



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

**L'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEI
SOGGETTI PSICHIATRICI A RISCHIO DI
SUICIDIO**

Relatore

Dott. Francesco Galli

Tesi di Laurea di

Sara Piccotti

Correlatore

Dott. Maurizio Ercolani

A.A. 2019/2020

INDICE

Abstract	
Introduzione	1
1 Aspetti generali del suicidio	4
1.1 Definizione.....	4
1.2 Epidemiologia	5
1.3 Fattori di rischio	7
1.4 Fattori di protezione	13
2 Valutazione e assistenza di adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario	15
2.1 Le linee guida RNAO	15
2.2 Raccomandazioni per la pratica	16
2.3 Raccomandazioni per la formazione	22
2.4 Raccomandazioni per l'organizzazione e le politiche.....	23
3 Prevenzione del rischio di suicidio nei soggetti psichiatrici	26
3.1 Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale.....	26
3.1.1 Presa in carico del paziente.....	27
3.1.2 Caratteristiche strutturali dell'ospedale e processi organizzativi	28
3.2 Prevenzione del suicidio nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso ed SPDC	29
3.2.1 Colloquio clinico- anamnestico.....	30
3.2.2 Scale di valutazione del rischio di suicidio	31
3.2.3 Considerazioni ambientali per la promozione della sicurezza	33
4 Pianificazione assistenziale in relazione al rischio di suicidio	35
4.1 Accertamento dei bisogni assistenziali	35
4.2 Diagnosi di rischio suicidio (NANDA).....	37
4.3 Obiettivi assistenziali (NOC)	40
4.4 Interventi assistenziali (NIC)	41
4.5 Valutazione dei risultati	48
Conclusioni	49
Bibliografia	52
Allegato 1: Domande per colloquio di valutazione	62
Allegato 2: Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-Ita)	63
Allegato 3: Schede delle procedure di prevenzione durante il ricovero	64
Allegato 4: Scheda interventi preventivi e di sicurezza	65

Abstract

Introduzione

Il suicidio rappresenta un problema di sanità pubblica rilevante, come dimostrato dai numerosi dati raccolti a livello locale e mondiale, ed è diventato un tema di prioritario interesse, come dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in quanto è una delle prime cause di morte tra i giovani. L'impatto della pandemia sulla salute mentale è stato recentemente valutato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), raccogliendo una serie di elementi che ben documentano l'aumento di vari fattori di stress psicosociale come recessione economica, lutto, perdita del ruolo/lavoro e della casa, allentamento delle relazioni, e il loro effetto sul numero dei suicidi (Rapporto ISS Covid19 n. 23/2020).

Obiettivo

L'elaborato si propone di analizzare le principali evidenze che riguardano la prevenzione e gestione del suicidio in soggetti con problemi di salute mentale per orientare la pratica infermieristica verso interventi idonei a garantire il miglior controllo del fenomeno al fine di ridurre e/o prevenire il numero di suicidi e/o tentativi di suicidio.

Materiali e metodi

Sono state analizzate le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida della "Registered Nurses Association of Ontario" (RNAO, 2009) e quelle del Ministero della Salute (Raccomandazione Ministeriale n. 4 del 2008) per una corretta valutazione del rischio di suicidio. Sono state considerate le indicazioni operative contenute nel protocollo della Società Italiana di Psichiatria (SIP, 2013) per la prevenzione del rischio di suicidio.

Inoltre sono stati consultati i manuali NANDA NIC e NOC per la pianificazione assistenziale.

Risultati

Per una corretta pianificazione assistenziale sono stati individuati differenti interventi e strumenti che possono essere utili all'infermiere per prevenire il rischio di suicidio nei soggetti psichiatrici:

- la Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR), una scala valida ed affidabile per supportare l'infermiere nella complessa valutazione dell'intenzionalità suicidaria,
- il colloquio clinico-anamnestico, per la valutazione dell'ideazione e pianificazione suicidaria.
- le considerazioni ambientali da adottare per la promozione della sicurezza.

Conclusioni

Il suicidio è un fenomeno complesso e dunque di difficile inquadramento poiché numerosi sono i fattori che concorrono al suo verificarsi. In considerazione di ciò, la valutazione del rischio, in particolare nei setting psichiatrici, richiede una risposta di natura multidimensionale (RNAO, 2009) nell'ambito della quale la valutazione infermieristica al momento della presa in carico è mirata alla ricerca di predittivi e specifici fattori di rischio. La valutazione di questi aspetti può aiutare l'infermiere a inquadrare i soggetti maggiormente a rischio e conseguentemente a mettere in atto interventi assistenziali mirati a ridurre la probabilità che le condotte suicidarie possano essere sviluppate.

