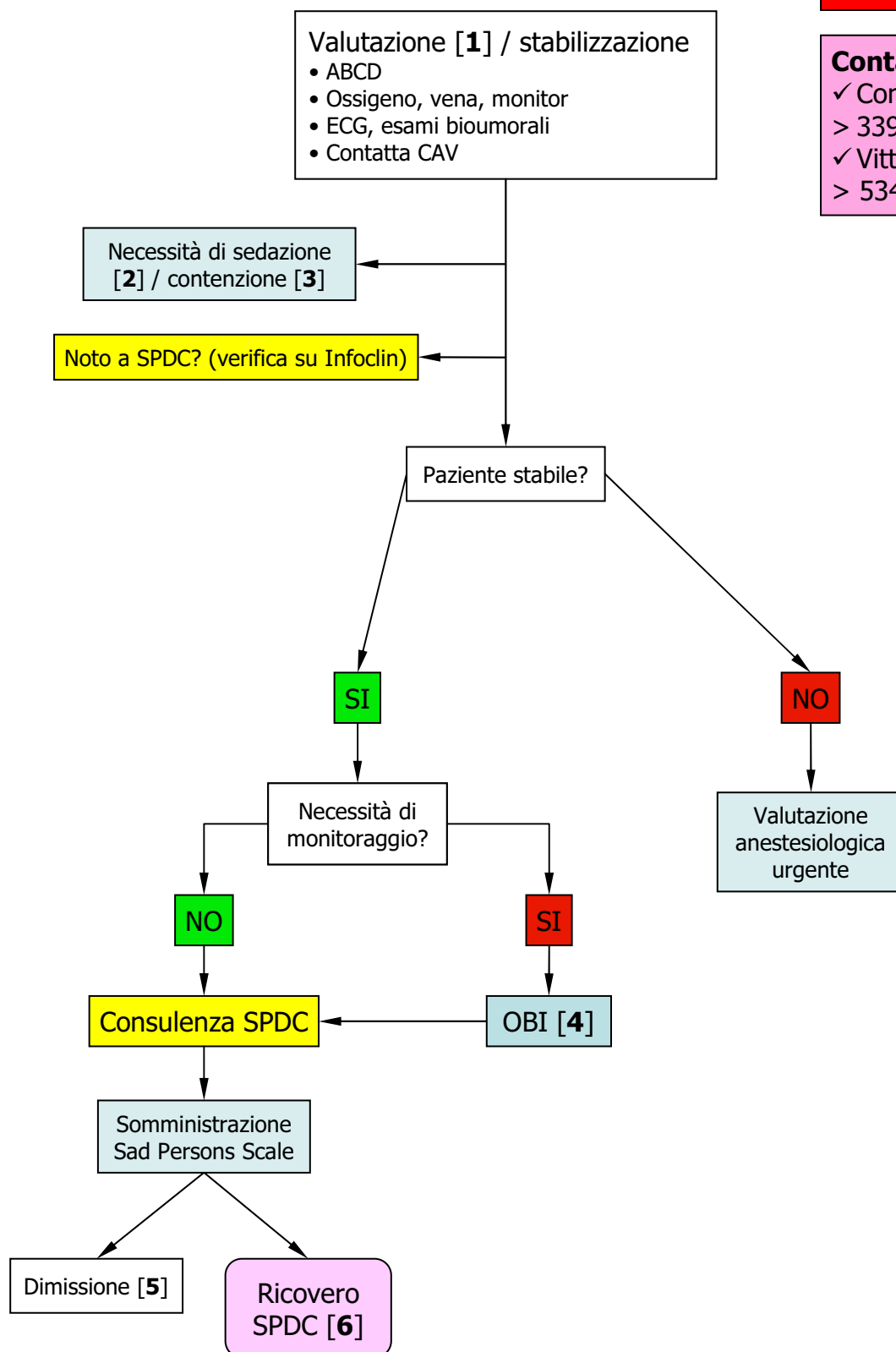
Tentato suicidio

Contatta CAV:

✓ Milano:
> 02-66101029
✓ Pavia
> 0382 24444

Contatta SPDC:

✓ Conegliano:
> 3393
✓ Vittorio Veneto
> 5348 - 5402



Istruzioni operative flow-chart "Tentato suicidio"

[1] *Valutazione Iniziale*: **valuta** → pervietà vie aeree, ossigenazione / ventilazione, perfusione, reattività pupillare, movimenti e simmetria arti. **Richiedi** [se indicazione clinica]: EGA + carbossi-Hb, emocromo, funzione renale + epatica (ast, alt, bilirubina, ammonio, PTT, PT), alcolemia, provetta per (eventuale) dosaggio tossici sconosciuti. Può essere necessario cateterismo estemporaneo per droghe + stick urina. **NB** in pazienti *vigili, collaboranti* e con *parametri vitali normali* **non è necessario** eseguire es. bioumorali e tossicologici (sangue / urina).

