



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**SUICIDIO IN OSPEDALE: RUOLO
DELL'INFERMIERE NELLA
PREVENZIONE**

Relatore:

Dott. Francesco Riccardi

Tesi di Laurea di:

Hasna Abdoussi

Correlatore:

Inf. Antonella Silvestrini

A.A. 2019/2020

INDICE

1. INTRODUZIONE:	1
1.1 DEFINIZIONE ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SUICIDIO:	2
1.2 Riferimenti Normativi	4
1.3 Suicidio in ospedale.....	5
1.4 Suicidio come evento sentinella.....	6
1.2 RACCOMANDAZIONE N.4 : PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE.....	10
1.2.1 Anamnesi medica e infermieristica	11
1.2.2 Percorso clinico assistenziale.....	13
1.2.3 Misure di sicurezza ambientale e organizzative	16
2. OBIETTIVO:	18
3. MATERIALI E METODI:	19
4. RISULTATI :	20
4.1 aspetti epidemiologici e demografici	20
4.2 Fattori di rischio	21
4.3 Scale di valutazione.....	24
4.4 Prevenzione e Formazione	29
5. DISCUSSIONE E CONSLUSIONI:	35
BIBLIOGRAFIE:	37
ALLEGATO 1 :	40
ALLEGATO 2:	41

1 INTRODUZIONE

Come evidenziato dalla Raccomandazione del Ministero della Salute n.4 del Marzo 2008, dal titolo “PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE”,

“la letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio relativi al suicidio e la loro conoscenza consente l’adozione di strategie efficaci per la riduzione dell’evento suicidio in ospedale agendo su:

- 1) strumenti di valutazione del paziente;
- 2) profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio, che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
- 3) processi organizzativi;
- 4) formazione degli operatori;
- 5) idoneità ambientale e strutturale.”

Nei seguenti capitoli verrà quindi descritto e dimensionato il fenomeno del suicidio in ospedale, evidenziando il ruolo dell’infermiere nell’attuazione delle strategie identificate.

1.1 DEFINIZIONE ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SUICIDIO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il suicidio come *“un atto di eliminazione di se stesso, deliberatamente iniziato ed eseguito dalla persona nella piena consapevolezza o aspettativa di un suo risultato fatale”* (1998). Mentre il tentato suicidio viene definito dall'OMS come *“atto con esito non fatale che induca un individuo, deliberatamente, a un comportamento non abituale che, senza l'aiuto degli altri danneggi se stesso, oppure all'ingestione di una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica che gli/le era stata prescritta, mirando a ottenere in conseguenza di ciò, un danno fisico”*. Il sociologo britannico David Morgan (1975)¹ ha usato il termine autolesionismo deliberato per descrivere *“un atto dalle conseguenze non fatali, che si tratti di ferita fisica, alto dosaggio di farmaci o avvelenamento, eseguiti nella coscienza della loro potenziale pericolosità e, nel caso delle medicine, sapendo che il dosaggio era eccessivo”*; vengono dunque usati mezzi inadeguati *“per compiere un gesto auto inflitto, lesivo, tramite il quale si esteriorizza la volontà implicita o esplicita di morire, con esito che non provoca la morte dell'individuo.”* Al giorno d'oggi si parla anche di suicidio assistito, inteso come l'aiuto medico e amministrativo portato a un soggetto che ha deciso di porre fine alla propria vita in modo volontario attraverso la somministrazione di sostanze specifiche ed è compiuto dal soggetto stesso e non da terzi. La nota Enciclopedia Treccani definisce l'eutanasia *“Azione od omissione che, per sua natura e nelle intenzioni di chi agisce (eutanasia attiva) o si astiene dall'agire (eutanasia passiva), procura anticipatamente la morte di un malato allo scopo di alleviarne le sofferenze”*.

Attingendo dagli scritti ed ai pensieri dei grandi filosofi antichi possiamo notare che il pensiero critico verso il gesto del suicidio ha mutato più volte forma: nell'antichità Classica *“il suicidio del saggio”* era considerato un gesto razionale capace di esprimere libertà assoluta come si evince dal compimento di questo gesto estremo da parte di grandi filosofi come Catone, Socrate e Seneca. Con la comparsa del cristianesimo l'atto suicida viene considerato un peccato da perseguire perché contrario alla volontà divina. A fine

¹ . Morgan, DHJ (1975). *Teoria sociale e famiglia* . Londra Boston: Routledge e Kegan Pau

del XVIII secolo la punibilità del suicidio venne messa in discussione da giuristi, romantici e idealisti che ne difesero la libera scelta. F. Nietzsche, in *Così parlò Zarathustra* (1883-85), fece addirittura un'apologia del suicidio, ritenuto la forma migliore di morte perché soggetta alla volontà. La psichiatria ritiene che i soggetti capaci di un simile gesto siano portati ad una estrema decisione a causa di malattie mentali che spiegano la loro impossibilità nel continuare a vivere; questo pensiero è rafforzato dalla constatazione che la maggior parte dei suicidi soffre o abbia sofferto in passato di un disturbo psichiatrico, motivo per cui il suicidio viene considerato una manifestazione generale di compromissione del funzionamento psichico. Tuttavia è da tener presente che una certa percentuale non presenta disturbi psichici e le condizioni psicopatologiche, anche se determinanti, non potrebbero mai comprendere l'esistenza del soggetto in toto. Generalmente l'approccio psicologico (Deshaies 1947)² valorizza la storia personale dell'individuo e le sue conflittualità, per cui il suicidio verrebbe ad essere una sorta di soluzione alle problematiche della vita; la prospettiva psicoanalitica si lega all'interpretazione freudiana della malinconia (Freud 1917)³, per cui il suicidio viene teorizzato come espressione di fragilità della persona che non riesce ad attuare del scelte o delle rinunce, né a subire delle perdite e viene vissuto come l'unica via di fuga.

Secondo la tesi sociologica sviluppata dal francese Émile Durkheim⁴, sociologo, filosofo e storico delle religioni, all'origine del suicidio vi sono fatti sociali, ambientali, economici e culturali.

Esistono tre tipi di suicidio:

- 1) anomico, proprio delle situazioni di cambiamento dei valori e di crisi sociale con mancato adeguamento alle regole;
- 2) egoistico, legato alla persona e conseguente ad un eccesso di individualismo e ad una carenza di coesione comunitaria, per cui l'individuo prevale sull'Io sociale da cui è alienato e fa riferimento solo alle proprie risorse;

² G. deshaies, *la psychologie du suicide*, paris, puf, 1947

³ S. freud, *trauer und melancholie*, "internationale zeitschrift für ärztliche psychoanalyse". 1917, 4, 6, pp. 288-301 (trad. it. in id., *opere*, 8° vol., torino, boringhieri, 1976, pp. 102-18

⁴ Durkheim, *le suicide, étude de sociologie*, paris, alcan, 1897 (trad. it. milano, rizzoli, 1987

3) altruistico, ove è la socialità a predominare, e il comportamento può assumere aspetti di sacrificio a vantaggio della comunità.

È ormai generalmente condivisa l'opinione che il comportamento suicidario non sia mai rapportabile a una causa specifica, ma rimandi sempre a molti fattori ove gli aspetti sociali, ambientali e individuali, nella loro componente biologica e psicologica, appaiono saldamente intrecciati. Non esiste quindi un modello comune cui fare riferimento, né una specifica personalità suicidaria. È pertanto indispensabile usare un approccio multidisciplinare, avvalendosi di un'ottica "interattivo-integrazionista" e considerando quindi, sia i fattori soggettivi sia quelli extrasoggettivi che si influenzano reciprocamente. Vengono così riconosciute alcune variabili che singolarmente possono anche essere ininfluenti ma che, interagendo e sommandosi ad altre, diventano determinanti.

Tale orientamento viene espresso in maniera specifica da S.J. Blumenthal (1988), il quale descrive cinque aree di vulnerabilità:

- 1) diagnosi psichiatrica;
- 2) disturbi di personalità;
- 3) fattori psico sociali e ambientali;
- 4) elementi genetici e familiari;
- 5) fattori bioumorali;

Diventa così possibile che alcuni soggetti, in cui si riscontra il maggior numero di questi elementi, siano considerati a rischio suicidario più di altri.

1.2 Riferimenti Normativi

Il Codice penale italiano non comprende disposizioni legislative che autorizzano il suicidio volontario, ma vi sono tre articoli che lo regolamentano:

- **l'omicidio del consenziente** art.579 del c.p : *“Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio [575-577] se il fatto è commesso*

1) contro una persona minore degli anni diciotto;

2) *contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcooliche o stupefacenti;*

3) *contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno [613 2].”*

- **l'istigazione al suicidio o aiuto al suicidio** art.580 del c.p.:
“Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima”
- **omicidio doloso o volontario** art 575 del c.p.: *“chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno”*

1.3 Suicidio in ospedale

L'evento suicidio va considerato un fenomeno generale; l'ospedale può essere il luogo in cui un soggetto decide di suicidarsi. Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, la sua incidenza aumenta drasticamente nei soggetti ricoverati e nei soggetti dimessi da una fino a tre settimane. Possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di Emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.