Introduzione

Il suicidio in Italia è un fenomeno sempre più attuale, una problematica che non deve passare inosservata e, anzi, deve essere presa sempre più in considerazione, ed analizzata dato che coinvolge tutte le fasce di età, a partire dagli adolescenti fino agli anziani.

Il rischio di suicidio nei giovani è in crescita anche a causa delle nuove tecnologie, queste non usate in modo adeguato, sono un fattore di rischio per i ragazzi. Per la maggior parte dei giovani, europei e nordamericani, l'accesso a internet è diventato sempre più diffuso e importante. Questo strumento è disponibile 24 ore su 24 e utilizzato per diversi scopi tra cui ricercare informazioni, passare il tempo e stabilire relazioni attraverso i social network.

Studi recenti hanno mostrato che un uso eccessivo e/o problematico delle nuove tecnologie può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, sintomi fisici e depressione (Marino et al., 2020). Kokkevi e suoi collaboratori hanno condotto un'indagine in 17 Paesi europei su un campione di studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, questa ha dimostrato una prevalenza media di pensieri autolesionisti del 7,4% e una prevalenza del 10,5% dei tentativi di suicidio (Kokkevi, Rotsika, Arapaki, & Richardson, 2012).

Recentemente sui social si è diffusa una sfida molto pericolosa che ha spaventato e fatto riflettere sul mal utilizzo di queste nuove tecnologie, la Blue Whale Challenge Game (BWCG). Si tratta di un gioco online in cui un mentore dà istruzioni, incoraggiando bambini e adolescenti a svolgere sfide di auto inflizione. Partendo da azioni minori e relativamente sicure, come guardare film dell'orrore, per poi passare gradualmente a chiedere loro di svolgere compiti più pericolosi, come incidere simboli o parole sulla propria pelle, salire sul tetto, fino ad arrivare alla sfida finale, tentare il suicidio (Villani et al., 2019).

Il suicidio coinvolge anche altre fasce di età, tra cui uomini e donne tra i 25 e 65 anni, il tasso di morte in questa popolazione è aumentato drasticamente dal 2008 a causa della crisi economica che ha importanti implicazioni nell'aumento dei casi di suicidio nella forza lavoro (Pompili et al., 2014).

Questo fenomeno infine è presente anche negli over 70, dove la solitudine e l'isolamento causano depressione; per questo motivo i suicidi sono sempre più in aumento con un tasso

pari a 10,5 per 100mila persone con marcate differenze di genere 19% per gli uomini e 4% per le donne (Istat, 2018).

Con la pandemia da Covid-19 che ha colpito il mondo nel 2020 queste problematiche non sono scomparse, anzi, sono state acuitizzate ed ha influenzato molti aspetti della vita quotidiana tra cui anche la salute mentale. A marzo è stato imposto il blocco nazionale per provare a contenere la diffusione del virus, con l'intera popolazione confinata nelle proprie case, il paese ha vissuto il suo primo cambiamento radicale nello stile di vita dalla seconda guerra mondiale. Durante questo periodo particolarmente difficile, con la crisi sanitaria ancora in atto, non si può comunque trascurare gli effetti che le precauzioni attuate per prevenire i contagi avranno nel lungo termine sulla salute mentale di tutta la popolazione coinvolta, soprattutto di quella più a rischio come i soggetti psichiatrici. Durante la pandemia inoltre sono stati ridotti i servizi di salute mentale e le visite ambulatoriali per limitare la diffusione del virus e per questo gli individui in crisi, che avevano bisogno di accedere a questi servizi, hanno dovuto usufruire di alternative digitali.

Questa situazione è in qualche modo senza precedenti e sono sconosciuti gli effetti che saranno prodotti dal confinamento in casa, dal distanziamento sociale, della convivenza con un familiare affetto da Covid-19; però, un aumento del rischio di suicidio e effetti negativi sulla salute mentale sono già stati collegati alle misure di quarantena collettiva già avvenute in precedenza nel mondo (Gunnell et al., 2020).

L'attuale pandemia ha causato inoltre una crisi economica con la chiusura di una gran parte delle attività commerciali, questa recessione in corso potrebbe avere un forte impatto sugli individui vulnerabili e inoltre portare un aumento dei suicidi come già successo durante la recente crisi economica del 2008 (Chang, Stuckler, Yip & Gunnell, 2013).

