

INDICE

1. INTRODUZIONE	pag. 1
1.1 EPIDEMIOLOGIA.....	pag. 1
1.2 FATTORI EZIOLOGICI	pag. 5
1.3 FORMAZIONE DI BASE E CONTINUA	pag. 7
1.4 COMUNICAZIONE.....	pag. 10
2. OBIETTIVO	pag. 11
3. MATERIALI E METODI	pag. 12
3.1 DISEGNO DELLO STUDIO.....	pag. 12
3.2 DESCRIZIONE DELLO STUDIO QUALITATIVO.....	pag. 13
3.3 DESCRIZIONE DELLO STUDIO OSSERVAZIONALE.....	pag. 14
4. RISULTATI	pag. 16
4.1 RISULTATI STUDIO QUALITATIVO.....	pag. 16
4.2 RISULTATI STUDIO OSSERVAZIONALE.....	pag. 32
5. DISCUSSIONE	pag. 41
6. CONCLUSIONE	pag. 49
7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA	pag. 51
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag. 52
9. ALLEGATI	pag. 57

1. INTRODUZIONE

L'adolescenza e l'età evolutiva sono periodi cruciali per lo sviluppo dell'individuo. Esse sono caratterizzate da profonde trasformazioni fisiche, emotive e sociali. In alcuni casi, questi cambiamenti possono aumentare il rischio di problematiche legate alla salute mentale, le quali possono portare talvolta anche al suicidio o ad un tentativo di suicidio. La salute mentale, secondo l'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza, *“È uno stato di benessere emotivo e psicologico, all'interno del quale la persona è in grado di sfruttare al meglio le proprie capacità cognitive ed emozionali, di stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri e di partecipare in modo costruttivo ai mutamenti dell'ambiente”*.

Il suicidio e il tentato suicidio sono una realtà sempre più presente tra i giovani, suscitando preoccupazione a livello globale. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) segnala che già a partire dagli anni 2000 sono morte suicide circa un milione di persone. Oggi il suicidio è considerato dall'OMS come la terza causa di morte fra gli individui di entrambi i sessi, senza contare che il tentato suicidio comprende una frequenza fino a 20 volte maggiore. Ad oggi la prevenzione del suicidio non è ancora stata sufficientemente presa in considerazione dagli stati, perché non percepito come un problema di salute pubblica e in molte società è considerato ancora un “tabù”, un argomento difficile di cui poter parlare.

Nel seguente elaborato di tesi si affronta l'argomento del tentato suicidio in età evolutiva attraverso un'analisi approfondita della letteratura scientifica e dei dati disponibili per delinearne un quadro attuale da vari punti di vista. La finalità è quella di migliorarne la comprensione, evidenziare vari aspetti di una problematica molto complessa e infine di fornire informazioni utili per interventi preventivi ed efficaci per il benessere dei giovani in difficoltà.

1.1 Epidemiologia

La rivista on-line “Open” affronta l'argomento e afferma che in Italia tra il 2019-2021 i tentati suicidi sono aumentati del 75%. Si ritiene che ogni 16 ore una persona si tolga la vita e almeno un'altra tenti il suicidio ogni 14 ore: quindi un caso di tentato suicidio al giorno: la fascia di età a destare maggiore preoccupazione è quella degli adolescenti. Dai

dati forniti dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, si evince una crescita esponenziale negli ultimi 10 anni degli accessi al Pronto Soccorso per comportamenti suicidari da parte di giovanissimi, con aumento nei due anni di pandemia Covid-19. Circa oltre l'80% dei tentativi di suicidio è messo in atto da bambine e ragazze con un'età media di circa 15 anni, il più giovane ha 9 anni. Inoltre viene esplicitato che: *“Le misure restrittive durante la pandemia Covid, hanno avuto un impatto importante su giovani e giovanissimi portando a un aumento delle richieste di aiuto. Nel biennio precedente (2018-2019) gli accessi al Pronto Soccorso per ideazione suicidaria, tentativo di suicidio e autolesionismo sono stati 464. Nel 2020 e 2021 sono diventati 753, con un aumento di oltre il 60%. Se si considera solo il suicidio ideato o tentato, l'incremento dei casi rispetto al biennio precedente supera il 75% da 369 casi a 649”*.

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) inoltre evidenzia che nel 2021, circa 220 mila ragazzi tra i 14 e i 19 anni sono insoddisfatti della propria vita e si trovano in una condizione di scarso benessere psicologico. Nel 2021 sono state quasi 6.000 le richieste d'aiuto arrivate a Telefono Amico in Italia, che dal 1967 si impegna per dare a chiunque si trovi in stato di crisi o emergenza emozionale, in qualunque momento e in modo completamente gratuito, la possibilità di trovare un volontario aperto all'ascolto e al dialogo per favorire il benessere personale e la salute sociale; rappresentano il 55% in più rispetto al 2020 e sono quasi quadruplicate rispetto al 2019, prima della pandemia. Secondo l'ultimo annuario statistico dell'ISTAT pubblicato nel 2021, contenente i dati relativi al 2018, si ricava che il suicidio in Italia è la quinta causa di morte più comune tra gli adolescenti dai 10 ai 19 anni e la terza nella fascia di età dai 15 ai 19 anni, se si considerano solo le ragazze: nel 2019 l'Istituto Superiore di Sanità ha sottolineato l'esigenza di creare un organo per monitorare questo fenomeno annunciando l'attivazione dell'Osservatorio epidemiologico suicidi e tentativi di suicidio (Oestes). La fondazione BRF (Istituto per la Ricerca in Psichiatria e Neuroscienze, fondazione ONLUS), proprio per la mancanza di dati aggiornati, ha istituito durante la prima ondata della pandemia Covid-19 un "Osservatorio suicidi Covid 19", monitorando gli atti suicidari in base alle notizie di cronaca. Questo studio è stato ritenuto particolarmente rilevante dalle istituzioni e in particolare dal Ministero della Salute per i dati riportati, data la loro entità e la necessità di tenerli monitorati nel tempo. Per tale motivo dal primo gennaio 2021 la fondazione BRF ha deciso di aprire un Osservatorio Suicidi permanente. Dal primo

Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022 si contano 595 suicidi (in azzurro nella Tabella N.1) e 598 tentati suicidi (in viola nella Figura N.1) (Fondazione BRF, 2023).

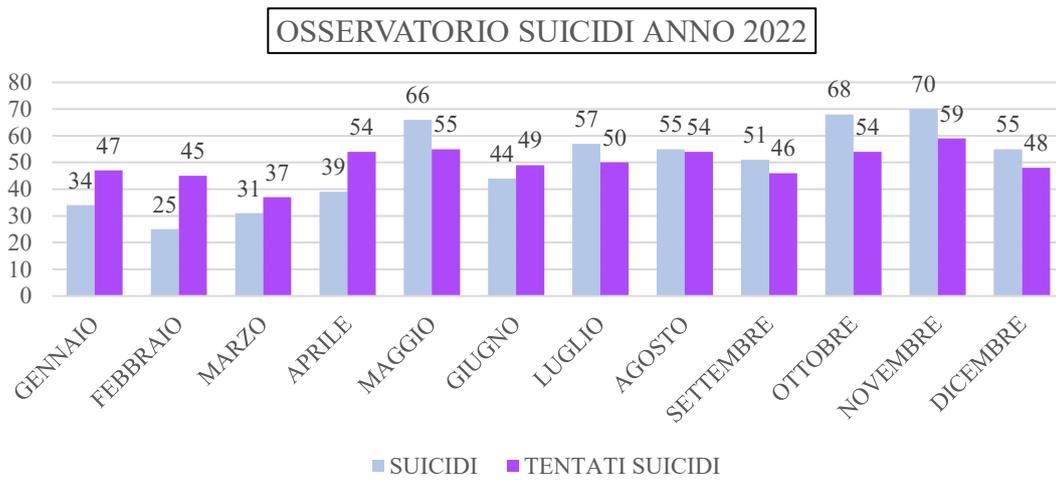


Figura N.1.: suicidi e tentati suicidi suddivisi per mese, Gennaio - Dicembre 2022.

Solo a partire da Gennaio a Settembre 2023 si contano 680 suicidi e 609 tentati suicidi (Figura N.2).

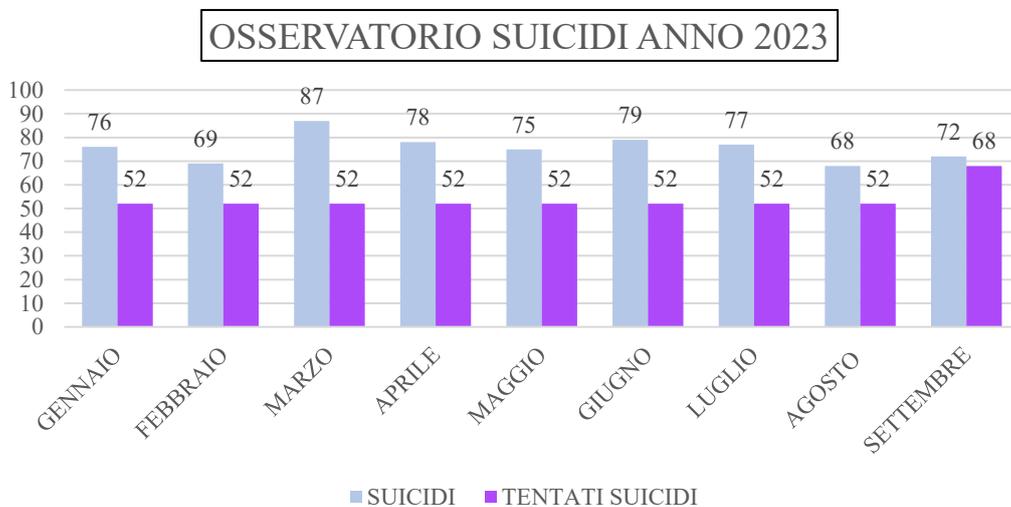


Figura N.2.: suicidi e tentati suicidi suddivisi per mese, Gennaio - Settembre 2023.

Secondo le più recenti ricerche dell'OMS sul fenomeno del suicidio in adolescenza, ogni anno muoiono per suicidio circa 45.800 adolescenti a livello mondiale. In Europa il suicidio rimane una delle prime 10 cause di morte. Per i ragazzi di età compresa tra 15 e 19 anni, il suicidio è la quarta principale causa di morte dopo gli incidenti stradali. Emerge soprattutto che 5 ragazze all'anno ogni 100.000 muoiono per suicidio rispetto ai ragazzi,

6 all'anno ogni 100.000. In Europa orientale e in Asia centrale, il suicidio è al primo posto come causa di morte per gli adolescenti di età tra i 15 e 19 anni; in Nord America, Europa occidentale e Asia meridionale, è la seconda causa più diffusa; in America latina e nei Caraibi, è la terza causa di morte più comune.

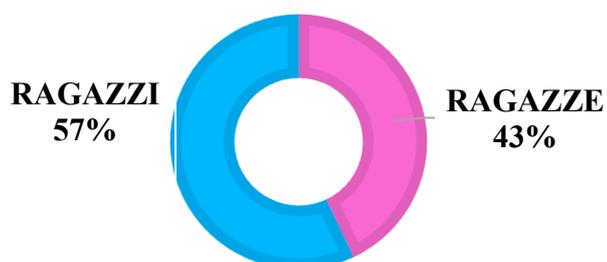


Figura N.3: suicidi nel 2019 nel mondo, fascia di età 10-19 anni.

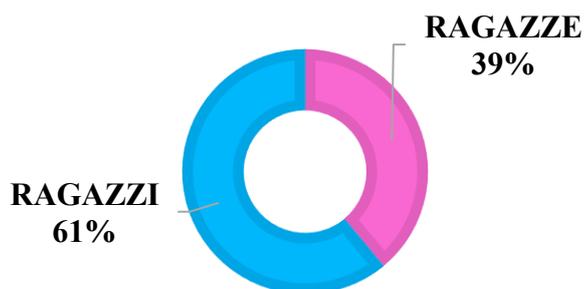


Figura N.4: suicidi nel 2019 nel mondo, fascia di età 10-14 anni.

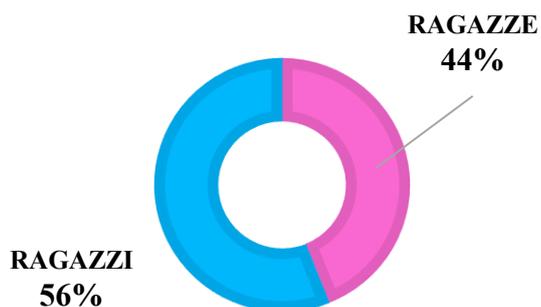


Figura N.5: suicidi nel 2019 nel mondo, fascia di età 14-19 anni.

1.2 Fattori eziologici

La letteratura scientifica, in un'ottica di prevenzione, si interessa molto allo studio dei fattori di rischio associati al tentato suicidio, individuandone alcuni come possibili segnali di allarme. Spesso i bambini e gli adolescenti che tentano il suicidio presentano un disturbo psichiatrico o vivono eventi particolarmente stressanti.

Di seguito vengono elencati i disturbi mentali che hanno evidenziato una maggiore correlazione con il tentato suicidio ("Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, text revision" DSM-5-TR, 2023):

- a) Disturbo depressivo maggiore: tale disturbo è caratterizzato da un umore depresso continuativo per almeno 2 settimane, o perdita di interesse o piacere in tutte le attività per la maggior parte del giorno associato ad altri sintomi fisici e cognitivi. L'età di esordio aumenta marcatamente nella pubertà ed è associato con comportamenti suicidari; gli individui con patologia depressiva hanno un rischio di suicidio 17 volte maggiore rispetto al tasso della popolazione generale considerata per età e sesso;
- b) Precedenti tentativi di suicidio: la presenza di condotte suicidarie o condotte pericolose per la vita dell'adolescente costituiscono un importante fattore di rischio per futuri tentati suicidi, pertanto, il personale sanitario è invitato ad indagare anche queste sfere durante l'anamnesi (Pompili, M., Girardi, P., 2015).
- c) Disturbo bipolare: include i sintomi della depressione alternati a periodi di mania, di sovraeccitazione con riduzione del controllo degli impulsi e della regolazione emotiva e si stima che il 5/6% di individui con questa psicopatologia muoia per suicidio; tale fasi aumentano il rischio di suicidio poiché possono compromettere o alterare il pensiero razionale e logico rendendo gli adolescenti più esposti a condotte sfrenate e a stati emotivi di difficile gestione;
- d) Disturbo d'ansia: si osserva che l'ampia gamma dei disturbi ansiosi si correla in percentuali significative a pensieri anticonservativi e tentati suicidi in relazione alla perdita della qualità della vita e all'effetto invalidante procurato dal disturbo. Dagli studi retroattivi sui suicidi è emerso che il disturbo d'ansia generalizzata risulta essere il più correlato;
- e) Disturbo ossessivo-compulsivo: la caratteristica principale di tale disturbo è la presenza di pensieri e immagini impulsi ripetitivi, persistenti e intrusivi con

compulsioni, intese come rituali incontrollabili. Tali condizioni hanno un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti con elevati livelli di compromissione della sfera sociale e lavorativa;

- f) Disturbo da uso di sostanze stupefacenti e alcool: sebbene molti adolescenti ne sperimentino l'uso, alcuni vanno oltre la semplice esperienza sviluppando progressivamente una dipendenza, una modalità sempre più frequente per tentare di affrontare i problemi. L'uso di sostanze può essere associato ad un disturbo psichiatrico oppure è un fattore di rischio per suicidio particolarmente preoccupante;
- g) Disturbo dello spettro autistico: molti giovani che ne soffrono, tendono a essere rigidi con sé stessi e con gli altri, con pensiero dicotomico bianco-nero, presentano un comportamento impulsivo e difficoltà a gestire la frustrazione che li mette in una condizione di aumentato rischio di suicidio soprattutto di fronte ad uno stress acuto (Haddad, F. e Gerson, R., 2015).
- h) Disturbo psichiatrico denominato Hikikomori: è un disturbo di recente individuazione con esordio nell'adolescenza e nella prima giovinezza. Le persone che ne soffrono vivono in isolamento sociale volontario, per sfuggire a tutte le dinamiche della vita che sono fonte di forte stress. È definita: "La malattia di chi non esce di casa", si verifica soprattutto dai 14 anni e tende facilmente a diventare cronica (Lombardo, D., 2023).