Molteplici possono essere le cause di questo aumento:

- l'ospedalizzazione corrisponde ad uno stato di malattia e lo stato di malattia si accompagna a vissuti di perdita, lutto, confusione ed ansietà;
- l'ospedalizzazione non raramente è l'ultimo atto di un fallimento, non solo fisico ma anche esistenziale, relazionale, assistenziale o economico;

- la condizione dell'assistito può essere determinata da vissuti di abbandono, estraniamento, mancanza di autonomia, controllo e privacy.

- l'Ospedale è una istituzione sociale implicata nel processo della nascita, la malattia e la morte.

1.4 Suicidio come evento sentinella

Il Ministero della Salute definisce evento sentinella un “*evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione*”. In ambito ospedaliero, il tentato suicidio (TS) è qualificato come “evento sentinella” e la prevenzione del suicidio del paziente ospedalizzato è divenuto uno dei punti centrali organizzativi del rischio clinico in sanità. Risulta al secondo posto fra gli eventi sentinella raccolti nel 5° Rapporto “Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella“ (2005-dicembre 2012) risultando l’evento sentinella più segnalato (22,41%) dal ministero del Lavoro, Sanità e Politiche Sociali nel periodo 2005-2009. Sono pertanto previste e richieste direttive e procedure per evitarlo, applicate tutte le volte che ci si trovi di fronte a questa situazione clinica.

EVENTO SENTINELLA N. 10

Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

Descrizione: Morte per suicidio o tentato suicidio di paziente all’interno della struttura sanitaria, incluso anche i Servizi Territoriali di Salute Mentale.

Razionale: L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l’insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare, l’evento può essere dovuto alla mancanza di una procedura idonea alla presa in carico del paziente, alla sottovalutazione delle condizioni psichiche del paziente, alla inadeguata sorveglianza dei pazienti a rischio, ad una non conforme idoneità ambientale. Il riconoscimento dell’evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo

organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale. Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella sono la documentazione clinica e qualsiasi altra documentazione o fonte utile a riguardo.

Il verificarsi di un solo caso di suicidio è sufficiente affinché da parte dell'organizzazione si renda necessario un immediato accertamento dei fattori che hanno causato l'evento o che hanno contribuito a causarlo, affinché possa essere attivata immediatamente la procedura per la segnalazione e la trasmissione degli eventi sentinella del Ministero della Salute. La sorveglianza costituisce un'importante azione di prevenzione di tali eventi, per la promozione della sicurezza dei pazienti, motivo per cui il Ministero della Salute nel 2005 ha elaborato un protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, con l'obiettivo di fornire alle Regioni e alle Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza. Il Protocollo è stato modificato e integrato negli anni fino ad essere formalizzato nel 2009 con il Decreto dell'11 Dicembre che istituisce il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, il SIMES. Il SIMES è finalizzato alla raccolta delle informazioni sugli eventi sentinella e alla denuncia dei sinistri.

Prevede l'attivazione di tre livelli di intervento complementari tra loro, quali:

- monitoraggio degli eventi sentinella, raccolta ed analisi delle informazioni
- elaborazione di raccomandazioni specifiche per minimizzare il rischio
- formazione del personale per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti

I principali obiettivi del sistema di monitoraggio sono: la raccolta delle informazioni riguardanti gli eventi sentinella occorsi nelle strutture del Sistema Sanitario Nazionale; l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi, focalizzata sui sistemi e sui processi; l'elaborazione ed implementazione di raccomandazioni specifiche rivolte a tutte le strutture del SSN per minimizzare il rischio di accadimento degli eventi e il ritorno informativo alle strutture del SSN ed alle Regioni e P.A. (protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella 1° rapporto settembre 2005-febbraio 2007)

“Principali caratteristiche del sistema sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella adottato dal Ministero della Salute:

- Non punitivo: Operatori, aziende sanitarie e regioni sono liberi di segnalare senza timore di incorrere in sanzioni o punizioni
- Confidenziale: L'identità di pazienti, operatori e istituzioni viene mantenuta riservata
- Indipendente: Il sistema di monitoraggio è indipendente da ogni altra autorità con potere punitivo nei confronti di chi segnala
- Analizzato da esperti: I dati vengono analizzati da esperti in grado di comprendere circostanze cliniche, cause e fattori contribuenti
- Tempestivo: I dati vengono analizzati in tempi congrui e le raccomandazioni vengono rapidamente divulgate a regioni, organizzazioni ed operatori
- Orientato al sistema: Le raccomandazioni sono finalizzate ai cambiamenti del sistema e dei processi
- Reattivo: Dissemina i rapporti, le raccomandazioni e ne valuta l'implementazione"

La procedura viene attivata in caso di suicidio e tentato suicidio all'interno della struttura sanitaria, anche se il soggetto è presente nella struttura per effettuare una visita specialistica o un controllo. Sono inclusi anche i casi di suicidio di pazienti in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che eludono il personale di assistenza. Sono esclusi invece i casi in cui il paziente muore accidentalmente nel tentativo di allontanarsi dalla struttura.

Per il monitoraggio di tali eventi, poco frequenti, è necessario che vi sia un terminale nazionale, affinché non vadano disperse informazioni preziose per la sicurezza dei pazienti che, in un'ottica di sinergia e solidarietà, devono diventare patrimonio comune di tutte le strutture sanitarie del paese. Il sistema di monitoraggio degli eventi sentinella ha lo scopo principale di costruire nell'ambito del sistema sanitario nazionale la cultura dell'apprendere dagli errori, che costituisce il fondamento di tutte le metodologie per la gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. La prima fase del protocollo di monitoraggio prevede la segnalazione dell'evento sentinella da parte delle strutture sanitarie. Le schede per la segnalazione dell'evento prevedono la raccolta di informazioni riguardanti la tipologia e le principali note descrittive dell'evento, l'analisi dei fattori

contribuenti e determinanti l'evento e il piano d'azione messo in atto dalle aziende per la prevenzione della ricorrenza degli eventi: tali schede vengono trasmesse dal referente aziendale per la gestione del rischio clinico al Ministero della Salute e alla Regione e P.A. di appartenenza. La Direzione aziendale, oltre a prendere in carico il soggetto per attuare tutte le misure al fine di mitigare il danno e comunicare con l'utente e /o famigliari in modo completo, trasparente ed onesto e dare supporto al personale coinvolto (ciò permette di rafforzare la relazione di fiducia tra operatori sanitari e pazienti e di diminuire il numero di contenziosi), mette in atto le seguenti azioni relative alla procedura di segnalazione dell'evento sentinella:

1. l'operatore sanitario coinvolto comunica quanto accaduto al referente del rischio clinico, secondo le procedure regionali o aziendali.
2. il referente per la gestione del rischio clinico attiva un'indagine per stabilire se l'evento avverso corrisponde ad un evento sentinella. Se l'indagine risulta positiva, segnala l'evento sentinella utilizzando la scheda A del protocollo (scheda di segnalazione iniziale)
3. Raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito /determinato il verificarsi dell'evento, mediante la Root Cause Analysis o altri metodi, seguendo le indicazioni della scheda B (scheda di analisi delle cause e dei fattori contribuenti e piano d'Azione)
4. Invia la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e il Piano d'azione entro 45 giorni solari.

Poiché la categoria “10 Altro evento avverso” rappresenta quella più numerosa, si è proceduto all'ulteriore categorizzazione della stessa, come rappresentato nella tabella 4, dalla quale emergono 6 ulteriori tipi di evento sentinella.

Tabella 4. Categorizzazione dell'evento n° 10: Altro evento avverso

Categorie evento n. 10 Altro evento avverso	n.	%
Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico	14	27%
Gestione emergenza	11	22%
Complicanza post-anestesia	6	12%
Caduta di paziente	4	8%
Embolia	3	6%
Altro*	13	25%
Totale	51	100%

*Nella categoria "Altro" sono inclusi tutti gli eventi non categorizzabili (n=1)

La segnalazione degli eventi sentinella è di tipo volontario e garantisce l'anonimato di professionisti e delle organizzazioni sanitarie coinvolte.