Tutto questo poi deve essere aggiunto alla costante paura di essere positivi al Covid-19, di ammalarsi e/o di far ammalare i propri cari ed ha scatenato un forte stato d'ansia e preoccupazione per il futuro, che si ripercuoterà inevitabilmente sulla salute mentale della popolazione e può influire anche sul rischio di suicidio andando ad aggiungersi ai fattori di rischio preesistenti (Vichi, 2020).

Secondo il rapporto ministeriale sul monitoraggio degli eventi sentinella nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale l'ospedale è tra i primi luoghi in cui avviene il suicidio

e tra i reparti in cui questo evento è più segnalato c'è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) (D.M. 4/2008).

La prevenzione del suicidio si basa su una valutazione appropriata delle condizioni della persona, l'individuazione dei soggetti a rischio e la conseguente adozione di misure idonee alla prevenzione. Secondo Shneidman, padre della suicidologia, il suicidio è un atto consapevole di autoannientamento che un individuo bisognoso, alle prese con un problema, considera come la migliore soluzione. Secondo lo stesso autore, il suicidio è meglio comprensibile se considerato non come un movimento verso la morte, ma come un movimento di allontanamento da qualcosa che è sempre la stessa: emozioni intollerabili, dolore insopportabile o angoscia inaccettabile (Shneidman, 1985).

L'infermiere gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione e/o riduzione del rischio di suicidio, infatti, in collaborazione con le altre figure professionali, partecipa nella valutazione del rischio, nella sorveglianza, nella gestione dei casi a rischio e nella riduzione di tutti i fattori ambientali sfavorevoli.

L'elaborato si propone di analizzare le principali evidenze che riguardano la prevenzione e gestione del suicidio in soggetti con problemi di salute mentale per orientare la pratica infermieristica verso interventi idonei a garantire il miglior controllo del fenomeno al fine di ridurre e/o prevenire il numero di suicidi e/o tentativi di suicidio.

1 Aspetti generali del suicidio

1.1 Definizione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1998 definisce il suicidio come “un atto di eliminazione di se stesso, deliberatamente iniziato ed eseguito dalla persona interessata, nella piena consapevolezza o aspettativa di un suo risultato fatale” (WHO, 1998).

Nel corso del tempo molti autori hanno cercato di definire in modo univoco il termine suicidio in modo più esaustivo per fornirci una nomenclatura che non possa determinare ambiguità per coloro che trattino questo argomento.

Il suicidio è un atto caratterizzato dall'intenzione di mettere fine alla propria vita che si conclude con la morte del soggetto interessato, infatti, nel 1988 Rosenberg descrive il suicidio come “Morte derivante da un atto inflitto a se stesso, con l'intenzione di uccidersi” (Rosenberg et al., 1988).

Nello stesso anno un'altro autore mette in risalto l'assenza di desiderio di vivere di colui che pone fine alla propria esistenza (Davis, 1988).

Mayo inoltre nel 1992 identifica 4 elementi fondamentali che caratterizzano l'atto suicidario:

- il suicidio ha avuto luogo solo in caso di morte,
- deve essere compiuto da una sola persona,
- l'agente del suicidio può essere attivo o passivo,
- implica un finale intenzionale della propria vita (Mayo, 1992).

Al fine di dare una più chiara definizione del fenomeno, Goldsmith e suoi collaboratori, oltre ad indicare l'intenzionalità del suicidio, hanno evidenziato altri aspetti del problema mettendo in luce le modalità attraverso cui la morte può sopraggiungere, come l'avvelenamento o il soffocamento (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002). Altri autori, invece, evidenziano come il suicidio potrebbe essere caratterizzato anche da una conoscenza non sempre accurata delle conseguenze e dei rischi legati a tale comportamento (Bridge, Barbe, Birmaher, Kolko & Brent, 2005).

Tutte queste definizioni servono per delimitare ed identificare il fenomeno studiato.

1.2 Epidemiologia

Il suicidio rientra tra le prime venti principali cause di morte in tutto il mondo infatti per questo motivo ogni anno muoiono quasi 800.000 persone e tale numero supera i decessi per malaria, cancro al seno, guerra e omicidio (WHO, 2019b).