Gli eventi che costituiscono i fattori di rischio, sono i seguenti:

- a) Agenti stressanti: i minori sottoposti a situazioni di stress sono a rischio maggiore di sviluppare ideazione suicidaria. I fattori identificati includono: esposizione a violenza o a trauma, incluso violenza fisica e abuso sessuale; condizioni di disagio socioeconomico; difficoltà nell'identificazione di genere e giudizio da parte della società; presenza di un membro in famiglia che ha tentato o commesso suicidio; divorzio dei genitori; rottura di una relazione sentimentale; malattia e/o morte di una persona cara;

- b) Episodi bullismo e cyberbullismo: sono i fattori eziologici più recenti che rappresentano un'immensa sofferenza per l'adolescente e contribuiscono all'isolamento sociale, al senso di nullità e di impotenza;
- c) I social media: i social sono usati principalmente dai ragazzi come una fonte di sostegno e di relazione fra coetanei, ancor più dai ragazzi portatori di fragilità fisiche e/o emotive; allo stesso tempo delineano una realtà "virtuale" di non facile lettura e gestione dove è possibile anche imbattersi in incoraggiamenti al suicidio o alla emulazione di esso. Sono molto conosciuti tra i giovani i siti nei quali vengono stipulati "Patti di suicidio online", sono condivise varie informazioni sul come togliersi la vita o su altre forme di autolesionismo (es+ISTITUTO|MEDICINA INTEGRATA, 2022).

1.3 Formazione di base e continua

La formazione di base degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica sull'argomento "suicidio" è differente tra i vari Atenei, infatti solo alcuni trattano questo argomento. Di seguito vengono portati alcuni piani di studio:

- a) Alma Mater Studiorum Università di Bologna nell'anno accademico 2022-2023 presenta, all'interno del programma del modulo Infermieristica della Salute Mentale, l'argomento: *"L'urgenza psichiatrica: strategie assistenziali nella prevenzione e gestione del rischio suicidario"*;
- b) Università degli Studi di Padova ha avuto nell'anno accademico 2013-2014, nel modulo Infermieristica Clinica di Salute Mentale, l'argomento: *"Suicidio recato tra i Disturbi del comportamento"* che però non si riscontra nei successivi anni accademici;
- c) Università Politecnica Delle Marche, Corso di Laurea in Infermieristica, non presenta nel modulo "Infermieristica In Salute Mentale", l'argomento rivolto al suicidio,
- d) Università Politecnica Delle Marche, Corso di Laurea in Infermieristica: all'interno del Laboratorio Relazionale che si effettua al secondo anno (7 ore a studente), vengono affrontate tematiche relative alla comunicazione, ascolto attivo, relazione, professione d'aiuto con l'obiettivo di identificare il ruolo che l'infermiere assume nel promuovere efficaci relazioni di cura in base alle diversità di contesti ed interlocutori.

Per gli infermieri già strutturati, i corsi di aggiornamento presenti sono pochi. La ricerca ha rilevato un corso ECM on-line per gli infermieri sulla: *“Formazione a distanza su Suicidologia e salute pubblica”* pubblicato il 21 Settembre del 2019. Non sono emersi ulteriori corsi: la formazione in questo ambito per gli infermieri non risulta appropriata, aggiornata e sensibilizzata a questo tipo di argomento.

È presente, al momento la Raccomandazione Ministeriale n. 4 del Marzo 2008 *“PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”*, il cui ambito di applicazione è l’ospedale con tutte le sue Unità Operative. Tale Raccomandazione ha l’obiettivo di attivare l’Ente affinché preveda al suo interno procedure volte alla prevenzione e allo scoraggiamento di azioni suicidarie da parte dei pazienti. Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità, come dimostrato anche dai dati internazionali, la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente e, pertanto, è necessario che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione. Nel nostro Paese alcuni ospedali hanno già intrapreso iniziative per contrastare il verificarsi di tale evento che costituiscono un utile riferimento per la presente Raccomandazione. Tra le Azioni previste dalla Raccomandazione n. 4, troviamo al punto

4.2.3 *“La Formazione”* che riporta: *“Per aumentare la capacità degli operatori di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio ed adottare idonee misure di prevenzione, vanno incrementate le attività di orientamento e formazione del personale rispetto a tale problematica, nonché garantiti richiami sulla comunicazione e sui rischi connessi al suicidio in tutte le attività formative. Va previsto, inoltre, un aggiornamento specifico periodico del personale operante in unità operative considerate critiche”*.

È presente una Scala di Valutazione infermieristica per la misurazione del rischio suicidario nella persona assistita con disturbi psichici conclamati o possibili; prende il nome di NGASR (Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk). La validazione preliminare della versione italiana della *“Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk”* (NGASR-ita) si è dimostrata valida e affidabile nel supportare la valutazione infermieristica dell’ideazione suicidaria, tuttavia i suoi livelli di predittività non sono ancora stati indagati. È stata utilizzata in uno studio osservazionale prospettico presso

l'Ospedale San Paolo di Milano e prevedeva l'utilizzo della NGASR-ita con l'obiettivo di indagare la validità predittiva nella valutazione del rischio suicidario in pazienti ricoverati all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Ferrara, P. et al., 2020).

La scala è composta da 15 item:

- Assenza di speranza (3 punti);
- Evento di vita stressante (1 punto);
- Presenza di pensieri/voci a matrice persecutoria (1 punto);
- Presenza di stato depressivo (3 punti);
- Ritiro sociale (1 punto);
- Avvertimenti di intenti suicidari (1 punto);
- Elaborazione di un piano suicidario (3 punti);
- Familiarità per patologia psichiatrica e/o episodi suicidari (1 punto);
- Recente lutto o rottura di rapporto sentimentale (3 punti);
- Anamnesi positiva alla psicosi (1 punto);
- Vedovanza (1 punto);
- Precedenti tentativi di suicidio (3 punti);
- Storia di deprivazione economica (1 punto);
- Storia di abuso di alcolici (1 punto);
- Presenza di malattia terminale (1 punto).

In base alla somma ottenuta con la compilazione, si possono individuare quattro livelli di rischio:

- Da 0 a 5: livello di rischio basso;
- Da 6 a 8: livello di rischio intermedio;
- Da 9 a 12: livello di rischio alto;
- Da 12 a 15: livello di rischio estremamente alto.

1.4 Comunicazione

Come riportato anche dalla suddetta Raccomandazione è importante sottolineare che l'infermiere, che si trova a contatto con tali problematiche, debba conseguire conoscenze e capacità comunicative adeguate. L'assistenza infermieristica è essenzialmente una relazione d'aiuto, i cui obiettivi sono quello di aiutare, assistere e prendersi cura. Gli infermieri si occupano dell'impatto che la malattia ha sul quotidiano dell'assistito, oltre che della patologia in sé, e della persona con tutti i suoi problemi, più che del singolo problema; pertanto sono necessarie le giuste competenze per gestire i problemi fisici, psicologici e sociali. Lo sviluppo di competenze relazionali, inizia con lo studio del processo di comunicazione e di tutte le sue implicazioni (principi, tecniche, ecc) con l'obiettivo di aiutare una persona che esprime un bisogno o un problema di salute. Una buona comunicazione è strettamente coesa all'empatia in un "contratto" nel quale gli aspetti cognitivi si incontrano con quelli emotivi.

L'approccio empatico e la propensione all'ascolto possono aiutare il giovane a sentirsi compreso e accettato, riducendo l'isolamento emotivo e favorendo un ambiente di supporto. La creazione di un ambiente sicuro si formerà attraverso una comunicazione attenta e rispettosa priva di pregiudizi, in cui il minore potrà sentirsi a suo agio nell'esprimere i propri sentimenti e pensieri. Attraverso una comunicazione efficace l'infermiere può essere in grado di identificare i bisogni del giovane e le cause sottostanti che hanno portato al tentativo di suicidio, permettendo di pianificare interventi mirati. La comunicazione può essere anche uno strumento per educare il minore riguardo la Salute Mentale, insegnando strategie di coping (far fronte, tener testa) e fornendo informazioni sulle risorse disponibili. La comunicazione viene considerata anche come uno strumento di incoraggiamento per aiutare il minore a sentirsi supportato nel suo percorso di guarigione, promuovendo una maggiore compliance con il trattamento. È necessaria, inoltre, una comunicazione tempestiva con gli altri professionisti del team di Salute Mentale per far sì che gli interventi siano coordinati e assicurarsi che il giovane riceva l'assistenza adeguata. Una comunicazione efficace può contribuire in seguito, a prevenire futuri tentativi di suicidio, fornendo un canale di espressione per le emozioni negative e rafforzando la capacità del giovane ad affrontare le difficoltà (Saiani, L., Brugnolli, A., 2021).

2. OBIETTIVO

L'obiettivo dell'elaborato di tesi è analizzare il fenomeno del tentato suicidio tra i minori, mettendo in luce:

- i fattori eziologici;
- le tendenze e le statistiche degli ultimi anni;
- i fattori di protezione, come il sostegno familiare, l'accesso ai servizi di salute mentale e resilienza, che possono ridurre il rischio;
- l'efficacia delle politiche, degli interventi e delle strategie di prevenzione del suicidio giovanile.

Inoltre vengono evidenziate, attraverso la survey, le conoscenze, le esperienze personali e le opinioni che gli infermieri, coinvolti nel processo di ospedalizzazione dell'adolescente, hanno del problema, sottolineando l'importanza di una specifica formazione.

Ulteriore obiettivo, attraverso l'analisi delle cartelle cliniche degli ultimi 4 anni, è valutare l'efficacia dell'intervento terapeutico effettuato durante il ricovero del minore che ha tentato il suicidio.

A completamento, confrontare i risultati emersi dall'indagine conoscitiva con i dati raccolti in letteratura.

3. MATERIALI E METODI

Per la stesura della prima parte dell'elaborato di tesi è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura attraverso la ricerca bibliografica sulla banca dati Google Scholar; sono stati consultati libri di testo specifici sull'argomento ("Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, text revision" DSM-5-TR, 2023), libri sull'assistenza infermieristica, protocolli e linee guida di Aziende Ospedaliere Italiane. Sono inoltre stati considerati i siti internet inerenti all'obiettivo di tesi e di rilevanza scientifica: ISTAT, Ministero della Salute, OMS, Istituto Superiore di Sanità, Fondazione BRF, Fnopi. La ricerca bibliografica è stata condotta dal mese di Maggio 2023 al mese di Settembre 2023.

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: "Suicidio in Italia", "Tentato suicidio in adolescenza", "Suicidio popolazione 15 e oltre", "Suicidi e Tentato suicidio in Europa", "Cause Tentato suicidio", "Disturbi Mentali", "Salute Mentale", "Social Network", "Hikikomori", "Depressione", "Smartphone".

Sono stati utilizzati i seguenti filtri:

- Anno di pubblicazione articoli e dati statistici: dal 2018 ad oggi;
- Lingua italiana e inglese;
- Disponibilità di testo: selezionati "free text", "free full text", "abstract".

Applicando i filtri sopra citati e come criterio principale di selezione la pertinenza delle fonti con l'obiettivo dell'elaborato, è stata realizzata una raffinata scelta fino ad arrivare alla selezione di 19 documenti, utilizzati per l'introduzione.

3.1 Disegno dello studio

Per rispondere all'obiettivo di ricerca sono stati condotti uno studio qualitativo e uno studio osservazionale retrospettivo monocentrico. Lo studio qualitativo è stato condotto attraverso un questionario rivolto agli infermieri. L'analisi dei dati dello studio osservazionale è stata condotta attraverso la consultazione delle cartelle cliniche degli adolescenti presi in carico dalla U.O.C. di Neuropsichiatria infantile, stabilimento di Fano, AST Pesaro-Urbino.

3.2 Descrizione dello studio qualitativo

Lo strumento didattico utilizzato è costituito da un questionario somministrato online, tramite Google Moduli, in forma anonima (GDPR 2016/679). Il campione preso in considerazione è rappresentato dagli infermieri dell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino, che lavorano nelle Unità Operative di Pronto Soccorso di Fano, Pesaro e Urbino, Pediatria di Fano, Pesaro e Urbino, Potes 118 Fano, Calcinelli, Marotta, Urbino, Pesaro e Centrale Operativa di Pesaro. L'obiettivo è di effettuare un'indagine conoscitiva sulle conoscenze che possiedono gli infermieri in merito all'approccio a un paziente che ha tentato il suicidio e su quanto ritengano importante la formazione in merito all'argomento. La survey si articola in 19 domande e si compone di quesiti sovrapponibili ad alcuni già utilizzati in indagini simili disponibili in letteratura: nelle prime 4 viene chiesto l'Unità Operativa nella quale lavorano, l'età, gli anni di servizio e il sesso; le successive, 13 presentate in forma chiusa e 1 in forma aperta, indagano nello specifico tutti gli ambiti riportati nell'obiettivo di tesi e la conoscenza/aderenza alla presenza di scale sul "Tentato Suicidio" e il loro utilizzo; nell'ultima domanda, la n° 19, presentata in forma aperta viene richiesto di lasciare un commento personale.

Per le risposte, in forma chiusa, è stata considerata la scala di valutazione Likert a 5 punti, con possibilità di una sola opzione. La scala Likert è uno strumento per misurare opinioni, percezioni, atteggiamenti su un determinato argomento. La risposta consta di 5 possibilità di scelta, in cui sarà esplicitato dissenso, neutralità o consenso nei confronti dell'oggetto di valutazione. La presenza dell'opzione neutrale può mascherare un modo per il partecipante di non prendere una decisione netta in merito all'argomento, ma nello stesso momento rende possibile quantificare la percentuale di individui equidistanti, così da individuare le motivazioni che hanno spinto a tale responso. La possibilità di visionare chiaramente e velocemente i dati è uno dei vantaggi principali della scala Likert. Le risposte vengono analizzate tenendo conto dei valori percentuali e si considera: - Da fortemente in disaccordo a neutrale (compresi) > 70%: campione concorde nel rispondere negativamente; - Da fortemente in accordo a neutrale (compresi) > 70%: campione concorde nel rispondere positivamente.

Una domanda in forma chiusa ha previsto come risposta l'utilizzo dell'affermazione o della negazione.

Previa formale richiesta di autorizzazione alla somministrazione del questionario, indirizzata al Direttore Sanitario FF e alla Dirigente delle Professioni Sanitarie, ricevuta il 31 luglio 2023, da parte del Direttore del C.L in Infermieristica Polo di Pesaro, è stato caricato, una settimana dopo, il link con accesso diretto alla compilazione del questionario sull'applicazione di messaggistica WhatsApp. Per la compilazione sono stati contattati i Coordinatori delle Unità Operative prese in considerazione, i quali hanno diffuso il questionario, grazie anche alla collaborazione delle Guide di Tirocinio, utilizzando i "gruppi" sull'applicazione di messaggistica WhatsApp. La prima compilazione coincide con il giorno 4 agosto e la Survey si è conclusa il giorno 16 settembre 2023.

Infine, per l'analisi statistica, le risposte, esaminate e codificate per un'analisi quantitativa, sono state riprodotte in grafici a torta, creati tramite Microsoft Excel e Windows Word.

3.3 Descrizione dello studio osservazionale

La popolazione target dello studio quantitativo è rappresentata da adolescenti giunti in Pronto Soccorso (Pesaro, Fano, Urbino e Senigallia) per ideazione suicidaria e successivamente presi in carico dal servizio di Neuropsichiatria Infantile dello Stabilimento Santa Croce di Fano, AST Pesaro Urbino: i minori in oggetto, infatti, dopo un'iniziale valutazione effettuata dal medico del Pronto Soccorso, sono stati sottoposti a consulenza specialistica ed infine, generalmente, ricoverati presso l'U.O.C. di Pediatria di Pesaro o Fano. Tutti gli assistiti indagati hanno avuto un follow-up post ricovero, dalle cui cartelle sono stati raccolti i dati, previa formale richiesta di autorizzazione all'acquisizione, indirizzata al Direttore Sanitario FF e alla Dirigente delle Professioni Sanitarie, ricevuta il 4 maggio 2023, da parte del Direttore del C.L in Infermieristica, Polo di Pesaro.