1.2 RACCOMANDAZIONE N.4 : PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

La presente Raccomandazione riguarda tutti i pazienti che si rivolgono all'ospedale per diagnosi e cura ed è stata elaborata dall'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, anche con il supporto tecnico di esperti e dei componenti del Gruppo di lavoro "Valutazione degli approcci metodologici in tema di Rischio clinico". La Raccomandazione è stata quindi sottoposta ad un processo di consultazione aperta con esperti delle seguenti Istituzioni, Società Scientifiche, Ordini e Collegi Professionali, Aziende Ospedaliere che si ringraziano per la collaborazione fornita:

- Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Federazione Nazionale Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNMOCeO)
- Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali Assistenti Sanitari e Vigilatrici di Infanzia (IPASVI)
- Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO)
- Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)

- Società Italiana di Psichiatria (SIP)
- Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQUAS)
- Società Italiana di medicina d'emergenza-urgenza (SIMEU)
- Società Italiana di Psicoterapia Funzionale (SIF)
- Joint Commission International (JCI)
- Azienda Ospedaliera di Circolo e Fondazione Macchi, Varese
- Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino Si ringrazia per i commenti il dr. Franco Orsucci, (ASL RMB, Roma).

La Raccomandazione è stata ulteriormente rivisitata e condivisa dall'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema e dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti.

1.2.1 Anamnesi medica e infermieristica

L'anamnesi completa, effettuata in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, è uno strumento essenziale per l'identificazione dei fattori di rischio da monitorare. La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- **ricostruzione storica della vita del paziente**, (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale). Considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto): è opportuno sottolineare che circa il 30-40% dei suicidi ha già tentato il suicidio;
- **analisi delle caratteristiche anagrafiche e socioculturali del paziente**, vanno considerati almeno: sesso (i maschi sono più a rischio), età (compresa tra i 15 e i 24 anni o superiore ai 65), isolamento sociale;
- **accertamento delle condizioni cliniche**, in particolare sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini di personalità con comportamento aggressivo o narcisistico o falsa autosufficienza, personalità borderline o antisociale, disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o

psicofarmaci, da gioco), eventuali diagnosi multiple, ansia, attacchi di panico, insonnia, patologia terminale;

- **esame obiettivo completo**, per cogliere i segni tipici dell'alcolismo cronico nonché di un'eventuale sindrome da astinenza e l'effettuazione, tra gli esami clinici, della alcolemia, durante l'esame obiettivo è consigliato osservare anche eventuali segni di autolesionismo
- **rilevazione di altri segni**, tra cui: difficoltà di ragionamento, commenti o battute sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, ipergeneralizzazione, lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro, eccessiva attenzione alla donazione degli organi, eccessivo interesse o disinteresse per la religione o recente cambio di atteggiamento nei confronti della stessa, possesso "maniacale" di farmaci, pensiero fisso sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari. Una migliore valutazione del rischio e la conoscenza del problema consentono di mantenere un adeguato livello di vigilanza se il paziente è turbato o, paradossalmente, se i sintomi sembrano alleggerirsi.

Particolare attenzione va rivolta ai pazienti fragili sottoposti a repentini cambiamenti di vita e a coloro che:

- presentano una chiara patologia psichiatrica
- manifestano una sindrome organica confusionale
- giungono in ospedale e manifestano tale ideazione
- hanno una reazione suicidaria all'interno dell'ospedale
- hanno subito o temono di subire una grave perdita (a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, del passaggio da terapia curativa a

palliativa, di decesso del neonato, di depressione post-partum, di amputazione d'arto e di altre prognosi infauste).

Nell'Allegato 1, della quarta raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di un paziente in ospedale" (4), viene presentata una possibile traccia per orientare l'operatore nella conduzione del colloquio personalizzato ed empatico con il paziente. Dopo aver raccolto l'anamnesi, nei casi in cui sia emerso un sospetto da approfondire o possibili fattori di rischio, elaborata sulla base delle correnti linee guida psichiatriche internazionali, nonché di indicazioni nazionali, vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d'animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.

Ricordare che il modo di porre le domande influenza la probabilità di ottenere risposte sincere: è quindi opportuno mantenere un approccio non giudicante e non condiscendente, ma realistico. Porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o ad imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero. I pazienti possono anche non riferire spontaneamente idee suicidarie, ma spesso comunicano le loro intenzioni ad altre persone significative. E' perciò importante chiedere direttamente ai pazienti, ma anche raccogliere informazioni collaterali da familiari, amici, Medici di Medicina Generale (MMG), altri servizi che seguono il paziente, personale del Pronto Soccorso/reparto, etc.

1.2.2 Percorso clinico assistenziale

Il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione. La presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede:

- l'integrazione delle diverse competenze (operatori sanitari e informal caregiver) presenti nell'unità operativa, al fine di assicurare una valutazione personalizzata e di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidiario;
- la possibilità di avvalersi delle consulenze specialistiche psicologiche e psichiatriche;
- il coinvolgimento di altri specialisti e dei medici di medicina generale (MMG), sia per completare l'anamnesi che per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione;
- il maggiore coinvolgimento possibile delle famiglie e degli amici sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio;
- il coinvolgimento, sulla base di protocolli concordati, di volontari preparati ad intervenire al momento opportuno;
- una comunicazione adeguata tra operatore-operatore e tra operatore-paziente. Fondamentale è il ruolo dell'infermiere come interlocutore e confidente dei problemi, anche intimi e personali del malato, in quanto continuamente presente in reparto con il paziente;
- si potenzia la sorveglianza facendo attenzione anche alla scelta della stanza di ricovero e alla posizione del letto nella stanza, affinché il paziente possa essere facilmente controllato. Particolare attenzione deve essere prevista nelle ore serali-notturne, anche a causa del ridotto rapporto personale/pazienti, e in caso di trasferimenti intraospedalieri del paziente per esami/accertamenti;
- si controllano gli oggetti personali, si ritirano i farmaci in possesso del paziente, gli oggetti da toeletta taglienti o in vetro e gli altri oggetti potenzialmente pericolosi;
- la prescrizione di terapie "personalizzate" per i soggetti ritenuti a rischio suicidiario, fino al TSO.

Per quanto riguarda la dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio, è opportuno prepararla in anticipo, segnalando al MMG e ai servizi territoriali (CSM, NPIA e SerT) la situazione di rischio al fine di garantire la continuità assistenziale assicurando:

- la disponibilità immediata di un referente ospedaliero da contattare in caso di bisogno;
- l'integrazione con i servizi territoriali sociosanitari per fornire supporto fisico e psicologico in modo attivo e continuativo;
- un'educazione terapeutica specifica ai famigliari, in presenza e con il consenso del paziente, riguardante le condizioni cliniche, i trattamenti in corso, i possibili segnali d'allarme, i servizi e le figure sanitarie a cui riferirsi in caso di necessità.

Tenere presente che i primi giorni dopo l'ammissione e dopo la dimissione sono i più critici. Nei primi giorni di ricovero vi possono essere solitudine, paura, esperienze depersonalizzanti e vissuti di minaccia o fallimento personale in un ambiente sconosciuto o percepito come stigmatizzante, soprattutto se si è trattato di un ricovero psichiatrico e obbligatorio. Cause probabili dell'aumento di rischio dopo la dimissione includono l'incompleto miglioramento con il persistere dei problemi clinici, il mancato instaurarsi di una buona relazione con l'équipe (alleanza terapeutica), la brusca sospensione delle cure, la mancanza di un care manager o di un affidamento terapeutico extraospedaliero, lo scarso supporto familiare, la riesposizione agli stressors ambientali e il più facile accesso ai mezzi suicidari. Dopo aver provveduto alle conseguenze fisiche/organiche del tentativo di suicidio, devono essere applicate tutte le misure di sicurezza ambientali ed organizzative previste per i pazienti a rischio elevato. In particolare, dev'essere predisposta un'intensa e continua vigilanza da parte di tutta l'équipe del servizio.

Qualora il tentato suicidio non sia avvenuto in reparto psichiatrico, il medico responsabile richiede la consulenza psichiatrica in urgenza. Il consulente psichiatra, in accordo con il medico richiedente, definisce il percorso terapeutico appropriato e valuta l'opportunità di un trasferimento in ambiente psichiatrico, qualora le condizioni cliniche ed organizzative lo consentano. Infine, i reparti devono disporre di un modello di pianificazione clinico-assistenziale basata sulla valutazione del rischio di suicidio del paziente e dei fattori protettivi. L'ALLEGATO 2 presenta uno schema di riferimento.

1.2.3 Misure di sicurezza ambientale e organizzative

Ogni operatore deve essere adeguatamente formato/informato riguardo le misure di sicurezza ambientali, strutturali e organizzative da adottare e deve comunicare tempestivamente al proprio responsabile eventuali disfunzioni o problemi organizzativi. Nel presente paragrafo vengono presentate alcune misure da mettere in atto.