[2] *Necessità di sedazione*

Principio attivo	Dose	Via	Effetti collaterali	Latenza effetto	Emivita
Midazolam	5-15 mg (1 f = 5 mg)	IM / EV	Depressione respiratoria	1-5 min EV, 15-20 min IM	2-6 h
Lorazepam *	4-8 mg (1 f = 4 mg), se EV max 2 mg / min	IM / EV	Depressione respiratoria	20-30 min IM 5-20 min IV	10 h
Droperidolo †‡	5-10 mg (1 f = 5 mg)	IM / EV	Depressione respiratoria Prolungamento del QTc Sdr. extrapiramidale	30 min IV	2-4 h
Aloperidolo †‡	5-10 mg (1 f = 5 mg)	IM	Depressione respiratoria Prolungamento del QTc Sdr. extrapiramidale	< 30 minuti	12-18 h
Aripiprazolo †	1 f (1 f = 7,5 mg), ripetibile ogni 2 h, max 3 f / die	IM	Ipotensione ortostatica Nausea / vomito Iperglicemia Sdr. extrapiramidale	10-20 minuti	

* Possibile combinazione con Aloperidolo 5 mg IM, † concordare somministrazione con psichiatra, ‡ controindicato se Parkinson o intossicazione da anticolinergici

[3] *Necessità di contenzione*: se controindicata sedazione chimica → **utilizzare presidi fisici** di contenzione. È **obbligatorio**, per quanto possibile, informare i pazienti della necessità della contenzione / sedazione, ai fini di ricercarne / ottenerne il consenso ¹ e informare / coinvolgere i parenti, quando presenti o contattabili.

[4] *OBI*: se si rende necessario, come da indicazione centro anti-veleni o di altro specialista non psichiatra (es. cardiologo, gastroenterologo) coinvolto nella valutazione del caso, il monitoraggio non invasivo continuo dei parametri vitali (es. della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, del QTc, etc.) è **possibile** porre il paziente in OBI per un **massimo** di **12** ore. Durante l'OBI il paziente sarà gestito dal MdG del Pronto Soccorso con la **collaborazione** del MdG / reperibile del SPDC **limitatamente** agli aspetti psichiatrici, **mentre** la sorveglianza **attiva** **dovrà** essere effettuata da un parente / conoscente **affidabile** del paziente, in assenza del quale dovrà essere utilizzata necessariamente la contenzione fisica (vedi punto 2).

NB: la mera necessità di monitoraggio dei parametri di laboratorio o la somministrazione di antidoti **non** costituisce indicazione obbligatoria all'OBI.

[5] *Dimissione*: su formale indicazione del MdG del SPDC, salvo non ricorrano – a parere del MdG del Pronto Soccorso – altre ragioni per protrarre l'OBI o per ricoverare il paziente.

[6] Su indicazione formale dello psichiatra, invio immediato se parametri vitali stabili e Sad Persons Scale ≥ 7

SadPersons Scale → assegnare **1** punto per ogni risposta "positiva"

		Razionale
S	Sex / sesso	Rischio suicidario più elevato nei maschi
A	Age / età	Rischio suicidario più elevato per fascia d'età → Tutti = 15-24 anni, M > 65 anni, F = 45-54 anni
D	Depressione / disperazione	Depressi → rischio suicidio x20 volte rispetto alla popolazione generale. Disperazione → altro fattore fortemente predittivo
P	Prior History	Storia di precedenti tentativi → rilevabile in circa l'80% dei suicidi portati a compimento
E	Ethanol-abuse / potus-TD	Storia di alcolismo / tossicodipendenza → fattore fortemente predittivo
R	Rational thinking loss	Perdita del pensiero razionale / psicosi → 20-40% dei soggetti schizofrenici tenta il suicidio, specie nella fase precoce della malattia
S	Support System Loss	Perdita di supporto sociale. NB adolescenti spesso "banale" (rottura con fidanzato/a, divorzio genitori, problemi scolastici, etc.)
O	Organized Plan	La presenza di un piano organizzato per il suicidio aumenta il rischio di successo
N	No spouse	Mancanza di partner → lutto (vedovi/e), divorzio, status di "single"
S	Sickness	Malattie terminali (es. cancro, AIDS) → rischio suicidio x20 volte rispetto alla popolazione generale.

Score: **0-2** (non problemi reali → rivalutazione), **3-4** (dimissione → rivalutazione frequente), **5-6** (considera ricovero), **7-10** (ricovero obbligatorio)

¹ Come previsto dal codice deontologico medico e infermieristico