Sono state prese in considerazione cartelle cliniche dal 5 settembre 2020 al 4 ottobre 2023; l'analisi è cominciata mercoledì 27 settembre e si è chiusa venerdì 6 ottobre 2023.

Per tutti gli assistiti sono state raccolte informazioni relative a:

- periodo di accesso;
- età;
- sesso;

- patologia;
- trattamento farmacologico e non farmacologico;
- comorbidità;
- numero di incontri con gli specialisti in post ricovero;
- presenza di fattori di rischio.

Tutte le informazioni del campione raccolte sono state inserite nel programma di calcolo Excel, trasformando i dati anagrafici in forma anonima, conformemente alle disposizioni del REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016). Infine, per l'analisi quantitativa, sono stati riprodotti in grafici a torta, tabellare e istogrammi, creati tramite Windows Word.

4. RISULTATI

4.1 RISULTATI STUDIO QUALITATIVO

Di seguito i risultati emersi dal questionario somministrato a 237 Infermieri delle UO Pronto Soccorso: Urbino, Pesaro, Fano. Pediatria: Fano, Pesaro, Urbino. Potes 118: Pesaro, Fano, Calcinelli, Marotta, Urbino, Montecchio, Centrale Operativa di Pesaro. Le risposte ottenute in tutto sono state 110 (46.41%).

1. Età

Hanno risposto in 109/110. L'età degli infermieri è stata suddivisa in 9 fasce: 2 persone (1,8%) hanno risposto 20-25; 10 persone (9,2%) 26-30; 16 persone (14,7%) 31-35; 24 persone (22%) 36-40; 12 persone (11%) 41-45, 13 persone (11,9) 46-50; 22 persone (20,2%) 51-55; 8 persone (7,3%) 56-60; 2 persone (1,8%) 61 e oltre (Figura N.6).

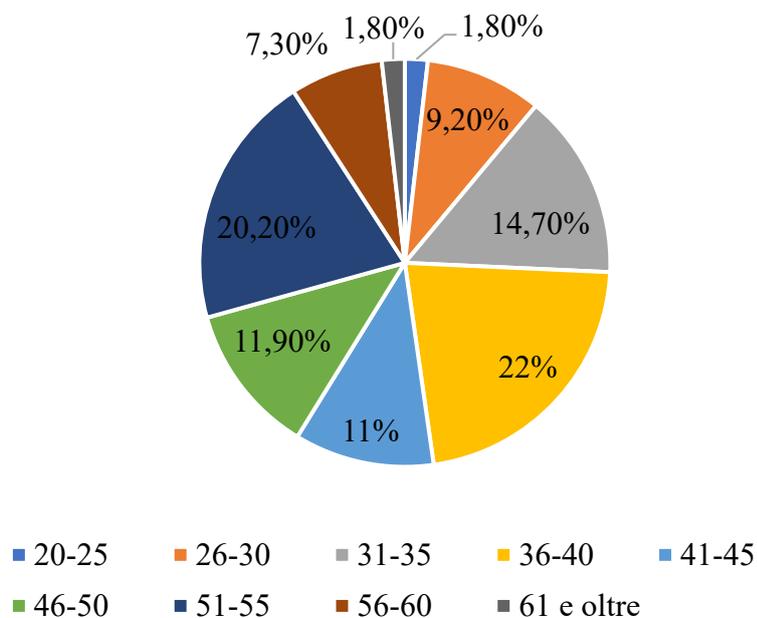


Figura N.6: distribuzione dell'età.

2. Anni di servizio

Hanno risposto in 108/110. Gli anni di servizio degli infermieri è stato suddiviso in 5 fasce: 11 persone (11,1%) hanno risposto minore uguale a 5; 20 persone (18,5%) 6-10 anni; 31 persone (28,7%) 11-20 anni; 28 persone (25,9%) 21-30 anni; 17 persone (15,7%) oltre i 31 (Figura N.7).

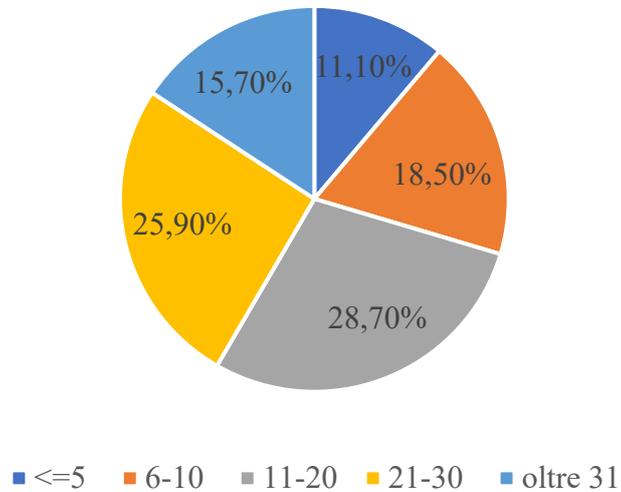


Figura N.7: anni di servizio.

3. Sesso.

Hanno risposto in 108/110. Il sesso degli infermieri è stato suddiviso in 3 fasce: quella per il sesso femminile, sesso maschile e per chi ha preferito non rispondere; 82 (75,9%) femmine; 25 (23,1) maschi, 1 persona (0,9%) ha preferito non dichiarare il sesso (Figura N.8).

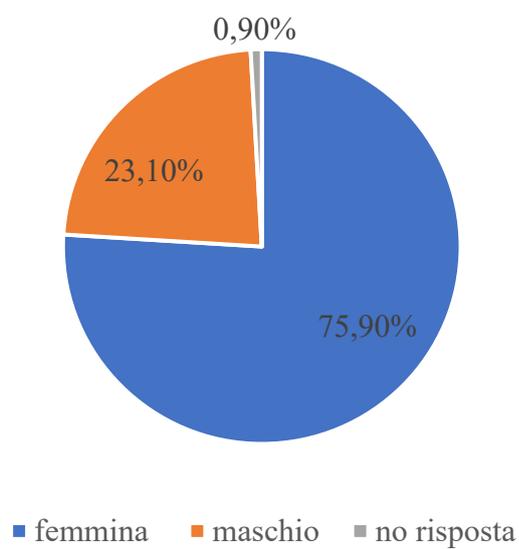


Figura N.8: sesso.

4. Unità Operativa di appartenenza.

Risposte 108/110. Al questionario hanno risposto gli Infermieri delle seguenti unità operative: Pronto Soccorso Urbino, 11 persone (10,4%); Pronto Soccorso Pesaro, 13 persone (12,3%); Pronto Soccorso Fano, 9 persone (8,5%); Pediatria Pesaro, 9 persone (8,5%); Pediatria Fano, 9 persone (8,5%); Pediatria Urbino, 8 persone (7,5%); Potes 118 Pesaro, 7 persone (6,6%); Potes 118 Fano, 8 persone (7,5%); Potes 118 Urbino, 17 persone (16%); Potes 118 Calcinelli, 5 persone (4,7%); Potes 118 Marotta, 4 persone (3,8%), Potes 118 Montecchio, 1 persona (0,9%), Centrale Operativa Pesaro, 5 persone (4,7%) (Figura N.9).

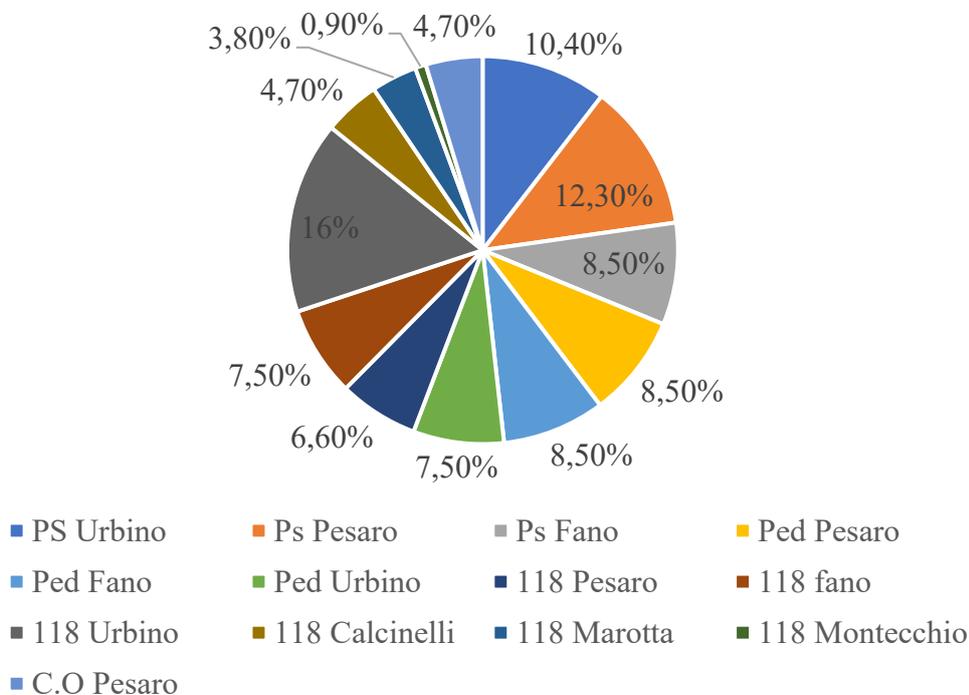


Figura N.9: Unità Operativa di appartenenza.

5. Ritengo che sia importante che io abbia una formazione in merito al suicidio e tentato suicidio in adolescenza (ad esempio incidenza eziologia, fattori di rischio, trattamento).

Hanno risposto in 109/110. Agli infermieri viene domandato se ritengono importante possedere una formazione specifica in merito al suicidio o tentato suicidio: disaccordo

fortemente e disaccordo 0 persone; neutrale 10 persone (9,2%); concordo 57 persone (52,3%); concordo fortemente 42 persone (38,5%) (Figura N.10).

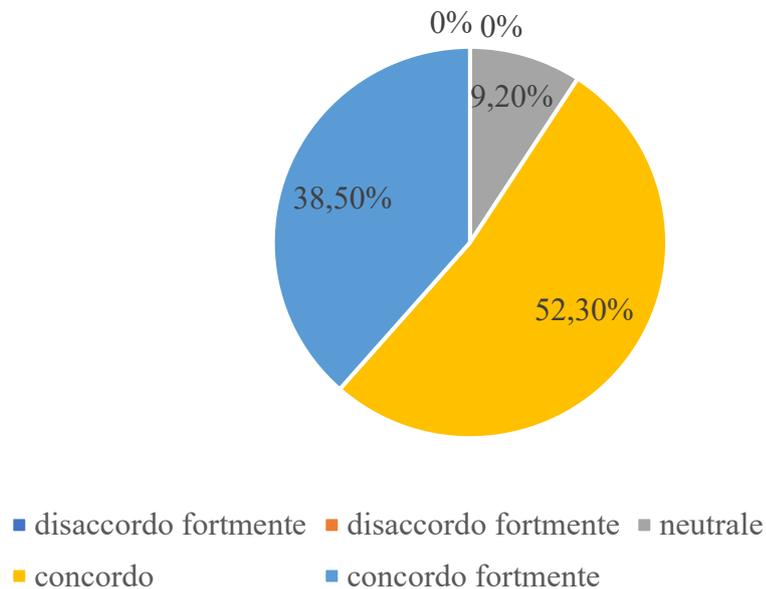


Figura N.10: formazione specifica.

6. Ritengo che la comunicazione con un adolescente che ha tentato il suicidio richiede una competenza comunicativa specifica.

Hanno risposto in 109/110. Nella seguente domanda viene chiesto agli infermieri se è necessario avere una specifica competenza nella comunicazione con un adolescente che ha tentato il suicidio: 0 risposte disaccordo fortemente; disaccordo 1 (0,9%); neutrale 2 risposte (1,8%); concordano 41 persone (37,6%); concordano fortemente in 65 (59,6%) (Figura N.11).

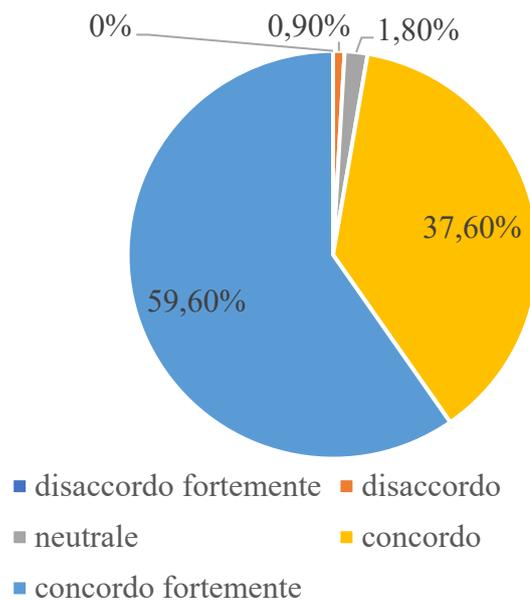


Figura N.11: competenza comunicativa specifica da possedere.

7. Ritengo che sia importante che io abbia una formazione specifica in materia di comunicazione con l'adolescente che ha tentato suicidio.

Hanno risposto in 109/110. Nella domanda corrente viene chiesto agli infermieri se è importante possedere una conoscenza specifica nella comunicazione con l'adolescente che ha tentato il suicidio: 0 persone hanno risposto disaccordo fortemente; disaccordo 2 persone (1,8%); neutrale 9 persone (8,3%); concordo 59 persone (54,1%); concordo fortemente 39 persone (35,8%) (Figura N.12).

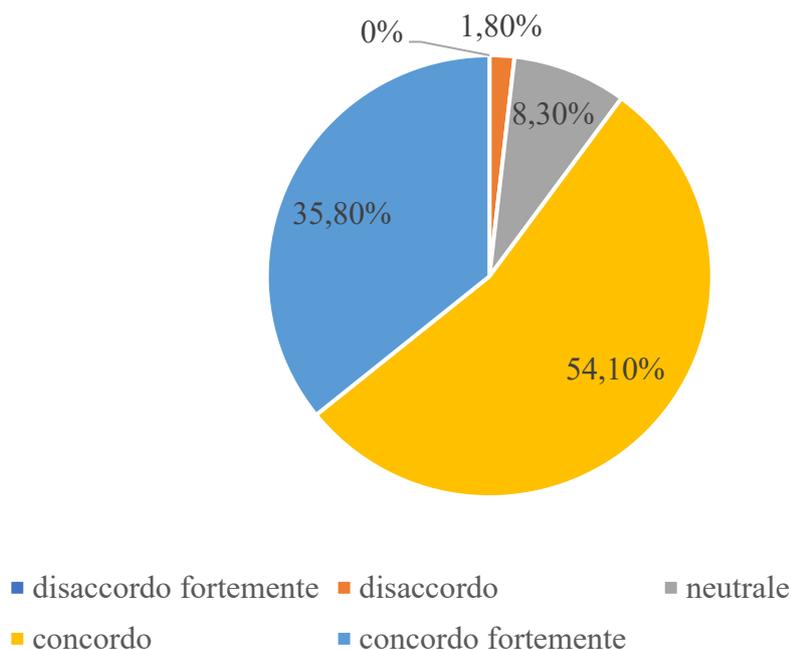


Figura N.12: formazione specifica sulle competenze comunicative.

8. Quando nel mio lavoro mi trovo ad assistere un paziente adolescente che ha tentato il suicidio tendo ad essere emotivamente più coinvolto del solito. Hanno risposto in 109/110. In questa domanda viene richiesto agli infermieri se assistere un paziente adolescente che ha tentato il suicidio provochi in loro coinvolgimento emotivo: 2 persone hanno risposto disaccordo fortemente (1,85%); 6 persone disaccordo (5,5%); neutrale 23 persone (21,1%); 60 persone concordo (55%) e 18 concordo fortemente (16,50%) (Figura N.13).