Occorre predisporre procedure specifiche sulla base di linee guida e percorsi assistenziali: porre attenzione, durante i trasferimenti all'interno della struttura nosocomiale, ai pazienti che presentano un maggior rischio di suicidio; evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità per la vigilanza. Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto. Tali misure riguardano tutti i pazienti che accedono all'ospedale, a prescindere dal livello di rischio individuato. In particolare, è necessaria una valutazione di rischio ambientale, di concerto con le strutture tecniche, finalizzata ad individuare le principali condizioni di rischio presenti nelle specifiche strutture. Si elencano di seguito alcune misure preventive di possibile adozione:

- misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita attraverso l'utilizzo di posate di plastica e piatti infrangibili, strumenti e attrezzature (stetoscopi, strumenti taglienti, farmaci) attentamente custoditi
- Quadri ben fissati al muro, con vetri di sicurezza; specchi di sicurezza nei bagni
- Sistemi antintrusione anche nei locali riservati al personale
- Vetri antisfondamento e/o ringhiere
- Maniglie delle porte con requisiti di sicurezza
- Protezione dei raccordi per ossigeno e aspirazione
- Soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisce l'appiglio
- Letti ad altezza variabile
- Campanelli di allarme non appesi a soffitto/pareti
- Pavimenti e rivestimenti parietali in linoleum per attutire gli effetti di eventuali cadute o urti in camere di degenza
- Eventuali impianti di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche.

I requisiti di ristrutturazione sono indispensabili in caso di ristrutturazione o di costruzione di nuovi ospedali assieme all'adozione delle caratteristiche strutturali di sicurezza.

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:

Al fine di migliorare la Raccomandazione nella pratica clinica, le strutture sanitarie sono invitate a fornire suggerimenti e commenti rispondendo alle domande del questionario accluso "Insieme per migliorare la prevenzione degli eventi sentinella".

2. OBIETTIVO: attraverso l'analisi e il confronto della specifica letteratura, l'elaborato di tesi si propone di dimensionare il fenomeno del suicidio in ospedale ed evidenziare e descrivere gli interventi infermieristici finalizzati alla prevenzione, identificando i fattori di rischio e migliorando il controllo del fenomeno, avvalendosi di uno specifico percorso formativo.

3. MATERIALI E METODI : Revisione narrativa della letteratura primaria e secondaria risultante dalla ricerca bibliografica effettuata sulle Banche Dati Biomediche PubMed e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), attraverso le seguenti parole chiave: “hospital suicide”, “suicide prevention”, “suicide risk”, “suicide”; consultazione di pubblicazioni del Ministero della Salute e di testi pertinenti l’argomento di tesi.

4. RISULTATI

La ricerca bibliografica ha prodotto 29 articoli scientifici ritenuti validi per questo studio: di seguito le principali indicazioni.

4.1 aspetti epidemiologici e demografici

Su scala globale, l'Oms stima che quasi 800mila persone muoiono per suicidio ogni anno. L'importanza del fenomeno si evince dalla letteratura, collocandosi al 2° posto fra gli eventi Sentinella (15,4%), secondo un report della Joint Commission e dal Victorian Government Health Information negli Stati Uniti d'America per il periodo 2006-2007. In Italia, nel 2015, si sono verificati 3.988 decessi per suicidio con un tasso pari a 6 per 100mila abitanti. Questo valore risulta tra i più bassi in Europa dove il tasso medio è di 11 decessi per 100mila abitanti. Le caratteristiche strutturali della popolazione quali genere, età, livello d'istruzione, territorio, rappresentano importanti traiettorie di analisi. Il suicidio è un fenomeno non gender-neutral: ogni 100 mila abitanti i deceduti per suicidio sono 10,4% fra gli uomini e 2,8% fra le donne; age-related: si osservano quozienti crescenti al crescere dell'età; è un fenomeno a spiccata stagionalità: andamento crescente nella prima metà dell'anno – maggio, giugno e luglio i mesi più critici – e trend in diminuzione nel secondo semestre. Da quanto emerso in uno studio Istat, in un numero non trascurabile di suicidi sono compresenti stati morbosi rilevanti: malattie mentali nel 13,0% dei casi, malattie fisiche nel 6,0% dei decessi (triennio di analisi 2011-2013). Rispetto ai suicidi con malattie mentali, in presenza di una malattia fisica sono più frequenti i casi di auto-avvelenamento, di utilizzo di armi da fuoco o di oggetti appuntiti.

FIGURA 1. SUICIDIO E STATI MORBOSI RILEVANTI
Triennio 2011-2013



Nel caso di una malattia mentale è maggiore la propensione all'utilizzo di metodi che provocano asfissie traumatiche (impiccamento, strangolamento, soffocamento o annegamento). Lo studio prende in esame tutti i casi di suicidio nel triennio 2011-2013. Per ciascun certificato di morte sono state individuate le entità morbose che forniscono indicazione della presenza di una malattia importante (fisica o mentale). Nel periodo considerato si sono registrati 12.877 suicidi (2.812 donne - 10.065 uomini). Circa 1 caso di suicidio su 5 presenta una morbosità associata rilevante (2.401 decessi). La frequenza di stati morbosi rilevanti è più alta al crescere dell'età e nelle donne (la proporzione di suicidi con morbosità associata è del 27% nelle donne e del 16% negli uomini). In 737 suicidi è certificata la presenza di malattie fisiche rilevanti. Tra questi, 288 presentano anche una malattia mentale (principalmente depressione). In 1.664 casi si segnala la presenza di sole malattie mentali (principalmente ansia e depressione).

Circa la metà dei suicidi, nel periodo considerato, avviene in casa. Tale quota risulta più elevata (57%) nel caso di suicidio associato ad una malattia mentale. Il 30% dei suicidi in presenza di malattie fisiche avviene in istituti di cura (pubblici, privati, accreditati); quota che scende al 12% nel caso di malattie mentali (valore comunque superiore a quello osservato per i suicidi senza menzione di stati morbosi rilevanti 9%).

PROSPETTO 3. DISTRIBUZIONE DEI SUICIDI (CON E SENZA MENZIONE DI STATI MORBOSI RILEVANTI) SECONDO IL LUOGO DI DECESSO. Triennio 2011-2013, valori assoluti e percentuali sul totale dei suicidi

LUOGO DEL DECESSO	SUICIDI CON MENZIONE STATI MORBOSI RILEVANTI				SUICIDI SENZA MENZIONE STATI MORBOSI RILEVANTI	
	Malattie Fisiche		Malattie Mentali		Numero	Percentuale sul totale
	Numero	Percentuale sul totale	Numero	Percentuale sul totale		
Abitazione	369	50,1%	949	57,0%	5.215	49,8%
Istituto di cura pubblico-privato-accreditato	223	30,3%	194	11,7%	988	9,4%
Struttura residenziale o socio-assistenziale	13	1,8%	28	1,7%	79	0,8%
Hospice	7	0,9%	5	0,3%	20	0,2%
Altro	96	13,0%	407	24,5%	3.354	32,0%
n.d.	29	3,9%	81	4,9%	820	7,8%
TOTALE	737	100,0%	1.664	100,0%	10.476	100,0%

4.2 Fattori di rischio

L'evento "suicidio" porta perciò quasi automaticamente a pensare ai disturbi psichiatrici e, in primis, alla depressione (depressione e disturbo bipolare hanno tassi di prevalenza di suicidio che vanno dal 30 al 70%, seguiti dalle schizofrenie con il 10%; i disturbi di

personalità si situano al 15,2%, se si considerano i pazienti psichiatrici, e al 3,2%, se si considera la popolazione generale). Altre patologie sono le demenze nel periodo iniziale, le tossicomanie e i disturbi di personalità, specialmente di tipo antisociale e borderline (particolarmente a rischio di Parasuicidio). A questi fattori possono aggiungersi eventi negativi come i lutti, le separazioni, la rottura di relazioni, le perdite genitoriali, l'emigrazione, la solitudine, il disagio economico e sociale, la vergogna, l'umiliazione, il carcere, le vicende giudiziarie, bisessualità, omosessualità, inizio di recente terapia antidepressiva, la violenza sessuale e quella in famiglia e le malattie fisiche specie se invalidanti (es. SLA, sclerosi multipla...), dolorose (neoplasie) o a forte contenuto emotivo (AIDS); possono essere fattori di rischio anche occupazioni che mettono la persona in contatto con sostanze letali (medici, farmacisti, agricoltori ecc.) e la disponibilità di strumenti di lavoro potenzialmente letali se rivolti contro se stessi, l'aver assistito al suicidio di una persona cara, un precedente tentativo di suicidio: circa il 14% di chi ha tentato il suicidio, dopo diversi tentativi si toglie la vita. Dunque, i primi tentativi sono da considerare fattori di rischio di un suicidio futuro, soprattutto nella popolazione anziana. La predizione di nuovi tentativi è molto difficile in quanto dovuta a fattori imprevedibili come l'impulsività del soggetto, ricorrenti conflitti interpersonali e sociali e le ridotte capacità di adattamento ad eventi stressanti (deficit nelle capacità di coping).