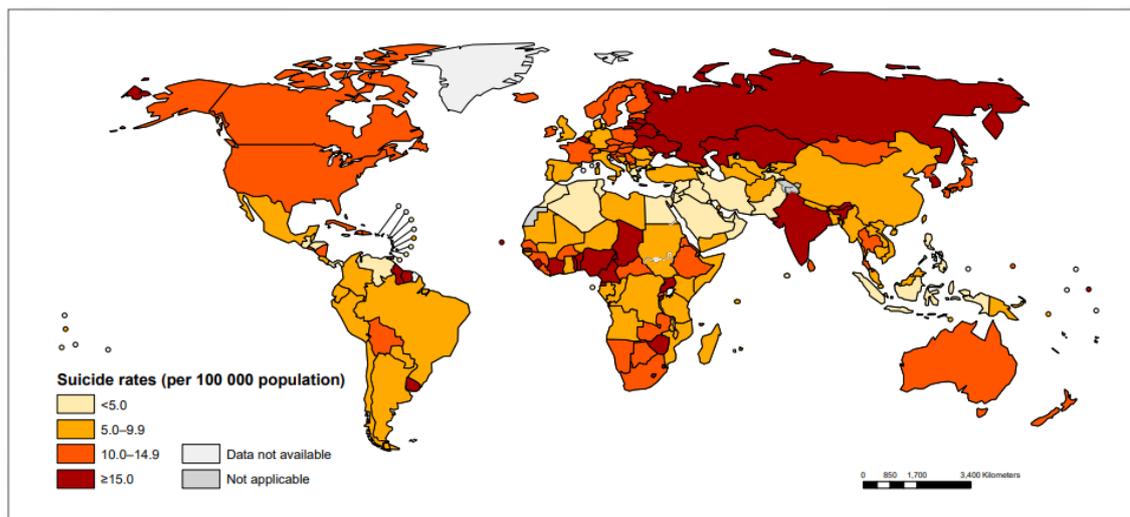
Nel mondo il tasso globale di suicidi standardizzato per età è di 10,5 per 100.000 abitanti nel 2016; i tassi di suicidio variano tra i vari paesi da meno di 5 decessi a oltre 30 ogni 100.000 (WHO, 2019a).

A livello globale il tasso di suicidi standardizzato per età è di 1,8 volte superiore nei maschi rispetto alle femmine, questo rapporto è più alto nei maschi dei paesi ad alto reddito mentre la differenza tra uomini e donne quasi scompare nei paesi a basso e medio reddito, tranne in Bangladesh, Cina, Lesotho, Marocco e Myanmar dove sono le donne ad avere un tasso di suicidio più alto (WHO, 2019a).

Se andiamo ad analizzare i dati in base ai paesi di origine la maggior parte dei decessi per suicidio, pari al 79%, si è verificato nei paesi a reddito medio-basso, invece, paesi ad alto reddito hanno avuto il più alto tasso di suicidi standardizzato per età pari a 11,5 per 100.000 abitanti (WHO, 2019a).

I tassi di suicidio nei vari paesi del mondo viene rappresentato nella figura 1.

Figura 1. Tassi di suicidio standardizzati per età (per 100.000 abitanti), entrambi i sessi, 2016 (WHO 2018).



Per quanto riguarda l'età, più della metà dei suicidi globali (52,1%) si è verificata prima dei 45 anni, mentre negli adolescenti la maggior parte degli morti per suicidio, pari al 90%, proveniva da paesi a basso e medio reddito.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha rilevato che il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani di età compresa tra 15 e 29 anni per entrambi i sessi dopo gli infortuni stradali; evidenziando che in questa fascia di età le morti per suicidio sono più frequenti rispetto a quelle conseguenti alla violenza interpersonale (WHO, 2019a).

Ad oggi risulta che il tasso di suicidi standardizzato per età globale è diminuito del 9,8%, se confrontato con quello relativo al periodo 2010 – 2016, soltanto nella regione delle Americhe è emerso un aumento del 6,0% nello stesso periodo di tempo (WHO, 2019a).

In Italia invece si registrano ogni anno circa 4.000 morti per suicidio, i tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione con più di 15 anni poiché il suicidio è un evento estremamente raro nell'infanzia.

Secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) relativi all'indagine sulle cause di morte, nel 2016, la mortalità per suicidio in Italia risulta essere tra i più bassi in Europa, pari a 6 per 100.000 residenti; questo dato è dovuto anche alla legislazione molto restrittiva per quanto riguarda il possesso delle armi da fuoco (Istat, 2017). L'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, indica come una delle azioni necessarie per ridurre la mortalità per suicidio la restrizione della disponibilità e della facilità di accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (Ghirini & Vichi, 2020).