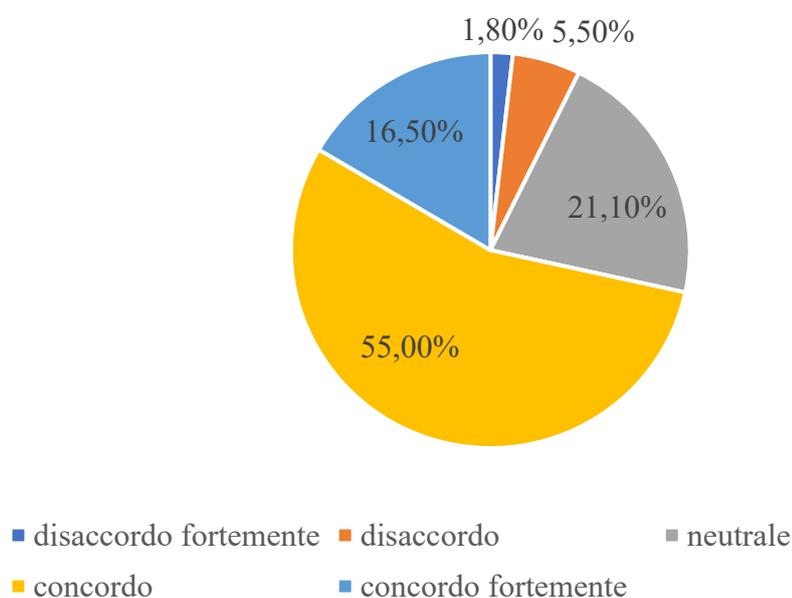
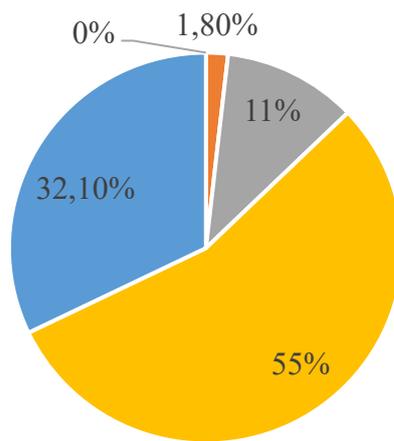


Figura N.13: coinvolgimento emotivo.

9. Ritengo che l'approccio iniziale con l'adolescente che ha tentato il suicidio sia la fase più delicata di tutto il percorso assistenziale in quanto può mettere a rischio la compliance e l'aderenza alle cure.

Hanno risposto in 109/110. Viene chiesta un'opinione agli infermieri secondo la quale un approccio iniziale con l'adolescente che ha tentato il suicidio è una fase delicata perché può compromettere l'aderenza e il suo percorso terapeutico: 0 persone hanno risposto disaccordo fortemente; disaccordo 2 persone (1,8%); neutrale 12 persone (11%); concordo 60 persone (55%); concordo fortemente 35 persone (32,1%) (Figura N.14).

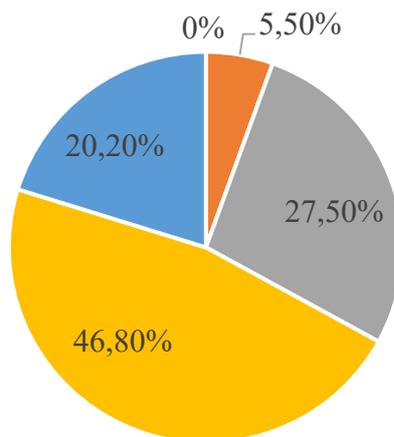


■ disaccordo fortemente ■ disaccordo ■ neutrale
 ■ concordo ■ concordo fortemente

Figura N.14: approccio iniziale per possibile compromissione compliance e cure.

10. Ritengo l'adolescente che ha tentato il suicidio richieda all'infermiere una maggiore empatia rispetto ad altre tipologie di assistiti.

Hanno risposto 109/110. Nella seguente domanda viene domandato agli infermieri, se secondo loro l'adolescente che ha tentato il suicidio richieda maggiore empatia rispetto ad altre tipologie di pazienti: 0 persone hanno risposto disaccordo fortemente; 6 disaccordo (5,5%); 30 neutrale (27,5%); concordo 51 (46,8%); 22 concordo fortemente (20,2%) (Figura N.15).



■ disaccordo fortemente ■ disaccordo ■ neutrale
 ■ concordo ■ concordo fortemente

Figura N.15: maggior empatia per l'adolescente che ha tentato il suicidio.

11. Ritengo l'adolescente che ha tentato il suicidio richieda all'infermiere un ascolto maggiormente attivo rispetto ad altre tipologie di assistiti.

Hanno risposto in 109/110. Nella domanda corrente viene domandato agli infermieri se il paziente che ha tentato il suicidio richieda un ascolto attivo rispetto a un'altra tipologia di paziente. 0 infermieri hanno risposto disaccordo fortemente; in 10 disaccordo (9,2%); 16 neutrali (14,7%); 59 concordano (54,1%); 24 infermieri concordano fortemente (22%) (Figura N.16).

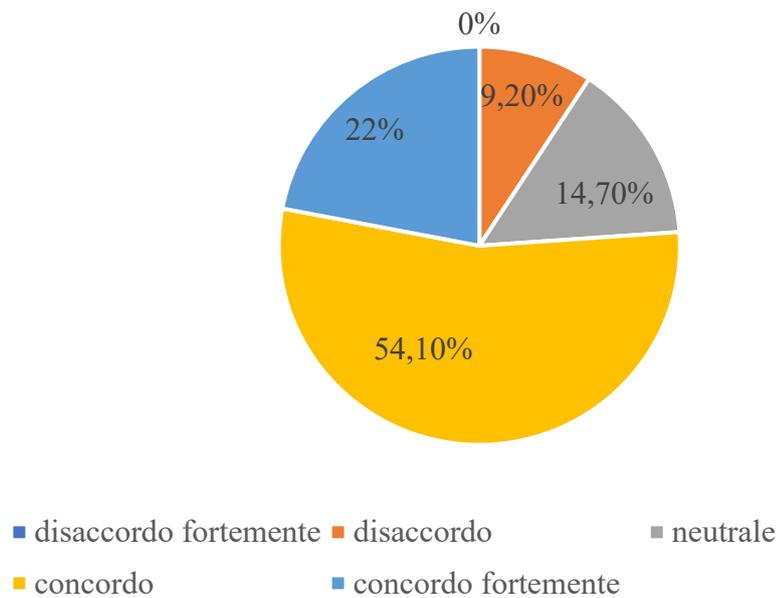
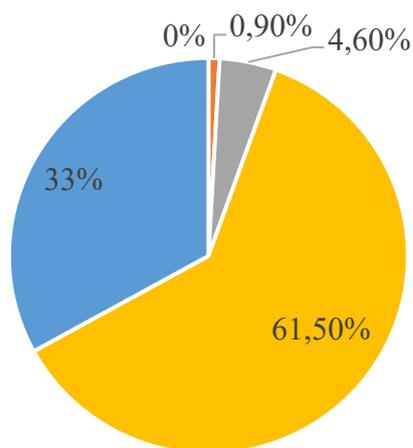


Figura N.16: ascolto attivo.

12. Ritengo che la comunicazione con un adolescente che ha tentato il suicidio richieda un'attenzione particolare nella formulazione delle domande e nella scelta delle parole per limitarne il condizionamento psichico e comportamentale.

Hanno risposto in 109/110. Viene chiesto agli infermieri se è necessario formulare correttamente le domanda per evitare di condizionare il comportamento dell'adolescente. 0% degli infermieri ha risposto disaccordo fortemente; 1 in disaccordo (0,9%); 5 neutrali (4,6%); 67 concordo (61,5%); 36 concordo fortemente (33%) (Figura N.17).



■ disaccordo fortemente ■ disaccordo ■ neutrale
 ■ concordo ■ concordo fortemnte

Figura N.17: attenzione nella formulazione domanda e scelta delle parole nella comunicazione.

13. Ritengo che di fronte a tale tipologia di assistito sia difficile sospendere il proprio “giudizio” personale.

Hanno risposto in 109/110. Questa domanda pone l’attenzione sul giudizio personale che gli infermieri potrebbero avere nei confronti di adolescenti portatori di tali problematiche. 2 infermieri hanno risposto disaccordo fortemente (2,8%); 5 disaccordo (11%); 35 neutrale (32,1%); 45 concordo (41,3%); 14 concordo fortemente (12,8%) (Figura n.18).

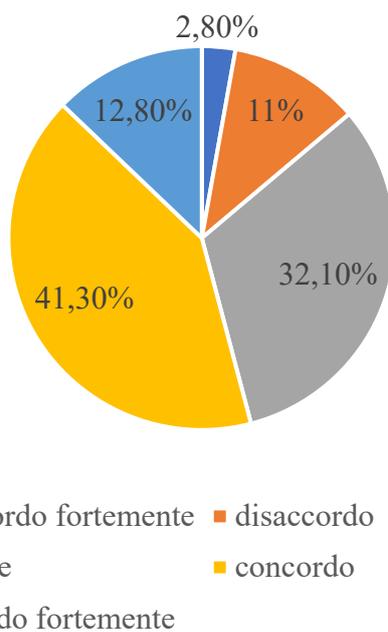


Figura N.18: giudizio personale.

14. Ritengo importante che l'infermiere, con questa tipologia di assistito, ponga particolare attenzione alla propria comunicazione non verbale.

Hanno risposto in 109/110. La domanda mette in evidenza l'importanza della comunicazione non verbale. Gli infermieri che hanno risposto disaccordo fortemente sono 0; disaccordo 0; 7 neutrale (6,4%); 60 concordano (55%); 42 concordano fortemente (38,5%) (Figura N.19).

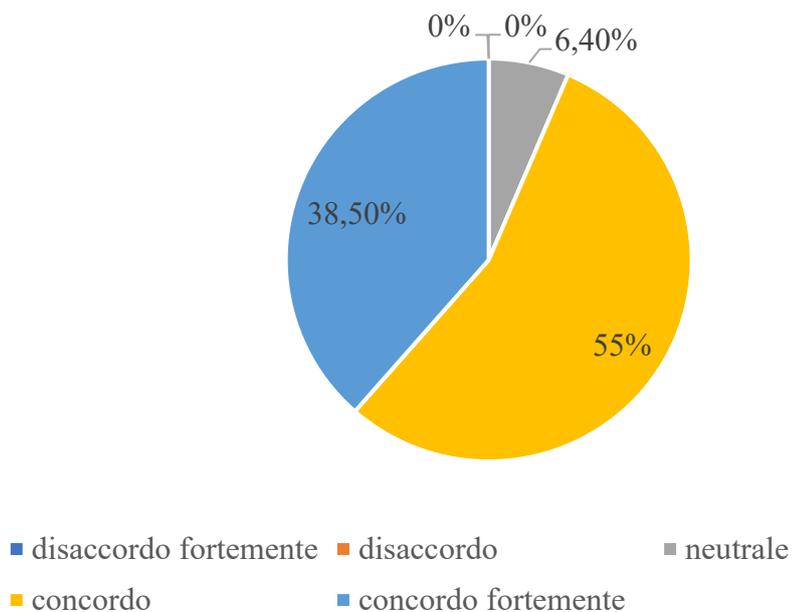


Figura N.19: comunicazione non verbale.

15. Ritengo che con l'adolescente sia importante utilizzare un atteggiamento che non minimizzi le cause o i gesti del tentato suicidio.

Hanno risposto in 109/110. La domanda che viene proposta agli infermieri si articola sull'importanza di un atteggiamento che non minimizzi i gesti e le cause di intenzioni suicidarie. In disaccordo fortemente sono 0 persone; 1 disaccordo (0,90%), 11 neutrali (10,10%); 54 concordano (49,50%); 43 concordano fortemente (39,40%) (Figura N.20).

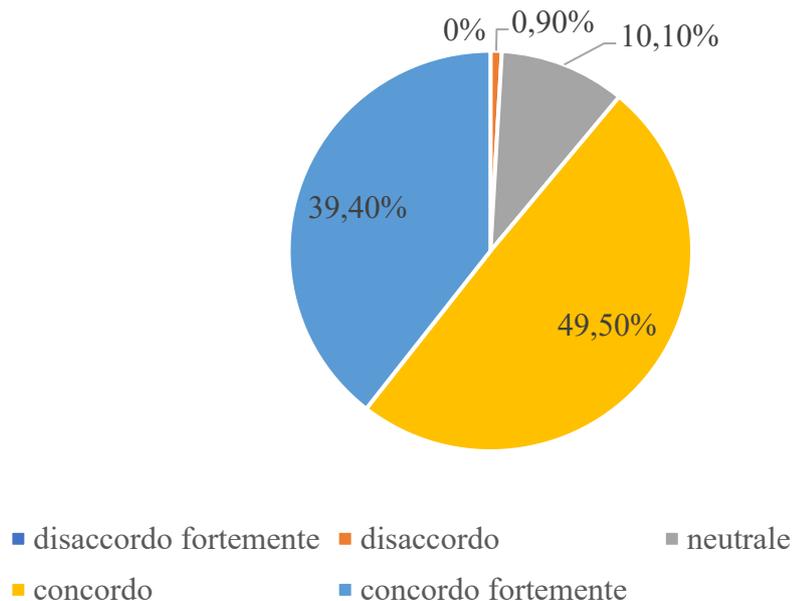


Figura N.20: atteggiamento che non minimizzi gesti o cause

16. Se in disaccordo perché.

Nonostante abbia dato il proprio disaccordo 1 sola persona, a questa domanda hanno risposto 2 infermieri. Di seguito i commenti espressi:

- a) il primo infermiere ritiene che " *Il nostro ascolto debba essere sempre attivo, e un paziente che tenta il suicidio dovrebbe essere ricoverato e non crede che per gli infermieri del Pronto Soccorso la loro compliance possa cambiare il suo percorso*".
- b) il secondo afferma che " *Qualunque siano le cause è comunque un'azione ingiustificabile*".

17. È a conoscenza dell'esistenza di scale infermieristiche per la misurazione del rischio di suicidio o di recidiva del tentato suicidio.

Hanno risposto in 108/110. La domanda ha l'obiettivo di comprendere la conoscenza da parte degli infermieri della presenza di scale infermieristiche per la misurazione del

rischio di suicidio o di recidiva di tentato suicidio. Gli infermieri che hanno risposto di esserne a conoscenza sono 15 (13,9%) contro 93 che non lo sono (86,1%) (Figura N.21).

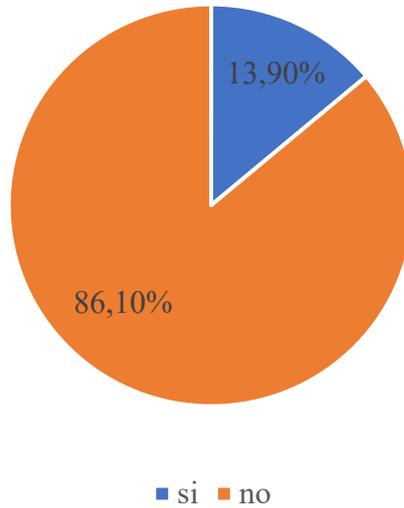


Figura N.21: conoscenza delle scale infermieristiche per la misurazione del rischio di suicidio.

18. Se sì, le ha mai utilizzate

Hanno risposto 39/110. Solo 1 infermiere ha utilizzato le scale infermieristiche contro 38 no (97,4%) (Figura N.22).

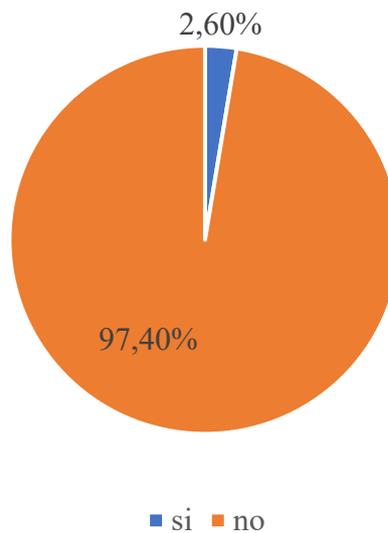


Figura N.22: utilizzo delle scale infermieristiche per il rischio suicidario.