Dato che una certa percentuale di persone depresse si suicida, si è diffusa la convinzione che il suicidio sia il prodotto sempre e comunque di uno stato depressivo e che quindi depressione e sentimenti di disperazione antecedano l'evento e ne siano la causa. Ne discende che chi non avesse provveduto a riconoscere e/o a curare la depressione sarebbe professionalmente responsabile dell'evento. Un esempio è caso preso in esame dalla Corte d'Appello di Bologna è quello di un suicidio avvenuto all'interno della struttura ospedaliera universitaria di Parma. Il paziente, approfittando di una scarsa sorveglianza notturna, precipita da una finestra. Viene dunque condannata l'azienda in quanto durante il ricovero conto del grave stato di depressione in cui versava l'uomo affetto da neoplasia cerebrale. Il fatto, quindi, sarebbe stato prevedibile, il che non spiega la sospensione del trattamento antidepressivo e la mancanza di un'adeguata sorveglianza⁵. Tale sequenza di

⁵ Depressione e suicidio in ospedale. 30 settembre 2019. *Corte d'Appello di Bologna, sentenza n. 562/2019, giudice Saracino.* <https://giuridica.net/depressione-e-suicidio-in-ospedale-chi-e-il-responsabile/>.

causa ed effetto è errata o quantomeno impropria, non solo per l'errore che si fa nel considerare la condizione psichica antecedente come fattore causale, ma per altri motivi che di seguito verranno esposti.

Vi è la tendenza a confondere un fattore di rischio con uno causale. Il fattore di rischio contribuisce in varia misura, non da solo, ma insieme ad altri fattori, ad aumentare la probabilità che un evento accada; non ne è il determinante. Pur con il concorso di molteplici fattori di rischio, non è detto che l'aumento delle probabilità con il loro sommarsi determini con certezza l'accadere dell'evento, perciò le descrizioni ottenute da studi di gruppo in letteratura non sono applicabili al singolo caso e poco o nulla dicono sulla prevedibilità di questo o quell'atto. Ovvero, una depressione elevata non consente di prevedere di per sé, per certo, che il soggetto si suiciderà. Nelle determinazioni giuridiche è accantonato il fatto che il fenomeno del suicidio ha sul piano sociologico, ambientale, etnologico, filosofico, psicologico e psicopatologico: aspetti molteplici che si sovrappongono, interagiscono e possono condurre all'evento, mai con una causalità univoca e, di certo, non la sola depressione, o patologie. I dati epidemiologici confermano che una parte dei suicidi nulla ha a che vedere con la depressione, ma con fluttuazioni dell'assetto sociale e politico espresse in modo chiaro, per esempio, dal forte incremento di esso in Russia e in Cina negli ultimi due decenni o da fattori come la povertà. Che l'atto suicida possa essere una risposta a un sentimento dell'onore offeso, della vergogna sociale, della rabbia e dell'impulsività, senza rilevante depressione; che possa essere attuato per vendetta contro qualcuno o per protesta; per una pulsione distruttiva verso altri, come nel terrorismo; che possa essere espressione del valore supremo, come nella morte suicida per martirio, o della volontà di annullare sofferenze fisiche, come scelta; che esista un suicidio "razionale", discusso da vari autori e da più angolazioni etiche e scienze psichiatriche, sono di per sé l'unica ragione del suicidio che esprima un atto di libertà e autodecisione, lucido, consapevole, autodeterminato, senza depressione rilevante. Secondo il pensiero scientifico, la ricerca, ancora in fase iniziale, sulla correlazione fra marker biologici e comportamento suicidario ha preso in considerazione molti aspetti fra cui i livelli di cortisolo, l'immunità cellulare e, in particolare, il metabolismo della serotonina nel sistema nervoso centrale. Non si è arrivati ancora a conclusioni specifiche, anche per la difficoltà delle indagini. I dati più significativi sono,

allo stato attuale, una relazione fra aggressività e serotonina e un ridotto turnover della stessa come predisponente al comportamento suicidario.

4.3 Scale di valutazione

Considerando quanto detto nella precedente raccomandazione ministeriale n.4 si riportano in seguito alcune scale, trovate attraverso una vasta revisione della letteratura e delle banche dati (Pub-Med e Cinahl). Consigliabili solo come un'integrazione al colloquio tra professionista e paziente per la valutazione delle caratteristiche psicometriche del soggetto, per verificarne l'esistenza, la modalità di applicazione e la validità che l'infermiere può utilizzare per valutare il rischio e l'intenzionalità di suicidio in persone affette da disturbi psichici. Tra le scale individuate, elencate in seguito, la maggior parte è a uso dei medici o si presenta come scala fruibile da un qualsiasi professionista sanitario. Fatta esclusione per la NGASR, è risultato che nessuna è esclusiva per il personale infermieristico.

1. **Nurses' Global Assessment Of Suicide Risk (NGASR)**, creata da Cutcliffe & Barker nel 2004 in Canada⁶, e successivamente testata in diversi paesi (Kozel & Grieser et al., 2016; Van Veen & van Weeghel et al., 2015; Chen & Ye et al., 2011; Shin & Shin et al., 2012; Façanha & Santos et al., 2016) è stata inserita nella raccomandazione della "Registered Nurses Association of Ontario" (RNAO, 2009) quale strumento adeguato alla valutazione del rischio suicidario. La versione italiana della scala (NGASR-ita) è composta dai 15 items dello strumento originale che indagano la sfera psicosociale e quella patologica della persona: tutti gli items prevedono una risposta dicotomica, cinque di questi (item 1,4,7,9,12) attribuiscono un punteggio di 3 se presente la situazione/caratteristica descritta, 0 se assente; i restanti 10 items hanno come punteggio 1 se presente la situazione, 0 in caso contrario. Il punteggio complessivo che esprime il livello globale di rischio, varia dunque da 0 a 25 (Tabella 1). La NGASR, creata

⁶ (RNAO, 2009. *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*. Disponibile al sito: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>; consultato il 10 gennaio 2018

originariamente per la valutazione del rischio in un contesto psichiatrico acuto, in ragione delle sue caratteristiche e proprietà potrebbe rivelarsi utile e dunque essere utilizzata a supporto della valutazione infermieristica anche in contesti differenti, come ad esempio la territorialità ed il Triage in Pronto Soccorso, ma anche le realtà carcerarie estendendolo quindi anche a setting deputati all'assistenza di persone che non hanno una diagnosi di base psichiatrica, ma all'interno delle quali il rischio può essere ugualmente presente.

Nel 2019 la NGASR è stata sottoposta ad un processo di validazione preliminare anche nel nostro Paese (Ferrara & Terzoni et al., 2019) confermando le sue ottime proprietà psicometriche in termini di validità e affidabilità.

TABELLA 1. La versione italiana della Nurses' Global Assessment Suicide Risk (NGASR-ita)

ITEM	SCORE
1. Presenza/impatto della mancanza di speranza	3
2. Evento stressante recente, per esempio perdita del lavoro, preoccupazioni finanziarie, pendenze giudiziarie	1
3. Allucinazioni uditive/convinzioni persecutorie	1
4. Evidenza di depressione/perdita d'interesse o perdita di piacere	3
5. Ritiro sociale	1
6. Verbalizzazione di intenzionalità suicidaria	1
7. Evidenza di una progettualità suicidaria	3
8. Storia familiare di disturbi psichiatrici gravi o di suicidio	1
9. Lutto recente o interruzione di relazioni affettive	3
10. Anamnesi positiva per disturbi psicotici	1
11. Vedova/vedovo	1
12. Pregresso tentativo di suicidio	3
13. Storia di privazioni socio-economiche	1
14. Storia di alcolismo e/o abuso di alcool	1
15. Presenza di malattia terminale	1
LIVELLO DI RISCHIO:	
≤ 5	livello 4 – livello di rischio basso
6 < SCORE ≤ 8	livello 3 – livello di rischio medio
9 < SCORE < 11	livello 2 – livello di rischio alto
SCORE ≥ 12	livello 1 – livello di rischio molto alto

1. **Hopelessness Scale -HS** (Beck⁷ et al., 1974b), uno dei primi strumenti proposti per valutare quantitativamente le aspettative negative dei soggetti: Beck ed i suoi collaboratori misero a punto questo strumento di autovalutazione i cui 20 item riflettono diverse sfaccettature degli atteggiamenti negativi verso il futuro, così come sono generalmente verbalizzati dai pazienti. Gli item hanno una risposta

⁷ Beck AT., Brown GK., Steer RA. (1997) *Psychometric characteristics of the Scale for.*

dicotomica, Vero/Falso, cui corrisponde il punteggio 0/1, ma "1" corrisponde alla risposta "vero" per 11 item ed a quella "falso" per i rimanenti 11; il punteggio totale può variare da 0 a 20 ed i punteggi più elevati corrispondono ad una maggiore perdita di speranza. Gli studi effettuati hanno dimostrato che la "hopelessness" è altamente correlata con l'intenzionalità suicidaria e, in misura minore, con la depressione.

2. La **Beck Scale For Suicide Ideation (SSI)** è un questionario di autovalutazione composto da 19 item: si presta facilmente a essere rimodellata sotto diversi punti di vista e perciò ne esistono diverse versioni. Il limite della scala è però quello di non essere a uso esclusivo degli infermieri, ma si potrebbe pensare a una versione ad hoc. Benché la SSI sia considerata uno strumento efficace per la prevenzione del suicidio, offre tuttavia una visione generale della valutazione del rischio senza entrare nello specifico della distinzione tra i soggetti affetti da differenti patologie.

3. La **Suicide Intent Scale (BSIS)**⁸ è invece costituita da 15 item e divisa in una sezione oggettiva che valuta le circostanze che hanno portato al gesto e una soggettiva che indaga la percezione che del gesto ha il soggetto stesso. Entrambe le scale considerano l'intenzionalità di suicidio in soggetti che l'hanno precedentemente tentato o mancato, fallendo però nel loro intento (Stefansson et al., 2012). Per la loro diffusione sia la SSI sia la BSIS sono state utilizzate per comparare la percezione che del gesto hanno i soggetti stessi e il personale sanitario, mettendo in luce come quest'ultimo spesso sottovaluti il rischio di suicidio nelle persone con un disturbo psichico (Hatcher⁹etal.,2014). Alti punteggi nella BSIS dimostrano un'aumentata probabilità di suicidio confermando che le informazioni riguardanti l'intenzionalità di suicidio sono necessarie per la gestione del rischio (Harriss¹⁰ et al., 2005). La BSIS è utile per

⁸ Stefansson J., Nordström P., Jokinen J. (2012) Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. Journal of Affective Disorders

⁹

Hatcher S., Pimentel A. (2013) Do patients and clinicians differ in their assessment of suicidal intent after self-harm using the same suicide questionnaire scale? International Emergency Nursing,

¹⁰

l'analisi della componente psicologica: persone disperate e depresse che non esprimono il loro malessere presentano un maggior rischio di tentativi di suicidio letali (Horesh¹¹ et al., 2011).

4. **L'international Suicide Prevention Trial-Scale For Suicidal Thinking (Intersept-Isst)**, costruita sulla base della SSI è uno strumento per verificare quale terapia farmacologica sia più efficace nella riduzione del rischio di suicidio nei soggetti affetti da schizofrenia o da un disturbo schizo-affettivo. (Preston¹² et al., 2005)
5. La **Calgary Depression Scale (CDS)** attraverso i suoi 9 item considera come la depressione sia positivamente correlata con l'incremento di suicidio in soggetti schizofrenici. Il punteggio ottenuto è di supporto al processo decisionale per l'imminente prevenzione del suicidio o per la scelta di un ricovero ospedaliero.
6. La **Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)** è una scala che permette di valutare i sintomi negativi, positivi e generali della schizofrenia. Gli score della PANSS e della CDS sono stati sfruttati da Pješić¹³ et al. (2014) per dimostrare come la solitudine, l'isolamento sociale e la mancanza di un supporto familiare influenzino il rischio di suicidio in soggetti depressi e schizofrenici.
7. La **Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)** si propone di individuare atteggiamenti precursori di un tentativo di suicidio.

Harriss L., Hawton K. (2005) *Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale*. Journal of Affective Disorders

¹¹ Horesh N., Levi Y., Apter A. (2012) Medically serious versus non-serious suicide attempts: *relationships of lethality and intent to clinical and interpersonal characteristics*. Journal of Affective Disorders

¹² - Lindenmayer JP., Czobor P., Alphas L., Nathan AM., Anand R., Islam Z., Chou J (2003) InterSePT Study Group. *The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity*. Schizophrenia Research, - Preston E., Hansen L. (2005) *A systematic review of suicide rating scales in Schizophrenia*. Crisis

¹³ ješić KD., Nenadović MM., Jašović-Gašić M., Trajković G., Kostić M., Ristić-Dimitrijević R. (2014) *Influence of psycho-social factors on the emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia*. Psychiatria Danubina

8. La **Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STTS)** comprende 8 item; può essere compilata dal medico o dal soggetto e valuta pensieri o comportamenti derivanti dall'intenzione di suicidio (Sheehan¹⁴ et al., 2014). La C-SSRS, la ISST e la S-STTS sono state utilizzate per analizzare come la mancanza di speranza, la disperazione e l'impulsività possano essere positivamente associate con l'aumento dei tentativi e dell'ideazione di suicidio (McCullumsmith et al., 2014).

9. Constatato che il rischio di suicidio dopo un fallito tentativo è più elevato durante il primo anno (Niméus¹⁵ et al., 2000), la **Suicide Assessment Scale (SUAS)** è stata sviluppata per valutare i cambiamenti nell'intenzionalità suicidaria. Ne esiste anche una versione di auto compilazione, la SUAS – Self Rating. Sono stati considerati tre criteri nella sua progettazione: la possibilità di accertare la sintomatologia osservabile e quella riferita riguardante il suicidio, la mancanza di una diagnosi specifica e la capacità di essere sensibile al cambiamento dell'intenzione di suicidio nel tempo. Le due varianti della scala dimostrano che tutte le malattie psichiche e non solo la depressione sono correlate con un aumento del suicidio.

10. La **Riskassessment Scale (RASS)** è stata progettata per accertare il rischio di suicidio nella popolazione generale così come nei soggetti affetti da un disturbo psichico. Secondo Fountoulakis¹⁶ et al. (2012) è uno strumento che può essere sfruttato per rilevare fattori di rischio primari (presenza di malattie mentali, patologie debilitanti gravi e precedenti tentativi di suicidio), secondari (situazioni di vita avverse, fattori di rischio psicosociali) e terziari (sesso, età) che possono influenzare il rischio di commettere suicidio. La RASS si dimostra in grado di

¹⁴ Sheehan DV., Alphas LD., Mao L., Li Q., May RS., Bruer EH., Mccullumsmith CB., Gray.

¹⁵ Niméus A., Hjalmarsson Ståhlfors F., Sunnqvist C., Stanley B., Träskman-Bendz L. (2006) Evaluation of a modified interview version and of a self-rating version of the Suicide Assessment Scale. *European Psychiatry*

¹⁶ Fountoulakis KN., Pantoula E., Siamouli M., Moutou K., Gonda X., Rihmer Z., Iacovides A., Akiskal H. (2012) Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study. *Journal of Affective Disorders*

delineare il rischio di suicidio solo qualora ai fattori di rischio secondari e terziari siano compresenti quelli primari.

11. La **Borderline Evaluation Severity Over Time (BEST)** è una scala di autovalutazione che misura la severità e i cambiamenti di comportamento nelle persone affette da un disturbo di tipo borderline.

Nonostante l'alto numero di scale, si può ritenere che una singola scala non sia la miglior prospettiva per analizzare tutti i fattori rilevanti per una valutazione corretta, trattandosi di un fenomeno multifattoriale. Nella valutazione del rischio di suicidio vanno considerate la componente psichica, psicologica e sociale per delineare un quadro completo del gesto che il soggetto ha intenzione di compiere. La numerosità di scale di valutazione potrebbe anche essere vantaggiosa: può essere d'aiuto al professionista sanitario poiché gli è richiesto di adattare atti e azioni e di mettere in gioco differenti risorse a seconda della situazione. È indiscutibile, quindi, l'importanza di scale di valutazione che siano utili ed efficaci nell'accertamento dell'intenzionalità di suicidio. Va però sottolineato che la valutazione di un soggetto a rischio non può avvenire esclusivamente basandosi sul punteggio ottenuto da una scala: non può prescindere infatti dall'esperienza, dalla componente clinica e dalla storia personale del soggetto. La revisione della letteratura effettuata presenta tuttavia alcuni limiti: una popolazione di riferimento troppo ampia, la scarsità di scale esclusivamente a uso infermieristico e la mancanza di scale per i soggetti con una diagnosi di disturbo psichico di personalità.

4.4 Prevenzione e Formazione

Non esistono prove a supporto del fatto che interrogare esplicitamente una persona sull'argomento del suicidio aumenti la probabilità di ideazione e comportamento suicidario (APA, 2003; NZGG, 2003). Secondo L'American Psychological Association (APA 2003), *"chiedere del suicidio è necessario e non porterà la persona al suicidio"*.