19. Le chiediamo di lasciare un suo commento sull'argomento: hanno risposto in 46/110

- *“Mi piacerebbe fare un corso di formazione sull’argomento”;*
- *“Ritengo opportuno, soprattutto nella nostra unità operativa dove purtroppo ci troviamo spesso di fronte a questo tipo di paziente, approfondire l’argomento per trovare risposte adeguate a garantire la migliore assistenza. È necessaria una formazione per comunicare con il pz psichiatrico soprattutto se adolescente”;*
- *“Un’attenzione particolare a pz in terapie farmacologiche o droghe che possono favorire questi eventi”;*
- *“Molto interessante ma poco discusso”;*
- *“Interessante”;*
- *“La formazione sulle tecniche di comunicazione all’epoca degli studi era praticamente assente, così come lo è oggi per quanto riguarda corsi di aggiornamento a riguardo o un per-corso vero e proprio specifico per gli infermieri senza dimenticare che sotto la divisa sono anche loro, prima di tutto: persone”;*
- *“Credo che la gestione di un tentato suicidio sia sempre molto complicato sia nell’adolescente che nell’adulto. Credo inoltre che la formazione possa essere utile solo se fatta da personale realmente esperto. Per ultimo non ritengo sia così rilevante e dannoso per il pz un approccio altamente qualificato nei primi momenti del soccorso, è invece fondamentale ciò che avviene dopo cioè una presa in carico completa e professionale che lo porti a risolvere le cause che lo hanno portato al tentato suicidio. È nel territorio che si deve trovare la soluzione al problema e non in ps o 118. Il pz deve sentirsi non abbandonato né solo e questo non può essere compito del ps o 118”;*
- *“Il tentato suicidio è l’epilogo finale di tanti problemi non visti e/o non trattati prima. Il 118 è più "causa effetto" dell’immediato, dopo che tutti gli altri tentativi sono falliti”;*
- *“A mio parere andrebbe istituita una figura specializzata, formata e dedicata a tematiche come questa o similari, che potrebbe anche essere un infermiere con una formazione post-laurea. La mia idea sarebbe un infermiere normalmente in servizio presso i dipartimenti di emergenza che intervenga nello specifico nelle primissime fasi dopo l’evento”;*

- *“Una realtà giovanile che si tende poco a comprendere e si pensa che il nostro ruolo sia gestire le conseguenze e non la persona nella sua interezza di problematiche molto serie e specifiche”;*
- *“Dopo il covid sono aumentati tantissimo segno di disagio nei giovani con successive azioni di autolesionismo. E come operatore mi sono trovata in difficoltà nell’approccio considerando le diversità caratteriali dei pazienti”;*
- *“C’è bisogno vengano fatti dei corsi di aggiornamento per essere il più pronti e predisposti possibile nei confronti di questo tipo di pazienti”;*
- *“Concordo pienamente sulla necessità di avere specifica formazione in merito, il disagio giovanile rappresenta una realtà oltre che sociale e per noi lavorativa noi possiamo fare molto ...ma dobbiamo anche essere formati specificamente”;*
- *“Non so se riuscirei a dare assistenza ad un adolescente con questa situazione. Ma mi piacerebbe sapere come comportarmi ed assisterlo!”;*
- *“Come infermiera ritengo che di fronte alle problematiche e patologie psichiatriche ho poca conoscenza e pochi strumenti per accogliere al meglio l’adolescente”;*
- *“È necessaria una formazione specifica come primo approccio, in caso d’intervento col 118 all’adolescente che ha queste tendenze suicide”;*
- *“Argomento tanto interessante quanto delicato”;*
- *“Non mi è mai capitato un intervento di questo tipo con adolescenti ma è un argomento che mi interesserebbe tanto approfondire”;*
- *“Ritengo che i problemi psichiatrici e psicologici siano per l’infermiere i più difficili da gestire perché ancora la malattia mentale non viene riconosciuta alla pari di una malattia organica e manchiamo quindi di preparazione per affrontarne le difficoltà. Non esistono strutture sufficienti per accogliere e sostenere né i pazienti né le famiglie. Credo che con la giusta chiusura dei manicomi si sia però creato un grande vuoto nel quale i problemi di gestione di questo tipo di malattia sia stato scaricato solo alle famiglie. Ritengo il paziente psichiatrico il più fragile tra tutti i pazienti e che occorra investire molto di più soprattutto nella prevenzione e nella cura precoce degli adolescenti per ridurre le problematiche psichiatriche dell’adulto ancor di più difficile gestione”;*
- *“Consiglio vivamente un corso inerente alla tematica sopradescritta;”*

- *“Sarebbe utile fare formazione sull’argomento”;*
- *“Argomento delicato”;*
- *“Sarebbe interessante fare degli incontri con specialisti in merito per migliorare l’approccio ai fini dei risultati”;*
- *“Sarebbe interessante e importante approfondire l’argomento”;*
- *“Un argomento molto interessante da trattare e soprattutto da approfondire anche con dei protocolli”;*
- *“Argomento interessante da approfondire”;*
- *“Non avevo mai preso in considerazione la possibilità di una formazione per questo argomento”;*
- *“Penso che il tentato suicidio in adolescenza sia uno degli argomenti più delicati paragonabile alla violenza di genere occorre sviluppare protocolli appropriati e un percorso di formazione idoneo”;*
- *“Molto interessante e molto complesso, mi interesserebbe approfondire o fare qualcosa in collaborazione con le psicologhe ospedaliere”;*
- *“Penso che nell’ultimo periodo sia evidente un aumento del disagio psicologico di ragazzi/e spero che vengano effettuati interventi, percorsi, che migliorino queste situazioni, magari anche attraverso le scuole, che potrebbe essere uno degli ambienti che può provocare ansie di ogni tipo (studio, rapporti sociali, rapporti con le famiglie...)”;*
- *“Ritengo che l’adolescente che ha tentato il suicidio debba essere seguito da un’equipe che tratti solo ed esclusivamente queste patologie, per avere maggior successo nella cura di tale patologia”;*
- *“Noto l’aumento di questi eventi e di conseguenza dell’infelicità di alcuni adolescenti, mi dispiace molto di questo e vorrei poter fare qualcosa”;*
- *“Sono sempre più frequenti adolescenti che tentano il suicidio pertanto è utile una formazione sull’atteggiamento e le parole da usare con questa tipologia di paziente”;*
- *“Non mi è capitato di assistere un bambino per tentato suicidio ma mi piacerebbe apprendere le nozioni per approcciare tale tipologia di paziente in quanto potrebbero essere utili anche al di fuori del contesto ospedaliero”;*
- *“Non ho abbastanza conoscenza al riguardo”;*

- *“Difficile ed importante argomento che nella situazione sanitaria e sociale odierna meriterebbe una formazione specifica e aggiornata i giovani sono gli adulti del domani il futuro. Ascoltarli significa ascoltare il domani”;*
- *“Molto interessante”;*
- *“Argomento molto delicato da trattare ma dato l’incremento dei casi è importante essere preparati e sapere come affrontare e gestire l’adolescente che ha tentato il suicidio”;*
- *“Difficile fare commenti sull'argomento così come sarebbe difficile, per me, assistere un tale paziente”;*
- *“Mi ritengo fortunata non mi è mai capitato di dare assistenza a adolescenti che hanno tentato il suicidio”;*
- *“Argomento secondo me trascurato, ma molto importante. Sarebbe bello ricevere una formazione, anche per gli operatori di centrale operativa, visto l’aumento di casi anche nel nostro territorio”;*
- *“Argomento da approfondire molto interessante”;*
- *“Penso che questo tipo di pazienti necessiti di una struttura diversa da quella pediatrica x febbri ed altre patologie”;*
- *“Purtroppo, in Italia la malattia mentale ancora è molto indietro rispetto alle altre branche della medicina perché di base vi è una negazione forte della popolazione per la malattia mentale stessa, i pazienti psichiatrici vengono visti in malo modo, la società quasi li rifiuta, triste ma vero”;*
- *“Secondo me, rispetto a tale tipologia di paziente, io non ho la giusta preparazione per accoglierlo al meglio e poi anche assisterlo”;*
- *“È un argomento così delicato dalle mille sfaccettature e risvolti difficilissimo da codificare in un’unica linea guida”;*

4.2 RISULTATI STUDIO OSSERVAZIONALE

Di seguito vengono riportati i dati emersi dalle 14 cartelle cliniche analizzate nella O.U.C. di Neuropsichiatria Infantile presso lo stabilimento Santa Croce di Fano.

L'istogramma rappresenta l'anno di accesso al pronto soccorso per la prima volta: 1 nel 2019, 2 adolescenti nel 2020, 3 nel 2021, 4 nel 2022 e 3 nel 2023 (Figura N.23).

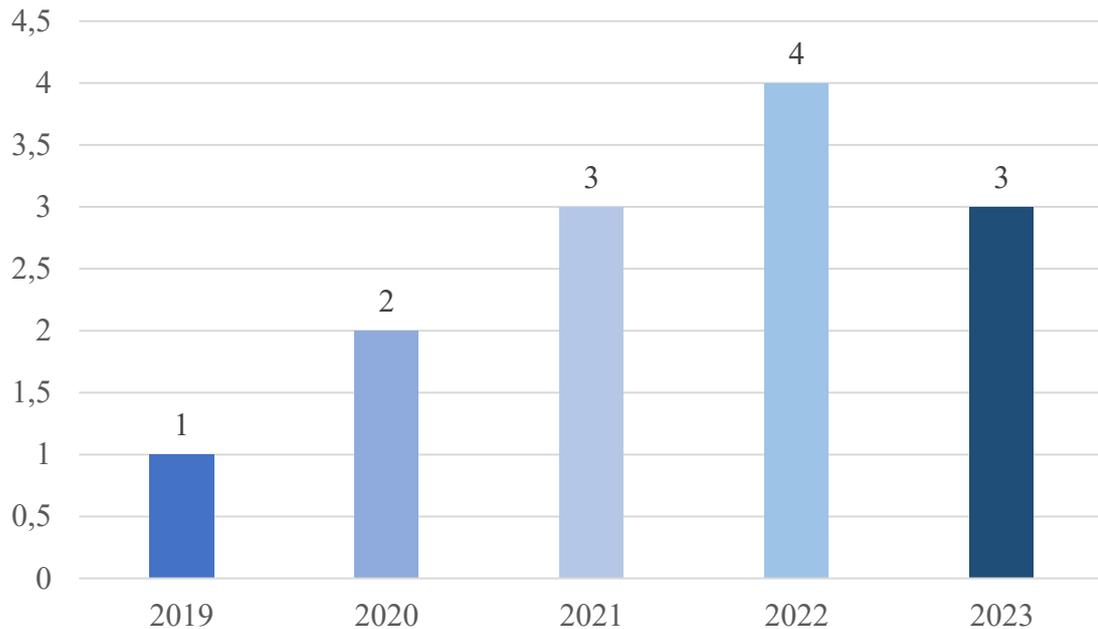


Figura N.23: anno di accesso.

Il grafico seguente mostra la suddivisione per sesso degli adolescenti presi in considerazione nelle cartelle analizzate: 2 maschi contro 12 femmine (Figura N. 24).

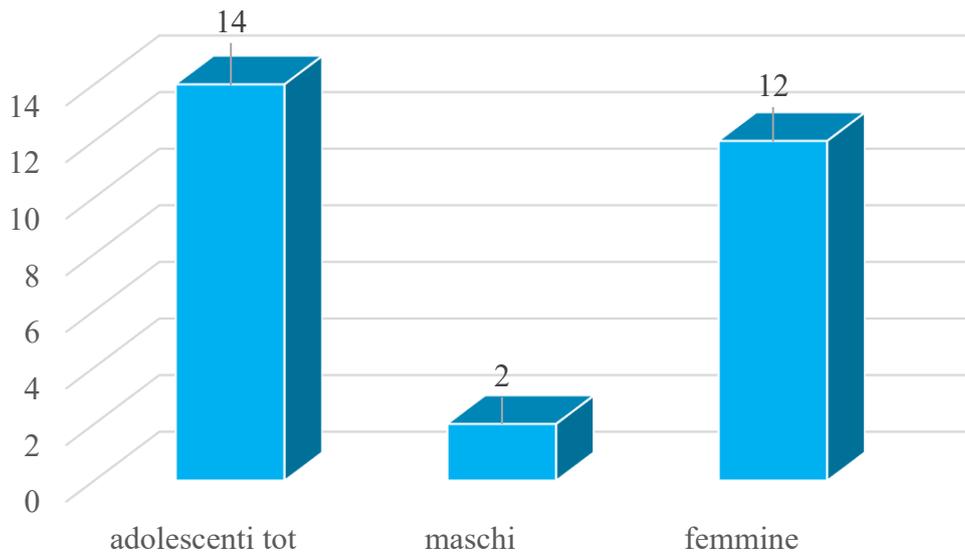


Figura N.24: numero maschi e femmine.

L'età è compresa dai 12 ai 16 anni. L'età media è 14 anni, mentre l'età media dei maschi è 15 e quella delle femmine 14 (Figura N.25).

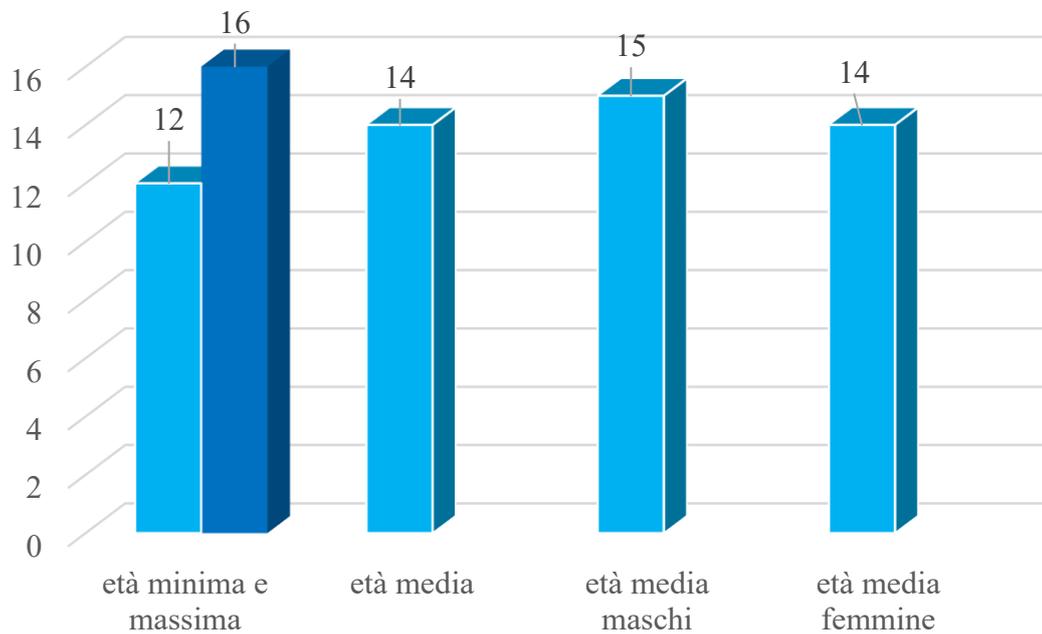


Figura N.25: età maschi e femmine e età media.

Il 92.9 % dei ragazzi (13 su 14) sono stati ricoverati mentre per 1 sono stati programmati incontri con lo specialista neuropsichiatra (Figura N.26).

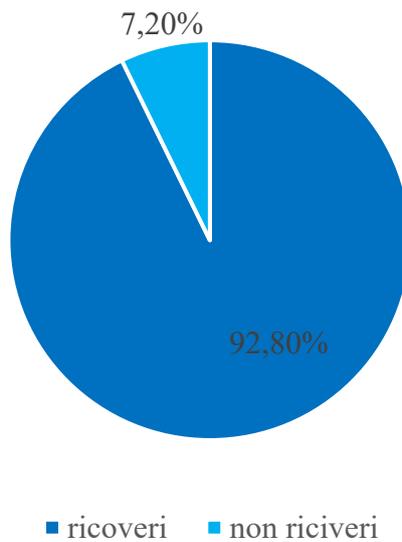


Figura N.26: pazienti ricoverati e non ricoverati.

Alla dimissione dalla Pediatria 2 ragazzi (14,3%) sono stati inseriti in una comunità terapeutica riabilitativa mentre gli altri 12 (85,7%) hanno proseguito con un follow up al domicilio (Figura N. 27).