Certo, la speranza e l'impegno di poter fare di più, di poter prevedere, prevenire, aiutare e salvare rimane il nostro principale compito, che dobbiamo esercitare usando tutte le

conoscenze, i modi e le procedure utilizzabili, attuando tutte le misure di cui si è a conoscenza e di cui si è capaci per gestire e contenere il paziente per il quale si nutra il sospetto o ci sia l'evidenza clinica che vi possa essere una condotta autolesiva, ma è altrettanto importante che ciò non avvenga tramite una sistematica perdita di libertà del paziente, rispettando la sua persona il più possibile, senza attuare coercizioni che hanno spesso solo finalità di medicina difensiva. Il suicidio e altre forme di violenza possono

essere prevenuti utilizzando un approccio di salute pubblica che affronta i fattori di rischio (vedi tabella 2)¹⁷ e di protezione per più tipi di violenza

Cosa osservare/ricercare	Perché	Aspetti pratici
Disturbi psichici (soprattutto depressione)	Sicuramente è il primo e più importante elemento da considerare: in una elevata percentuale dei casi di suicidio è diagnosticabile un disturbo psichico, che la maggioranza delle volte è depressione	In termini strategici è utile focalizzare l'attenzione sui propri pazienti in fase depressiva o con evidenti oscillazioni dell'umore o comportamenti impulsivi. Molta attenzione ai pazienti da poco dimessi da ricovero psichiatrico.
Uso/abuso di sostanze	O da solo, o associato a disturbo psichico, è un fattore rilevante di rischio	Da considerare attentamente i propri pazienti che abusano di alcol
Traumi/eventi recenti/situazioni con "perdita di speranza"	Possono determinare sindromi reattive abnormi (reazioni emotive inadeguate, stati depressivi, perdita della capacità di "infuturarsi" ecc) con possibile ideazione suicidiaria	L'evento (normalmente una perdita) va messo in relazione con la personalità del paziente. Valutare anche pazienti che si presentano riportando contesti di sopravvenuta difficoltà economica o di perdita di "status" sociale.
Lutto recente per un parente morto suicida	E' una condizione nella quale il rischio aumenta moltissimo	Monitorare questi pazienti, specialmente se la reazione alla perdita è stata in qualche modo anomala
Gravi malattie fisiche e sindromi dolorose	Anche in questo caso vi è "perdita della speranza": il dolore cronico, se presente, è sempre contestuale a modificazioni dell'umore e ugualmente non consente "vie di fuga"	Attenzione in particolare agli anziani con dolore cronico
Episodi di autolesionismo/precedenti tentativi di suicidio	In queste persone il rischio è molto più alto che nella popolazione generale	Conoscendo il paziente e la sua storia, ricordare che il rischio aumenta quanto più l'episodio precedente aveva consapevoli intenzionalità suicidiarie
Condizione di isolamento	Aumenta il rischio, specialmente se c'è facilità di accesso a mezzi idonei e problemi socioeconomici	Attenzione agli anziani, ma anche ai giovani maschi
Fattori famigliari	Storia familiare con suicidi, elevata conflittualità, disturbi psichici	Se si seguono famiglie di questo tipo, porre attenzione alla compresenza di una delle altre condizioni elencate
Post partum	Periodo con alterazioni dell'umore su base organica e psichica	Attenzione particolare alle pazienti con storia di disturbi psichici o uso di sostanze

Tabella 2 Sono indicate, prima di alcune parti del testo, le linee guida internazionali prese a riferimento; metodologicamente, il lavoro di valutazione e di grading delle linee guida e revisioni sistematiche della letteratura è stato effettuato in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna, secondo criteri di rispondenza e adattabilità alla realtà operativa attuale dei servizi. Eventuali ulteriori riferimenti bibliografici sono da rintracciare nelle linee guida medesime

¹⁷ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*, 2009

Dal momento che, come si è detto in precedenza, non appare possibile riferirsi a una causa specifica, ma piuttosto a una multifattorialità molto complessa, l'orientamento più ragionevole sulla prevenzione è quello di valorizzare e prevedere più programmi come quelli elencati di seguito:

- 1) Ricerca e conoscenza precisa del fenomeno e delle sue caratteristiche, in rapporto alla realtà locale;
- 2) Informazione, sensibilizzazione e preparazione degli operatori sanitari, della scuola, del sociale, con unità specialistiche sul problema del suicidio. Coinvolgere attivamente le figure significative per il paziente nel gestire la fase di attenzione; il medico deve interagire con l'assistito stabilendo con lui quali persone saranno utili (disposte e capaci di aiutare), neutre (forse disposte, ma da informare o rassicurare su come aiutare), o controproducenti (stanche per i comportamenti del pz, ostili o colpevolizzanti). I famigliari possono infatti apparire stanchi e impotenti.
- 3) Creazione di centri anticrisi e linee di ascolto con specialisti e volontari che diano una disponibilità immediata per chiunque ne senta la necessità;
- 4) Intervento su gruppi a rischio, cioè su persone che possono essere oggetto di attenzioni mirate e programmate, come, per es., adolescenti con problemi maturativi, anziani che vivono soli, vittime di violenza e, in particolare, soggetti che hanno già in precedenza tentato il suicidio;
- 5) Identificazione e cura dei disturbi psichici, data la consapevolezza del loro legame forte, anche se non specifico, con il comportamento suicidario;
- 6) Promozione di tutti i programmi che possano favorire tanto la salute mentale quanto il benessere psichico. Informare/educare la famiglia: cosa potrebbe spingere al comportamento suicidario, come riconoscere cambiamenti nel livello di rischio (lavoro utile anche per il soggetto interessato), assicurando un migliore sostegno, comprensione delle difficoltà e strategie per la soluzione dei problemi. Inoltre, rimane fondamentale sviluppare un atteggiamento personale che preveda la possibilità di avere una vicinanza emotiva, di ascolto e di empatia, che sono le

più specifiche attitudini per riconoscere una persona a rischio suicidario, sia che questa si trovi in una condizione psicopatologica, sia che viva più semplicemente una condizione critica dell'esistenza e che non veda soluzioni se non quella di togliersi la vita. Parlandone, saper chiedere alla persona interessata se ha mai pensato al suicidio, domanda che qualsiasi professionista sanitario dovrebbe fare in caso vedesse un possibile rischio, ma anche la persona non professionista dovrebbe poter aiutare l'individuo ed approcciarsi con esso in modo empatico, dolce. L'infermiere rappresenta la figura professionale costantemente presente in reparto, vicina al paziente non solo da un punto di vista professionale ma anche e soprattutto da un punto di vista umano. La sua formazione riveste un ruolo importante dato che una scarsa conoscenza e una formazione generalista del fenomeno si riflette sulla relativa scarsa capacità di prevenzione dello stesso. La formazione sulla tematica dei suicidi è importante per garantire costante attenzione da parte dei professionisti al problema e per implementare strumenti e interventi mirati a migliorare le capacità di riconoscimento, registrazione e trattamento. Gli obiettivi della formazione dovrebbero prevedere lo sviluppo delle seguenti competenze:

- Migliorare i processi di comunicazione tra gli operatori e tra operatori e pazienti;
- Identificare precocemente le situazioni a rischio;
- Conoscere e adottare le idonee misure di prevenzione, specie in caso di rischio accertato;
- Realizzare un costante presidio della sicurezza ambientale.

L'organizzazione degli eventi formativi deve coinvolgere in prima istanza i responsabili e i coordinatori delle unità operative, perché questi professionisti diffondano le informazioni ricevute nel proprio contesto operativo. Affinché la prevenzione sia sempre garantita è importante prevedere nella fase di inserimento e addestramento di nuovi operatori un richiamo alle competenze sopra esplicitate. Vi sono dei settori più critici nei quali sarebbe opportuno ampliare il numero dei professionisti da coinvolgere nella

formazione di prima istanza. In particolare, SPDC e SPOI, il Dipartimento di Emergenza, l'Oncologia, l'Ostetricia per la fase post-parto, la Pediatria per la fascia adolescenziale.