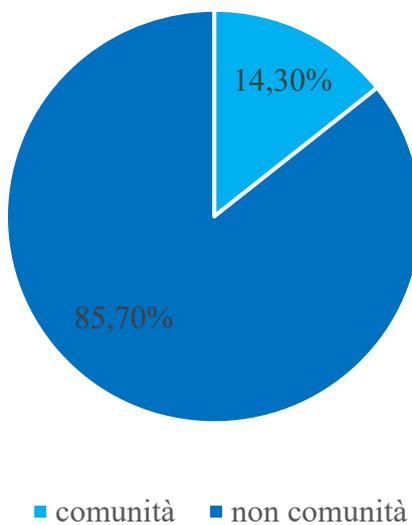
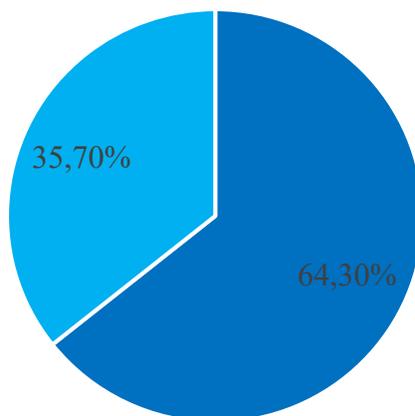


Figura N.27: pazienti inseriti in comunità e non.

Nel seguente grafico (Figura N. 28) viene riportato il numero di adolescenti con la problematica di autolesionismo: 9 di essi (64,3%) hanno avuto comportamenti di “auto-cutting” a confronto di 5 (35,7%).



■ autolesionismo ■ no autolesionismo

Figura N.28: pazienti con gestii autolesivi e no.

La Figura N. 29 presenta i numeri di accesso ripetuto degli adolescenti nell'arco di tempo preso in considerazione; dopo il primo, si sono verificati ulteriori 15 accessi nei Pronto Soccorso della regione Marche: 1 a Senigallia, 7 a Pesaro, 6 a Fano (di cui un paziente trasferito Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, Presidio Salesi di Ancona), 1 in Urbino. Inoltre 2 ulteriori accessi in Pronto Soccorso extra regionali avvenuti in seguito a comportamento autolesivo degli adolescenti ricoverati presso comunità terapeutiche riabilitative nei comuni di Chieti e di Roma (1 al pronto soccorso di Chieti, 1 all'Ospedale Bambin Gesù);

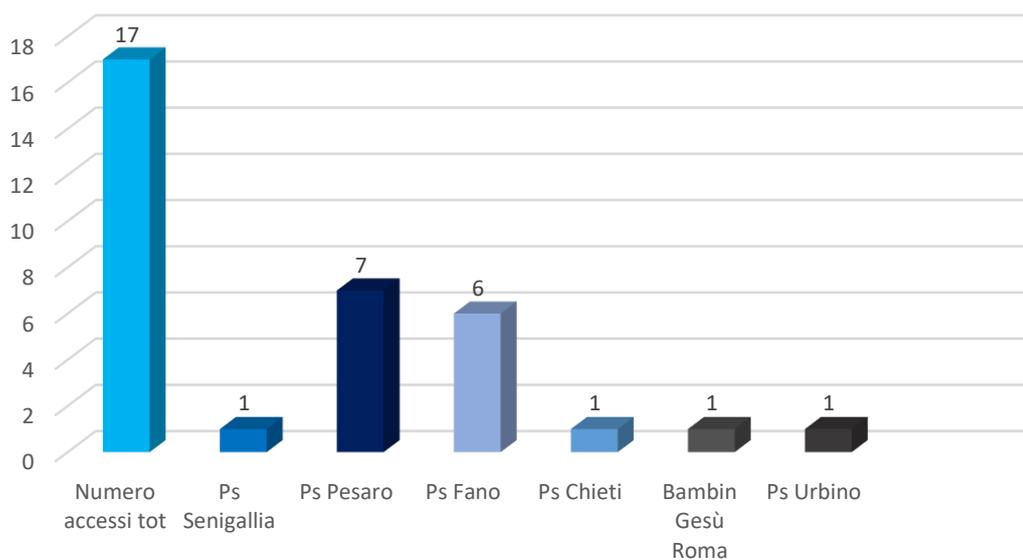


Figura N.29: numero accessi totali e numeri accessi al pronto soccorso.

Nella tabella sottostante (Tabella N. 1) vengono presentati i disturbi di base di ciascuno dei 14 adolescenti, diagnosticati dal Medico Neuropsichiatra:

Adolescente	Numero	Disturbo
M	1	Disturbo della sfera emozionale con pregressi gesti anticonservativi ed autolesivi.
F	2	Disturbo ansioso-depressivo a rischio di strutturazione della personalità. Sospetto deficit di attenzione
M	3	Sintomatologia depressiva con disturbo dell'ansia e ideazione anticonservativa.
F	4	Disturbo ansioso-depressivo tratti di personalità-cluster A.
F	5	Disturbo da stress post traumatico e riacutizzazione di esso con tentativo anticonservativo.
F	6	Rischio di strutturazione di disturbo borderline di personalità (cluster B), pregressi agiti autolesivi, instabilità nelle relazioni e della regolazione emotiva.
F	7	Disturbo della personalità con comportamento anoressico e bulimia, depressione e autolesionismo.
F	8	Crisi di ansia e disturbo dell'apprendimento.
F	9	Disturbo alimentare in paziente con albinismo.
F	10	Disturbo di ansia generalizzata e deflessione dell'umore.
F	11	Episodio autolesivo in paziente con disregolazione emotiva.
F	12	Disturbo ciclotimico e disturbo di ansia sociale.
F	13	Disturbo della sfera emozionale, con impulsività ed acting out.
F	14	Depressione maggiore con ideazione anticonservativa.

Tabella N.1: diagnosi medica.

Nella Tabella N. 2 vengono riportati i numeri di incontri in post ricovero o post accesso al pronto Soccorso che i 14 ragazzi hanno avuto con lo specialista Neuropsichiatra; alla fine del follow up alcuni adolescenti hanno continuato a frequentare psicoterapia di gruppo oppure incontri con Psicologi o Psichiatri ospedalieri o privati; per altri permane l'indicazione di contattare il servizio per ogni esigenza.

Adolescente	Numero	Numero incontri
M	1	12 incontri

F	2	9 incontri
M	3	12 incontri
F	4	23 incontri
F	5	3 incontri
F	6	12 incontri
F	7	8 incontri
F	8	3 incontri
F	9	10 incontri
F	10	8 incontri
F	11	5 incontri
F	12	5 incontri
F	13	10 incontri
F	14	5 incontri

Tabella N. 2: incontri con il Neuropsichiatra.

Tutti hanno una terapia farmacologica da seguire al domicilio.

Il trattamento consiste soprattutto nell'utilizzo di psicofarmaci. Per ogni ragazzo viene impostata una terapia personalizzata in base alla gravità situazionale e al suo disturbo.

Nella Tabella N. 3 sono riportate le differenti terapie:

Adolescente	Numero	Farmaco	Scopo del farmaco
M	1	Aripiprazolo	Appartiene al gruppo degli antipsicotici atipici. È indicato nel trattamento di adulti e adolescenti a partire da 15 anni di età affetti da schizofrenia. Nel trattamento di episodi maniacali di grado moderato e severo e adulti e adolescenti affetti da disturbo bipolare di tipo 1.
F	2	Aripiprazolo, Cipralex, Litio	Cipralex: è un antidepressivo chiamato inibitore selettivo della ricaptazione della Serotonina. Questi medicinali aiutano ad aumentare i livelli

		Solfato, Escitalopram	di serotonina nel cervello. È utilizzato per trattare la depressione (episodi depressivi maggiori) e l'ansia come disturbi di attacco di panico. Litio solfato: la sua funzione è di profilassi delle recidive del disturbo bipolare e di episodi depressivi maggiori. Escitalopram: è indicato per il trattamento della depressione maggiore e dei disturbi d'ansia con attacchi di panico.
M	3	Aripiprazolo, Alprazolam	Alprazolam: è una benzodiazepina ad azione ansiolitica. L'impiego è indicato per il trattamento di ansia, attacchi di panico con o senza agorafobia.
F	4	Aripiprazolo	
F	5	Terapia farmacologia prescritta dalla fondazione stella Maris dell'Università di Pisa	
F	6	Alprazolam, EN	En: delorazepam appartiene al gruppo delle benzodiazepine. È indicato per il trattamento di ansia, disturbi ad essa associati e tensione; insonnia; epilessia.
F	7	Litio solfato, Aripiprazolo, Olanzapina	Olanzapina: appartiene al gruppo degli antipsicotici atipici. È indicato per il trattamento di schizofrenia, episodi maniacali da moderati a gravi.
F	8	Aripiprazolo	
F	9	Valmood	Valmood: è un integratore a base di Affron (estratto secco di stimmi di zafferano composto da safranale e crocina che agisce su diversi neurotrasmettitori coinvolti nell'umore), vitamina B3, vitamina C, utile in caso di carenza o aumento fabbisogno di tali nutrienti e per sostenere il normale tono dell'umore.
F	10	Ansioten, Escitalopram	Ansioten: integratore alimentare a base di estratti vegetali e melatonina utili per il corretto equilibrio psicofisico. Con Teanina, melatonina e a base di Valeriana che favorisce il rilassamento e il sonno in caso di stress.
F	11	Farmacoterapia non nota	

F	12	Aripiprazolo	
F	13	Aripiprazolo, melatonina	Melatonina: aiuta a ridurre il tempo necessario all'addormentamento e risvegli frequenti notturni.
F	14	Farmacoterapia non nota	

Tabella N.3: terapia farmacologica.

Dalle cartelle emergono dei fattori di rischio che portano l'adolescente a compiere il gesto di tentato suicidio. I motivi sono vari e distinti per ciascun adolescente (Tabella N. 4).

Adolescente	Numero	Fattori di rischio
M	1	È stato adottato all'età di 5 anni. Fratello di 16 anni con problema comportamentali dovuti all'assunzione di alcool e droghe. Sofferenza per la morte dello zio conseguente a tumore al pancreas per il quale ha allucinazioni uditive (riferisce di sentire lo zio che lo chiama).
F	2	Ansia nell'ambiente scolastico e problemi familiari tra il padre e la sua compagna.
M	3	Scarsa fiducia in sé stesso. Difficoltà nell'intraprendere relazioni amicali. Paura di essere felice.
F	4	Di origine cinese. Difficoltà di integrazione scolastica, poco socievole e tendenzialmente isolata. È stata mandata in Cina presso la nonna, ma per la difficoltà di apprendere la lingua cinese, ritorna in Italia. In quel periodo in Cina riferisce malessere psicologico. Conflitto con i genitori, manifesta sentimenti di rabbia.
F	5	Adottata, riferisce maltrattamenti subiti dalla famiglia di origine.
F	6	Problemi con la madre, incontra una solta volta il padre ogni 3 mesi. Sono stati contattati gli assistenti sociali. Da sempre difficoltà nell'iniziare relazioni sociali con pari-età, meglio con i minori-età.
F	7	Il padre ha un disturbo da abuso di sostanze attualmente è in comunità. Da bambina ha assistito a episodi nel quale il padre era ubriaco. Ha avuto problemi di inserimento nella scuola secondaria di II grado con scarsa socializzazione e comportamento tendente all'isolamento; disturbo del comportamento alimentare.
F	8	Crisi di ansia e difficoltà della gestione degli aspetti emotivi.
F	9	Disturbo del comportamento alimentare, ritiro sociale e autolesionismo.
F	10	Difficoltà nel controllo dell'emozioni, etero aggressività, apatia, ansia da prestazione.

F	11	La madre ha sofferto di episodio depressivo. Problemi dal 3° anno di materna fino alla prima superiore nell'adattamento e difficoltà di interazione con i compagni. Durante la 3° media comparsa di attacchi di panico. Si è trasferita a Pesaro. Riferisce rabbia verso i genitori. Riferita, nei rapporti interpersonali, elevata ipersensibilità con conflitti e allontanamenti.
F	12	Fluttuazione del tono dell'umore di tipo prevalentemente reattivo con facile irritabilità. Presente pensiero di morte con ideazione suicidaria. Gesto che si è verificato dopo essere stata derisa dai coetanei. Viene riferita scarsa accettazione del proprio corpo inseguito allo sviluppo puberale.
F	13	Peggioramento rapporto con i genitori, dipendenza dall'utilizzo del cellulare, episodi di aggressività nei confronti dei familiari, episodio di aggressività nei confronti dei genitori, comportamenti autolesivi. Utilizzo di cannabinoidi e alcool.
F	14	Spiccato rischio anticonservativo, vorrebbe morire per mettere fine alla sua sofferenza in seguito alla fine di una relazione virtuale con una coetanea che ha interrotto il rapporto e l'ha lasciata.

Tabella N.4: fattori di rischio

Tra le comorbidità si rileva: F n 7 disturbo del comportamento alimentare; F n 8 disturbo dell'apprendimento; F n 9 albinismo e disturbo del comportamento alimentare.

Non altre patologie segnalate.

5. DISCUSSIONE

L'obiettivo dell'elaborato è stato quello di indagare le conoscenze, le esperienze personali e le opinioni che gli infermieri, coinvolti nel processo di ospedalizzazione dell'adolescente che ha tentato il suicidio, hanno del problema e che cosa sanno realmente sulla comunicazione da tenere con tali assistiti. Dai risultati della survey alla domanda n°5 emerge che 99 infermieri (90,8%) risultano d'accordo sul fatto che sia importante avere una formazione in merito al suicidio e tentato suicidio che riguardi la sua incidenza, eziologia, fattori di rischio e trattamenti: solo 10 persone risultano neutrali (9,2%) e nessuno in disaccordo.

La domanda n°6 nella quale gli infermieri si sono espressi sull'importanza di una competenza comunicativa specifica, ben 106 persone (97,2%) si trovano in accordo. Infatti durante il ricovero l'adolescente, oltre ai colloqui con lo psicologo e il neuropsichiatra, non partecipa a nessun'altra attività che possa distrarlo dai suoi pensieri e dal suo stato d'animo. In questo contesto, l'infermiere può svolgere un ruolo significativo durante i momenti liberi, se desiderato dal paziente, offrendo sostegno e contribuendo a instaurare un clima di serenità. Ciò può avvenire attraverso conversazioni informali su argomenti come hobby e interessi personali del ragazzo, o discutendo insieme delle strategie per favorire il suo benessere emotivo e relazionale.

Quasi tutti gli infermieri (98 persone, 89,9%) che hanno partecipato alla survey, ritengono importante avere una formazione specifica in materia di comunicazione con l'adolescente che ha tentato il suicidio, al fine di non instaurare conversazioni banali e a "frasi fatte" che non comportano beneficio né all'adolescente, né al familiare che lo accompagna. Durante il periodo di ricovero, l'infermiere assume un ruolo cruciale che va oltre la semplice somministrazione della terapia e compilazione della cartella infermieristica: è il collegamento costante tra i ragazzi e la restante equipe multidisciplinare e mantiene una comunicazione attiva che garantisce l'adeguato approccio, al fine anche di riconoscere e affrontare eventuali problematiche emergenti.

L'importanza di un ascolto attivo e della comunicazione non verbale così come riportato dalla letteratura (Saiani, L., Brugnolli, A., 2021), viene evidenziata anche dagli infermieri: le domande n°11 e n°14 hanno affrontato queste tematiche e, rispettivamente, nella prima

solo 10 sono in disaccordo (9,2%) mentre 83 operatori (76,1%) sono concordi, nella seconda nessuno è in disaccordo e 102 (93,5%) concordano.

Queste risposte sono congruenti a quelle ricevute dalla domanda 12 dove si è affrontata la tematica dell'utilizzo di una particolare cautela nella formulazione delle domande e nella scelta delle parole quando si comunica con un adolescente che ha tentato il suicidio, al fine di evitare influenze negative sul suo stato psicologico e comportamentale: 103 infermieri (94,5%) risultano in accordo.

Il 71,5% (78 infermieri) degli intervistati che assiste questa tipologia di adolescenti si trova ad essere più emotivamente coinvolto del solito; invece, una buona percentuale di loro ha dichiarato la propria neutralità (23, 21,1%) e 8 (7,4%) hanno espresso il proprio disaccordo: questo dato potrebbe essere legato ai ripetuti accessi che gli adolescenti hanno e dal loro background, come si evince dai dati delle cartelle analizzate. Ciò viene confermato anche dalla domanda 10 nella quale viene richiesta se questo tipo di paziente richieda all'infermiere un livello di empatia superiore rispetto ad altre categorie di assistiti: permane un'alta percentuale di persone che concordano, 73 infermieri (67%).

Dalla letteratura emerge chiaramente la presenza di importanti difficoltà legate alla presa in carico di persone che hanno tentato il suicidio soprattutto se in giovane età (Candiotta, M., 2016). Ciò viene confermato anche dalla survey, che riporta dati a volte incongruenti: infatti nella domanda 9, che indaga se la fase iniziale di approccio con l'adolescente sia maggiormente delicata rispetto a tutto il processo di assistenza, in quanto può influenzare negativamente la sua compliance e aderenza alle cure, 95 infermieri (87,1%) sono d'accordo; alla domanda n°13, che esplora la difficoltà a sospendere il proprio "giudizio" personale, 59 infermieri sono d'accordo (54,1%), 35 neutrali (32,1%) e 15 (13,8) sono in disaccordo. Ulteriore conferma è data dalla domanda n°15 nella quale è stato chiesto se è importante non minimizzare le cause o i gesti del tentato suicidio: 97 infermieri sono d'accordo (88,9%), e solo 1 in disaccordo; la successiva domanda chiedeva una considerazione personale sul perché si fosse in disaccordo; due infermieri hanno dato le seguenti affermazioni:

1. *“Per il nostro ascolto deve essere sempre attivo, un paziente che tenta il suicidio “dovrebbe” essere ricoverato e non credo che una particolare compliance da Pronto Soccorso possa cambiare il suo percorso.”*
2. *“Qualunque siano le cause, è comunque un'azione ingiustificabile”*

Queste due affermazioni mettono in luce quanto spesso ci sia mancanza di conoscenze specifiche sull'argomento e stigmatizzazione della patologia mentale; l'atteggiamento di un professionista della salute e il suo comportamento non possono essere di scelta verso un problema piuttosto che un altro; tutti gli operatori devono sapere quanto sia importante l'approccio al fine di non influenzare tutti gli assistiti, soprattutto quelli più fragili o affetti da problemi di salute mentale. È importante considerare che definire l'atto di cercare di togliersi la vita come "Ingiustificabile" è assolutamente improprio, poiché la professione infermieristica deve esimersi dal giudizio personale, dato che alla base di tali gesti ci sono molteplici problemi e disagi personali.

È stato chiesto se fossero a conoscenza della presenza di scale infermieristiche per la misurazione del rischio di suicidio o di recidiva del tentato suicidio: solo 15 ne sono a conoscenza (13,9%) contro 93 (86,1%) e un solo infermiere ha dichiarato di averle utilizzate. Tali carenze sono in linea con gli studi in letteratura, carenti rispetto a tale tematica e all'urgenza di approfondire e prevenire il rischio di autolesionismo, con l'urgenza di creare dei percorsi di prevenzione, terapia e riabilitazione chiari ed il più possibile omogenei a livello nazionale (Calabrò, A., 2020).

Infine è stato chiesto loro di lasciare una nota personale. È emerso, da quasi tutti i 46 commenti rilasciati, la necessità di partecipare a corsi di formazione specifici dell'argomento, specialmente tenuti da personale esperto, approfondendo le tematiche riguardanti le adeguate risposte da dare per garantire la migliore assistenza, sia fisica che spirituale; ritengono sia un argomento interessante e poco discusso e propongono di porre l'attenzione anche sui fattori di rischio quali uso di droghe e alcool. Alcuni hanno evidenziato una carenza sulle tecniche di comunicazione nei percorsi di studi di Infermieristica, così come carenti sono i corsi di aggiornamento per gli strutturati, poiché segnalano la difficoltà nel gestire un tentato suicidio, sia nell'adolescente che nell'adulto. Fondamentale è la presa in carico completa e professionale, post evento acuto, che porti l'adolescente a cercare di risolvere le cause che lo hanno portato al tentato suicidio, che è l'epilogo finale di tanti problemi non visti e/o non trattati prima; quindi le strutture territoriali dovrebbero essere ampliate, poiché gli assistiti non devono sentirsi abbandonati e non è compito dei reparti d'emergenza: non esistono strutture sufficienti per accogliere e sostenere né i pazienti né le famiglie.

Hanno evidenziato il numero di casi avvenuti post pandemia Covid-19, segno di forte disagio nei giovani esacerbato da episodi ripetuti di autolesionismo.

Emerge che i problemi psichiatrici e psicologici siano per l'infermiere i più difficili da gestire perché ancora la malattia mentale non viene riconosciuta alla pari di una malattia organica e quindi scarsa preparazione per affrontarne le difficoltà presenti in tali utenti; il paziente psichiatrico è il più fragile tra tutti e occorre investire molto di più nella prevenzione e nella cura precoce degli adolescenti a rischio.

L'evidente aumento del disagio psicologico di ragazzi/e dovrebbe portare ad interventi di sanità pubblica, partendo dalle scuole, che a volte, insieme a quello familiare rappresentano gli ambienti più a rischio di comparsa di disagio e aumento dei sintomi di ansia (studio, rapporti sociali, rapporti con le famiglie).

Ritengono che l'adolescente che ha tentato il suicidio debba essere seguito da un'equipe che tratti solo ed esclusivamente queste patologie, per avere maggior successo nella cura ed è inappropriato ricoverarli nei reparti di Pediatria.

Sono state analizzate solo alcune delle innumerevoli cartelle presenti nella U.O.C. di neuropsichiatria Infantile. I dati raccolti riportano che tutti gli adolescenti hanno la presenza di uno o più disturbi mentali, che hanno evidenziato una maggiore correlazione con il tentato suicidio, e di molteplici fattori di rischio: tutti gli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni, hanno alla base del comportamento suicidario più di un fattore stressante come essere vittime di violenza o testimoni di tali episodi e di bullismo, utilizzo improprio dei social media, difficoltà di relazione sia con i genitori o loro rispettivi compagni, che con i coetanei.

Le femmine sono più colpite dei maschi, non in linea con il trend nazionale; tutti gli adolescenti presi in considerazione hanno avuto ripetuti accessi al Pronto Soccorso, ripetuti episodi di autolesionismo. I primi accessi dei ragazzi presi in considerazione sono maggiormente avvenuti nel 2022.

Gli adolescenti che si presentano in Pronto Soccorso per questa problematica vengono indirizzati allo specialista Neuropsichiatra che ne rivaluta il piano terapeutico (tutti sono in terapia con psicofarmaci) e decide il ricovero: 13 su 14 sono stati ricoverati presso U.O.C. di Pediatria, stabilimento di Fano o di Pesaro; un adolescente è stato dimesso al domicilio e seguito in follow up. Tutti gli adolescenti, nel post ricovero hanno avuto

incontri con lo specialista Neuropsichiatra, da un minimo di 3 ad un massimo di 23: due adolescenti, dopo il ricovero nella struttura ospedaliera, sono stati indirizzati nelle comunità di recupero. I dati statistici nazionali riportano che l'aumento nel numero di richieste di consulenze neuropsichiatriche per stati ansiosi o depressivi e di quelle effettuate in urgenza per tentato suicidio e comportamenti autolesivi, sono lievitate di quasi 40 volte, in particolare nei giovani tra i 9 e i 17 anni.

Vengono inoltre programmati momenti con altri terapeuti, quali lo Psicologo, o incontri di psicoterapia di gruppo; inoltre, in base alle condizioni del paziente viene deciso se continuare il proseguimento delle cure attraverso il sostegno di una comunità: tre sono quelle frequentate da due ragazzi:

- comunità Beata Corte a Serrapetrona, provincia di Macerata. È una comunità terapeutica riabilitativa per minori, importante centro di riferimento nelle Marche per la riabilitazione psichiatrica di adolescenti fra i 12 e i 18 anni, affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico. In particolare, la struttura è specializzata nella presa in carico di adolescenti con problematiche di carattere psichico, affettivo, relazionale, comportamentale e psicopatologiche tipiche dell'età evolutiva diagnosticate come psicosi, disturbi di personalità Borderline e doppia diagnosi. A seconda di quanto previsto dal progetto individualizzato di ognuno, i ragazzi partecipano a diverse attività terapeutico-riabilitative ed educativo-pedagogiche. Oltre ai colloqui terapeutici individuali, durante la giornata sono infatti previsti diversi gruppi di lavoro che si alternano nell'arco della settimana: gruppi educativi-pedagogici finalizzati all'organizzazione e gestione della vita in comune e degli ambienti di vita e della cura del sé, di apprendimenti socio affettivi e relazionali, gruppi emozionali e terapeutici volti al riconoscimento e all'espressione delle proprie emozioni in un'ottica di priorità del vissuto rispetto all'agito, gruppi cognitivo-comportamentali finalizzati al riconoscimento delle strategie adattive, gruppi per la gestione e organizzazione degli spazi relativi al tempo libero e alle attività sportive. Per favorire una graduale dimissione e rafforzare la progressiva autonomia del paziente, è previsto al termine del percorso, il supporto per l'inserimento in strutture a minore intensità terapeutico-riabilitativa. Beata Corte adotta una metodologia integrata che prevede modelli multipli di osservazione e

di intervento: l'approccio psicoanalitico ha l'obiettivo di favorire lo sviluppo delle funzioni dell'Io e di una maggior consapevolezza e padronanza del proprio mondo interno considerando le relazioni tra conflitti inconsci e meccanismi di difesa. L'approccio cognitivo comportamentale prevede una modalità più direttiva al fine di ottenere una riduzione dei comportamenti disfunzionali e un miglior adattamento all'ambiente sociale con interventi anche di tipo psico-educazionale e di social skill training. L'approccio sistemico relazionale prevede invece una modalità di osservazione secondo un'ottica di complessità e circolarità prendendo in considerazione tutti i sottosistemi e le varie relazioni che si vengono a creare all'interno della comunità. Il programma è strutturato in tre diverse fasi: a) Prima fase: recupero fisico, psicologico e trattamento terapeutico; apprendimento e rispetto delle regole comunitarie; creazione della relazione con l'operatore; partecipazione alle attività terapeutiche e di laboratorio; b) Seconda fase: rielaborazione della propria storia personale; partecipazione alle attività terapeutiche e di laboratorio; consolidamento delle proprie capacità (lavori di gestione della casa, reinserimento scolastico, inserimento lavorativo, ecc.); c) Terza fase: verifiche in famiglia; verifiche del percorso comunitario; gestione del tempo libero; creazione di reti di sostegno e relazioni amicali esterne alla comunità;

- comunità educativa residenziale Persefone, presso Avezzano (L'Aquila). La struttura ospita minori di entrambi i sessi di età compresa tra i 10 e i 18 anni, provenienti dal territorio cittadino e non, temporaneamente allontanati dalle famiglie, spesso in seguito ad un Provvedimento del Tribunale dei Minori. Il progetto parte da una sentita esigenza sul territorio marsicano di strutture professionali, educative e al tempo stesso terapeutiche, per adolescenti con situazioni di disagio personale o familiare. La Comunità punta soprattutto all'integrazione dei minori nel territorio, nella società e nel nucleo familiare di provenienza attraverso progetti educativi e terapeutici, individuali e personalizzati, programmati insieme al servizio sanitario e il servizio sociale di riferimento. Mediante l'intervento dell'équipe educativa e di professionisti qualificati della Cooperativa Estia si punta a riconoscere e circoscrivere una condizione di particolare rischio, limitandone la progressione, la cronicizzazione

e dunque l'esordio di una psicopatologia. L'obiettivo è quello di assicurare ai giovani un aiuto mirato che consenta loro di uscire dall'isolamento, acquisire il maggior grado d'autonomia possibile e la capacità di stare con gli altri e quindi nel mondo, il tutto per favorire il miglior inserimento possibile nel loro contesto territoriale. La Comunità rappresenta un luogo di passaggio tra situazioni di vita inadeguate e il ritorno al proprio contesto di provenienza. Una tappa provvisoria durante la quale anche la famiglia dell'ospite possa trovare adeguati interventi di sostegno. I professionisti accompagneranno le famiglie attraverso percorsi psicosociali e psicoterapeutici di ridefinizione dei ruoli e dei rapporti familiari, includendo così anche la possibilità di recupero delle capacità di gestione genitoriali;

- comunità Amici di CEARPES ETS a San Giovanni Teatino in provincia di Chieti; la missione è quella di affrontare il disagio dei soggetti svantaggiati, al fine di pervenire al loro inserimento sociale con il maggior grado possibile di autonomia. Questa finalità presuppone tre passaggi molto importanti: la presa in carico, il percorso psicologico, la dimissione per restituire alla società come soggetti liberi, indipendenti da influenze devianti, agguerriti nell'affrontare situazioni di rischio, le persone che dalla società sono state emarginate per debolezze, colpe ed errori, ormai consapevolmente scontati.

I metodi prevedono in generale la costruzione di un progetto educativo e/o psicologico-riabilitativo individualizzato.

Un altro servizio educativo che viene offerto a questi adolescenti è il DIURNO+ della cooperativa Sociale Vivere Verde Onlus con sede legale a Senigallia (AN). La prestazione "Diurno +" domiciliare si rivolge a minori con problematiche sociali in carico presso i Servizi Territoriali, per cui si richieda supporto che coinvolga sia il minore che il contesto familiare, in carico ai servizi socioassistenziali e sanitari del territorio di Pesaro ed Ancona. Il "Diurno+" è un servizio integrato in cui educatore, psicologo e coordinatore arrivano nelle case dei minori attraverso l'attuazione di un servizio psico-educativo effettuato all'interno contesto familiare del minore stesso. I destinatari sono i minori tra gli 8 e i 14 anni con problematiche di disagio socio-ambientale, ritardo scolastico o disagio psico-cognitivo in carico presso i Servizi Sociali e le finalità sono affiancare e

sostenere il minore nel potenziamento delle sue risorse, incentivare le potenzialità del contesto familiare di riferimento, promuovere, attraverso interventi di mediazione familiare, una sana comunicazione intra familiare. Il servizio “Diurno+” si pone come finalità quella di monitorare gli aspetti della quotidianità della minore di fornire supporto, strumenti e abilità sociali utile ad una gestione sana e controllata nelle proprie sfere di vita, al fine di prevenire condotte a rischio. Il progetto comprende interventi destinati al complessivo nucleo familiare, finalizzati a promuovere da un lato le potenzialità e le risorse della minore, dall'altro le funzioni di sostegno al ruolo genitoriale, al fine di prevenire e supportare situazioni di rischio e tracciare attraverso un accompagnamento psicoeducativo le linee guida per uno sviluppo volto al benessere di un sano funzionamento. La conclusione del programma Diurno+ permette di proporre alla Società un giovane ed un nucleo familiare più funzionale, capace di offrire in maniera costruttiva il proprio contributo nel tessuto comunitario in cui vive.

6. CONCLUSIONE

Gli infermieri spesso non hanno una formazione adeguata ad assistere un adolescente che ha tentato il suicidio e possono non essere in grado di gestire tali situazioni. Oggi, riconosciamo che il ruolo dell'infermiere è estremamente rilevante in questo contesto. È necessario investire nella formazione e nell'aggiornamento degli infermieri per poter offrire la migliore assistenza possibile a questo tipo di paziente. Questo impegno non solo è dettato dal dovere professionale, ma anche dalla responsabilità di contribuire al benessere fisico e mentale del paziente.

È cruciale riconoscere l'importanza dei servizi forniti dal Sistema Sanitario Nazionale nel supportare i giovani in difficoltà. L'analisi della letteratura identificata suggerisce una sostanziale omogeneità nell'affermare che la famiglia e la cerchia amicale rappresentano uno tra i principali fattori di rischio specie quando veicolano o incentivano condotte non educative.

È quindi fondamentale attuare interventi di promozione della salute, per la quale l'infermiere può ricoprire un ruolo importante, nei confronti delle famiglie al fine di identificare segnali di disagio e offrire un supporto iniziale attraverso servizi gratuiti accessibili, senza lunghe liste di attesa: monitorare il vissuto emotivo del minore, supportarlo nella quotidianità, promuovendo la ricerca di contesti esterni sani, favorire il raccordo di rete casa-scuola, promuovere i fattori protettivi, favorire strategie di fiducia tra operatori sanitari e famiglia, sostenere le figure adulte di riferimento per l'adozione di uno stile educativo funzionale, monitorare le dinamiche familiari, del clima affettivo in casa e il supporto delle funzioni genitoriali.