5. DISCUSSIONE E CONSLUSIONI

Di fronte ad una letteratura frammentata e poco chiara, risulta d'obbligo far chiarezza su un evento tanto diffuso e poco conosciuto e discusso. Il suicidio in ospedale rappresenta circa il 30 % dei suicidi che avvengono in istituti di cura (pubblici, privati ed accreditati). Gli ospedali dovrebbero essere considerati un rifugio dove gli assistiti sono protetti e curati o sollevati dal dolore e dove la speranza è ancora presente. Tuttavia, in certe situazioni gli ospedali, soprattutto le strutture a maggior rischio come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di Emergenza vengono considerate come un posto in cui portare a compimento le proprie pulsioni autolesive fino ad arrivare al suicidio. È segnalato come “evento sentinella” più diffuso (22,41 %) dal Ministero della Salute. Sono pertanto previste direttive e procedure per prevenirlo tra cui la Raccomandazione n . 4, applicate tutte le volte che ci si trova di fronte a questa situazione. Bisogna precisare che all'origine del suicidio vi sono fatti sociali , ambientali , economici e culturali. Non esiste un modello comune a cui far riferimento, né una specifica personalità suicidaria. È diffusa la convinzione che il suicidio sia legato unicamente ad uno stato di depressione, ma in realtà le cause sono molteplici e si sovrappongono ai fattori di rischio, interagiscono tra di loro e possono portare all'evento, rendendolo di difficile prevedibilità. Nonostante nella letteratura siano presenti diverse scale di valutazione del rischio di suicidio, queste sono talvolta insufficienti: si può ritenere che una singola scala non sia uno strumento completo per analizzare tutti i fattori rilevanti . È indiscutibile, quindi, l'importanza di scale di valutazione che siano utili ed efficaci nell'accertamento dell'intenzionalità di suicidio. Va però sottolineato che la valutazione di un soggetto a rischio non può avvenire esclusivamente basandosi sul punteggio ottenuto da una scala: non può prescindere infatti dall'esperienza, dalla componente clinica e dalla storia personale del soggetto. Per una valutazione e prevenzione efficace è fondamentale che il personale infermieristico sia formato e addestrato a riconoscere i pazienti a rischio attraverso un approccio empatico, con l'aiuto e coinvolgimento delle famiglie e degli amici sia nella fase di valutazione che nella fase di gestione del rischio. L'infermiere rappresenta il fulcro dell'assistenza, la figura che

accompagna l'assistito durante tutto il percorso clinico ed assistenziale, vicina alla persona non solo dal punto di vista professionale, ma anche dal punto di vista umano. La formazione, dunque, risulta fondamentale per una migliore conoscenza del fenomeno che si riflette su una migliore capacità di prevenzione dello stesso e sull'implementazione di strumenti e interventi mirati a migliorare le capacità di riconoscimento, registrazione e trattamento e a mettere in atto le idonee misure di prevenzione. Solamente considerando il suicidio dal punto di vista interiore di una persona lo si potrà comprendere e solo così si potrà dare un senso a un comportamento che se da un lato appare come una consapevole rottura con il mondo, dall'altro può essere invece una ricerca disperata di aiuto, un messaggio di estrema sofferenza che chiede di essere accolto ed ascoltato.

BIBLIOGRAFIE

- É. Durkheim, *Le suicide, étude de sociologie*, Paris, Alcan, 1897 (trad. it. Milano, Rizzoli, 1987).
- Fountoulakis KN, Chatzikosta I, Pasiadis K, et al. *Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000-2012*. Ann Gen Psychiatry 2016.
- Hatcher S., Pimentel A. (2013) Do patients and clinicians differ in their assessment of suicidal intent after self-harm using the same suicide questionnaire scale? International Emergency Nursing,
- Horesh N., Levi Y., Apter A. (2012) Medically serious versus non-serious suicide attempts: relationships of lethality and intent to clinical and interpersonal characteristics. Journal of Affective Disorders.
- ješić KD., Nenadović MM., Jašović-Gašić M., Trajković G., Kostić M., Ristić-Dimitrijević R. (2014) *Influence of psycho-social factors on the emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia*. Psychiatria Danubina
- Lindenmayer JP., Czobor P., Alphas L., Nathan AM., Anand R., Islam Z., Chou J (2003) InterSePT Study Group. *The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity*. Schizophrenia Research,
- Niméus A., Hjalmarsson Ståhlfors F., Sunnqvist C., Stanley B., Träskman-Bendz L. (2006) *Evaluation of a modified interview version and of a self-rating version of the Suicide Assessment Scale*. European Psychiatry
- *Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella*, 1° Rapporto Settembre e 2005-Febbraio 2007.
- RNAO, 2009. *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*. 10 gennaio 2018
- Sheehan DV., Alphas LD., Mao L., Li Q., May RS., Bruer EH., McCullumsmith CB., Gray.
- Beck AT., Brown GK., Steer RA. (1997) *Psychometric characteristics of the Scale for*.
- De Leo, I. Pavan, *Il comportamento suicidario*, in *Trattato italiano di psichiatria*, a cura di G.B. Cassano, P. Pancheri, 2° vol., Milano, Masson, 1993, pp. 2035-55.

- Fountoulakis KN., Pantoula E., Siamouli M., Moutou K., Gonda X., Rihmer Z., Iacovides A., Akiskal H. (2012) *Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study*. Journal of Affective Disorders
- G. deshaies, *La psychologie du suicide*, Paris, PUF, 1947.
- Gunnell D, Hawton K, Bennewith O, et al. *A multicentre programme of clinical and public health research in support of the National Suicide Prevention Strategy for England*. NIHR Journals Library; 2013 Oct.
- Harriss L., Hawton K. (2005) Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. Journal of Affective Disorders
- Istat, Comunicato stampa. *Malattie fisiche e mentali associate al suicidio: un'analisi delle cause multiple di morte – anni 2011-2013*. Pubblicazione 15 febbraio 2017.
- Istat, *malattie fisiche e mentali associate al suicidio: un'analisi delle cause multiple di morte, periodo di riferimento anni 2011-2013*. Pubblicazione 2017.
- Krysinska K, Heller TS, De Leo D. *Suicide and deliberate self-harm in personality disorders*. Curr Opin Psychiatry 2006.
- Mancarella P, Frati P, Ferracuti S. *La responsabilità professionale dello psichiatra nei casi di suicidio*. In: Pompili M, Girardi P (a cura di). *Manuale di suicidologia*. Pisa: Pacini, 2015.).
- Ministero della Salute. Dipartimento della qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella: *Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella*. Luglio 2009.
- Ministero della Salute. *Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella – 20 marzo 2008*)
- Ministero della Salute. Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella. *protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella*. Luglio 2009.
- Morgan, DHJ (1975). *Teoria sociale e famiglia* . Londra Boston: Routledge e Kegan Pau
- Preston E., Hansen L. (2005) *A systematic review of suicide rating scales in Schizophrenia*. Crisis

- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour, 2009*
- RNAO, 2009. *Assessment and Care of Adults at Risk for, Suicidal Ideation and Behaviour*. Disponibile al sito: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>; consultato il 10 gennaio 2018
- S. Freud, *Trauer und Melancholie*, "Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse", 1917, 4, 6, pp. 288-301 (trad. it. in id., *Opere*, 8° vol., Torino, Boringhieri, 1976, pp. 102-18).
- S.J. Blumenthal, *Suicide. A guide to risk factors assessment and treatment of suicidal patients*, "Medical Clinics of North America", 1988, 72, pp. 937-71.
- Stefansson J., Nordström P., Jokinen J. (2012) Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *Journal of Affective Disorders*
- Suicide, in *Encyclopædia Britannica*, 21° vol., Chicago, Encyclopædia Britannica, 1971, pp. 383-85.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Suicide Prevention: Toolkit for Implementing National Patient Safety Goal 15A, 2007*.
- Utcliffe JR., Barker P. (2004) *The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
- Bibliografia: Istat: giornata mondiale per la prevenzione del suicidio: le statistiche dell'Istat 09 settembre 2017.
- Codice penale. *libro primo dei reati in generale*, aggiornato 25.8.2017.
- Ministero della Salute: *prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*. Raccomandazione 4 marzo 2008.
- *Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale*, Emilia-Romagna 2011

ALLEGATO 1

GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

(allegato alla Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute

“Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”)

Come si sente?

Che progetti ha quando esce dall'ospedale?

Si è sentito giù recentemente?

Si è mai sentito così in precedenza?

Che cosa era successo?

C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?

In che modo le persone (*eventualmente specificare*) vicine Le rendono la vita più difficile?

Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita?

Sente di dovere espiare qualche colpa?

Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. E' successo anche a Lei?

Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?

Con che frequenza Le sovengono tali pensieri?

Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo?

(Ciò consente di identificare i fattori protettivi).

Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente vicino?

Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)

Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo?

(Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte)

Ha mai pensato a come farla finita?

(Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale).

Ha progettato quando farlo?

Ha il necessario per farlo?

Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?

Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?

Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?

ALLEGATO 2

PIANIFICAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE

In base al livello di rischio considerare le seguenti misure:

Livello 2 – RISCHIO LIEVE

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

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

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

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

11. Predisporre una vigilanza più intensa e accurata (ovvero: personalizzata 24 ore su 24)

.Programmare le cure post dimissione con il paziente, i familiari/altre persone significative, il MMG e i servizi/professionisti territoriali