È altresì rilevante notare che da alcuni anni è stata istituita la Giornata Mondiale della Salute Mentale che si tiene il 10 ottobre, con l'obiettivo di combattere la scarsa conoscenza e gli stereotipi ancora esistenti attorno a questa importante problematica che coinvolge la stragrande maggioranza della popolazione.

La giornata mondiale della salute mentale (World Mental Health Day) è stata istituita nel 1992 dalla Federazione mondiale per la salute mentale e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sui problemi di salute mentale in tutto il mondo, mobilitare gli sforzi a sostegno della salute mentale, combattere stigma e discriminazioni. A partire dal 2019, il tema della Salute Mentale è finito sotto la

luce dei riflettori, dovuto agli eventi mondiali legati alla pandemia, alla crisi economica e alle tensioni internazionali che hanno messo a dura prova, negli ultimi anni, la nostra tolleranza allo stress. L'incertezza e la paura hanno dominato l'inizio degli anni '20: nel dibattito pubblico e politico il tema del benessere psicologico ha raggiunto una sempre maggiore attenzione e rilevanza, come dimostra anche l'erogazione del bonus psicologo nel 2022. Ogni anno viene portato all'attenzione un aspetto diverso relativo alla Salute Mentale. Per il 2022 è stato scelto il tema "Rendere la salute mentale e il benessere di tutti una priorità globale". Il tema della campagna 2023 è "Mental health is a universal human right" (La salute mentale è un diritto universale). Una buona salute mentale è vitale per una buona qualità della vita e per il benessere generale della persona.

7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Per migliorare la qualità di vita dell'adolescente che ha tentato il suicidio, è fondamentale la presenza costante della figura dell'infermiere già dal primissimo approccio e che accompagni il paziente durante tutto il percorso di cura, erogando un'assistenza centrata sull'assistito, che contribuisca all'adesione alla propria cura personale, al fine di raggiungere un accettabile benessere fisico e psichico e prevenire lo sviluppo di complicazioni. È quindi fondamentale che l'infermiere svolga attività di prevenzione e promozione della salute.

Come suggerito da alcuni infermieri nella survey, si potrebbero istituire gruppi di lavoro al fine di erogare linee guida e protocolli aziendali da mettere in pratica all'arrivo di un adolescente con problematiche suicidarie; inoltre potrebbe essere addestrato un infermiere, che normalmente lavora in servizi di emergenza, che intervenga nello specifico nelle primissime fasi dopo l'evento.

Altro fattore da considerare in modo significativo è l'utilizzo di internet e dei social network in particolare se utilizzati in modo inappropriato, per lungo tempo e navigando su siti che incitano il suicidio. Emergono però anche aspetti positivi nell'uso di internet, infatti i ragazzi tendono ad esprimersi in modo più libero sui social network e potrebbero quindi essere utilizzati sia come strumento per divulgare informazioni corrette e attendibili sui disturbi e sui servizi a cui rivolgersi, sia per identificare problematiche e disturbi in modo precoce; attraverso l'uso di video e di immagini per l'educazione e la prevenzione dove trovare un primo aiuto oppure utilizzando forum, video, newsletter. Il contesto nazionale non è sensibile all'introduzione dell'infermiere scolastico quale presidio sanitario e preventivo rivolto ad una delle fasce di età più vulnerabile quale l'adolescenza. Accanto agli interventi educativi, preventivi e assistenziali verso gli adolescenti è opportuno incrementare strumenti a sostegno della genitorialità positiva e consapevole con un contestuale coinvolgimento degli istituti scolastici.

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Aga, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza
<https://www.garanteinfanzia.org>
- ALMA MATER STUDIORUM, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA A.A.2022/2023
INFERMIERISTICA DELLA SALUTE MENTALE (FO)
<https://www.unibo.it/it/didattica/insegnamenti/insegnamento/2022/383817>
- ALMA MATER STUDIORUM, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA , CAMPUS DI RIMINI, Piano didattico 2023/2024 <https://corsi.unibo.it/laurea/Infermieristica-Rimini/insegnamenti/piano/2023/8475/000/000/2023>, 14 marzo 2022
https://www.medicinachirurgia.unipd.it/sites/medicinachirurgia.unipd.it/files/styles/thumbnail/public/Offerta%20Programmata%20coorte%202022_0.pdf
- American Psychiatric Association, “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”, quinta edizione, text revision DSM-5-TR, 2023, Raffaello Cortina Editore, Milano, pagg 165-188, 216-230, 298-303, 314-322
- ANSA, 02 agosto 2022 In Europa 3 suicidi di adolescenti al giorno, è la seconda causa di morte
https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/medicina/2021/10/15/-in-europa-3-suicidi-adolescenti-al-giorno-2a-causa-morte-_67ab7dd2-cd60-4ae6-8bd6-218c57734632.html
- Beata Corte, Comunità Terapeutica Riabilitativa per minori
<https://neomesia.com/beata-corte>
- BRF Brain Research Fondazione ONLUS, 2022, Osservatorio suicidi
<https://www.fondazionebrf.org/osservatorio-suicidi-anno-2022/>
- BRF Brain Research Fondazione ONLUS 2023 Osservatorio suicidi
<https://www.fondazionebrf.org/osservatorio-suicidi/>
- Calabrò, A., Valente, G., Bardone, L., Ilaria, F., Lupo, R., “Valutazione del rischio di autolesionismo e/o suicidio tra una popolazione di adolescenti: revisione della letteratura” L’infermiere, 2020;57:3, 1 – 5
<https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/09/Valutazione-del-rischio-di-autolesionismo-e-%EF%80%A2-suicidio-tra-una-popolazione-di-adolescenti-revisione-della-letteratura.pdf>

- Candiotta, M., 2016. Il coinvolgimento emotivo e il ruolo degli infermieri confrontati con adolescenti e giovani suicidali (Doctoral dissertation, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)).
- Carmignani S. 13 ottobre 2022 Adolescenti, casi di tentato suicidio aumentati del 75% https://www.repubblica.it/salute/dossier/frontiere/2022/10/13/news/adolescenti_casi_di_tentato_suicidio_aumentati_del_75-369835764/
- CentroMoses|Psicologia Clinica, 2023 La prevenzione sul suicidio: uno sguardo sull'adolescenza <https://www.centromoses.it/psicologia-clinica/articoli/la-prevenzione-del-suicidio-uno-sguardo-sulladolescenza/>
- Dors, Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, 24 febbraio 2020 Prevenire il suicidio di adolescenti e giovani è possibile? <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3282>
- Elia, J. “Comportamento suicida nei bambini e negli adolescenti”, maggio 2023 <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-mentali-nei-bambini-e-negli-adolescenti/comportamento-suicidario-nei-bambini-e-negli-adolescenti>
- ES+ ISTITUTO|MEDICINA INTEGRATA, 2022, Adolescenti e smartphone: una generazione a rischio depressione <https://www.poliambulatorioes.it/437/adolescenti-e-smartphone-una-generazione-a-rischio-depressione>
- Ferrara, P., Terzoni, S., Oliverio, V., Ruta, F., Delli Poggi, A., D'Agostino, A., Destrebecq, A., La valutazione infermieristica del rischio suicidario nella persona ricoverata in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: validità predittiva della versione italiana della Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-ita), L'Infermiere, 2020 <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/03/LInfermiere-57-1-2020-MARCH-pages-e1-e8.pdf>
- Ghirini, S., Vichi, M., Istituto Superiore di Sanità, 2020 Caratteristiche e andamento temporale della mortalità per suicidio in Italia: uno studio descrittivo sugli ultimi 30 anni <https://www.epicentro.iss.it/ben/2020/4/mortalita-suicidio-italia>
- Haddad Fadi, Gerson Ruth, Le emergenze psichiatriche nei bambini e negli adolescenti, 2015 <http://www.prevenzionesuicidio.it/libroemergenzets.html>

- In salute, news 9 settembre 2022 Nel 2022 un suicidio ogni 16 ore in Italia. Incidenza grave tra i giovani <https://www.insalutenews.it/in-salute/nel-2022-un-suicidio-ogni-16-ore-in-italia-incidenza-grave-tra-i-giovani/>
- Insieme per la salute mentale, La GM della salute mentale, ottobre 2023 <https://insiemeperlasalutementale.it/la-gm-della-salute-mentale/>
- ISTAT ottobre 2023 suicidi popolazione 15 anni e oltre http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SUICIDI
- Istituto Superiore di Sanità, 2023 Oms, suicidi: la dimensione del problema <https://www.epicentro.iss.it/mentale/schedasuicidi>
- Lombardo, D. 18 gennaio 2023 La sindrome dell'Hikikomori: l'isolamento sociale volontario <https://www.unobravo.com/post/la-sindrome-dellhikikomori>
- Ministero della Salute, Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III prevenzione del suicidio Raccomandazione n. 4, Marzo 2008 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=592&lingua=italiano;
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_592_allegato.pdf
- Ministero della Salute, ottobre 2023 <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioEventiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=632>
- Morsa M., 09 settembre 2022 Suicidi, in Italia è allarme tra i giovanissimi: negli ultimi due anni i tentativi sono aumentati del +75% <https://www.open.online/2022/09/09/report-brf-suicidi-italia-giovanissimi/>
- NURSE TIMES, Infermieri: Corso gratuito Fad Ecm “Formazione a distanza su suicidologia e salute pubblica” 21 settembre 2019 <https://nurses-times.org/infermieri-corso-gratuito-fad-ecm-formazione-a-distanza-su-suicidologia-e-salute-pubblica/73496>
- Persefone, comunità educativa a scopo terapeutico-educativo <https://www.comunitapersefone.it/>
- Pompili M. e Girardi P. "Manuale di suicidologia" ed- Pacini, editore medicina Pisa 2015, pag 169-171.

- Portatadino, S., Bergomi, P., & Maiandi, S. (2019). L'autolesionismo dell'adolescente: Revisione della letteratura dei fattori di rischio e degli interventi di prevenzione. Italian Journal of Nursing (IJN), (29). http://italianjournalofnursing.it/wpcontent/uploads/2019/11/IJN29_2019_web.pdf#page=50

- RAI News, 05 settembre 2022 Suicidi, nel 2021 record di richieste di aiuto. Ogni anno 46mila adolescenti si tolgono la vita <https://www.rainews.it/articoli/2022/09/suicidi-nel-2021-record-di-richieste-aiuto-ogin-anno-46mila-adolescenti-si-tolgono-la-vita-0f47f6b4-cebd-4a6e-9898-0b1b79ff7e4f.html>

- Saiani L., Brugnolli, A., Trattato di cure infermieristiche, terza edizione, 2021, Volume 1, Sorbona, Napoli, Capitolo 3, pag.78

- Sky tg 24, Giornata mondiale della salute mentale, 5 consigli per migliorarla, 13 ottobre 2023 <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2023/10/10/giornata-mondiale-salute-mentale-come-migliorarla>

- Tapinassi, M. NGASR: Scala di valutazione del rischio di suicidio 07 novembre 2019 <https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/ngasr-scala-di-valutazione-del-rischio-di-suicidio>

- TelefonoAMICOItalia, 2023 <https://www.telefonoamico.it/>

- UNICEF, 15 ottobre 2021 In Europa, 9 milioni di adolescenti tra i 10 e i 19 anni convivono con un disturbo mentale <https://www.unicef.it/media/in-europa-9-milioni-di-adolescenti-convivono-con-un-disturbo-mentale-suicidio-2-causa-di-morte/>

- UNICEF, 2021 <https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>

- UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA, Corso di Laurea in Infermieristica INFERMIERISTICA CLINICA IN SALUTE MENTALE A.A. 2015/16 https://didattica.unipd.it/off/2013/LT/ME/ME1844/999MR/MEP3051385/N0_2023/2024_INFERMIERISTICA_CLINICA_IN_AREA_SALUTE_MENTALE_A.A._2023/24
<https://didattica.unipd.it/off/2021/LT/ME/ME1844/999ES/MEP4067703/N0>

- UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE, Corso di Laurea in Infermieristica, Infermieristica in salute mentale, A.A.22/23 <https://guide.univpm.it/af.php?af=143823&lang=lang-ita>

- UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE, Corso di Laurea in Infermieristica, Infermieristica in salute mentale, A.A.22/23 <https://www.medicina.univpm.it/?q=laboratori-didattici-1>

- VIVERE VERDEONLUS, 2023 <https://www.vivereverdeonlus.it/servizi/centro-diurno/>

9. ALLEGATI

Salve, sono Elisa Bertozzi, studentessa laureanda del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, UNIVPM, polo di Pesaro.

Chiedo gentilmente la sua partecipazione al seguente questionario, utile per la stesura del mio elaborato di tesi. L'obiettivo è quello di raccogliere informazioni sulla conoscenza e formazione che gli infermieri hanno in materia di suicidio e tentato suicidio in adolescenza.

I dati ottenuti verranno raccolti ed elaborati statisticamente e potrebbero essere inseriti in pubblicazioni, presentati in congressi, convegni, seminari a carattere scientifico. Il questionario è totalmente anonimo, ai sensi del regolamento europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/679) e la compilazione, che richiederà circa 5 minuti di tempo, acconsente al trattamento dei dati.

Grazie per la collaborazione

1. Età:

- 20- 25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41- 45
- 46-50
- 51-55
- 56-60
- Oltre 61

2. Anni di servizio:

- <=5
- 6- 10
- 11-20
- 21-30
- Oltre 31

3. Sesso

- femmina
- maschio
- preferisco non rispondere

4. Unità operativa di appartenenza:

- Pronto soccorso Pesaro
- Pronto soccorso Fano
- Pronto soccorso Urbino
- Pediatria Pesaro
- Pediatria Fano

- Pediatria Urbino
- Potes 118 Pesaro
- Potes 118 Fano
- Potes 118 Urbino
- Potes 118 Calcinelli
- Potes 118 Marotta
- Potes 118 Montecchio

5. Ritengo che sia importante che io abbia una formazione in merito al suicidio e tentato suicidio in adolescenza (ad esempio incidenza, eziologia, fattori di rischio, trattamento)
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente
6. Ritengo che la comunicazione con un adolescente che ha tentato il suicidio richieda una competenza comunicativa specifica
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente
7. Ritengo che sia importante che io abbia una formazione specifica in materia di comunicazione con l'adolescente che ha tentato il suicidio
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente
8. Quando nel mio lavoro mi trovo ad assistere un paziente adolescente che ha tentato il suicidio tendo ad essere emotivamente più coinvolto del solito?
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente

9. Ritengo che l'approccio iniziale con l'adolescente che ha tentato il suicidio sia la fase più delicata di tutto il percorso assistenziale in quanto può mettere a rischio la compliance e l'aderenza alle cure.
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente
10. Ritengo l'adolescente che ha tentato il suicidio richieda all'infermiere una maggiore empatia rispetto ad altre tipologie di assistiti.
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente
11. Ritengo l'adolescente che ha tentato il suicidio richieda all'infermiere un ascolto maggiormente attivo rispetto ad altre tipologie di assistiti.
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente
12. Ritengo che la comunicazione con un adolescente che ha tentato il suicidio richieda un'attenzione particolare nella formulazione delle domande e nella scelta delle parole per limitarne il condizionamento psichico e comportamentale
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente
13. Ritengo che di fronte a tale tipologia di assistito sia difficile sospendere il proprio "giudizio" personale
- Disaccordo fortemente
 - Disaccordo
 - Neutrale
 - Concordo
 - Concordo fortemente
14. Ritengo importante che l'infermiere, con questa tipologia di assistito, ponga particolare attenzione alla propria comunicazione non verbale
- Disaccordo fortemente

- Disaccordo
- Neutrale
- Concordo
- Concordo fortemente

15. Ritengo che con l'adolescente sia importante utilizzare un atteggiamento che non minimizzi le cause o i gesti del tentato suicidio

- Disaccordo fortemente
- Disaccordo
- Neutrale
- Concordo
- Concordo fortemente

16. Se in disaccordo perché:

.....

17. È a conoscenza dell'esistenza di scale infermieristiche per la misurazione del rischio di suicidio o di recidiva del tentato suicidio?

- si
- no

18. Se si, le ha mai utilizzate?

- si
- no

19. Le chiediamo di lasciare un suo commento sull'argomento:

.....