Secondo l'analisi dei dati Istat relativi al 2016, pur evidenziando marcate differenze di genere, mostra che l'età più a rischio di suicidio è quella degli ultrasessantacinquenni, con un tasso pari a 10,5 per 100.000 abitanti; tuttavia rappresenta un'importante causa di morte tra i più giovani con quasi il 12% dei decessi tra i 20 e i 34 anni (Istat, 2017).

A partire dal 2008 viene registrata una sensibile crescita del rischio di mortalità per suicidio nella popolazione compresa fra i 35-64 anni che ha visto il suo picco nel 2012, con un tasso di 8,5 decessi per 100.000 abitanti, riferibile alle conseguenze della crisi economica (De Leo, Vichi, Kolves & Pompili, 2020).

Ghirini & Vichi, evidenziano che nel 2016 le morti per suicidio coinvolgono maggiormente il sesso maschile e rappresentano l'1,0% di tutti i decessi per i maschi e lo 0,3% tra le femmine nella popolazione di età superiore a 15 anni (Ghirini & Vichi, 2020).

Nella mortalità per suicidio si osservano importanti differenze socioeconomiche; il rischio di suicidio è 1,4 volte superiore nelle persone con al massimo la licenza media inferiore rispetto ai laureati, tali differenze hanno la stessa entità in tutte le ripartizioni geografiche ad eccezione delle regioni meridionali italiane (Istat, 2017).

Per quanto riguarda le differenze territoriali, la ripartizione con i tassi più elevati di mortalità nel 2015 è il Nord-est con 7,6 decessi per 100.000 abitanti, quella con i tassi più bassi pari al 4,7 è il Sud; questi dati confermano anche le variabilità regionali già osservate in passato, con una mortalità più elevata nelle regioni del Nord-Est rispetto alle regioni del Sud Italia. Le motivazioni di questa forte variabilità regionale non sono facili da spiegare, i tassi di suicidio sono infatti più bassi nelle regioni del Sud che sono anche quelle economicamente più svantaggiate e con i tassi più elevati di disoccupazione. Si ritiene che una di queste cause sia l'abuso di alcol essendo un fattore di rischio per il suicidio, infatti le regioni del Nord-Est Italia sono anche quelle in cui si registrano le prevalenze di consumatori a rischio di bevande alcoliche più elevate. La collocazione geografica è un'altro elemento che potrebbe giocare un ruolo fondamentale, anche se la quantità di esposizione alla luce solare non sembra essere direttamente correlata al suicidio, è però possibile che nelle aree del Sud Italia le migliori condizioni climatiche incrementino le attività fuori casa e favoriscano indirettamente i contatti sociali che possono costituire un fattore protettivo. Un altro elemento potrebbe essere la struttura socioculturale di queste zone tra cui, in particolare, la famiglia e le reti di relazione parentali e sociali (De Leo et al., 2020).

1.3 Fattori di rischio

L'identificazione dei fattori di rischio di suicidio rilevanti è il fondamento di qualsiasi risposta efficace della prevenzione del suicidio, i comportamenti suicidari sono complessi per questo nessuna singola causa o fattore di stress è sufficiente per spiegare un atto suicida.

Per rendere il soggetto vulnerabile e portarlo al comportamento suicidario è necessario che i fattori di rischio agiscano cumulativamente, ma allo stesso tempo, la presenza di essi non porta necessariamente a comportamenti suicidari; infatti non tutti coloro che soffrono di disturbi mentali muoiono per suicidio.

Molteplici sono i fattori di rischio di suicidio i quali possono essere raggruppati in tre aree; i fattori di rischio sociali, raggruppati nella tabella 1, i fattori di rischio comunitari e relazionali, raggruppati nella tabella 2 e i fattori di rischio individuali, raggruppati nella tabella 3. Questi fattori di rischio possono contribuire direttamente o indirettamente a comportamenti suicidari influenzando la suscettibilità individuale ai disturbi mentali (WHO, 2014).

Tabella 1. Fattori di rischio sociali

<p>Accesso ai mezzi di suicidio</p>	<p>L'accesso diretto o la vicinanza a mezzi di suicidio (inclusi pesticidi, armi da fuoco, altezze, binari ferroviari, veleni, farmaci, fonti di monossido di carbonio come scarichi di automobili o carbone e altri gas ipossici e velenosi) aumenta il rischio di suicidio.</p> <p>La disponibilità e la preferenza per specifici mezzi di suicidio dipendono anche dal contesto geografico e culturale (Ajdacic-Gross et al., 2008).</p>
<p>Utilizzo inappropriato dei social media</p>	<p>L'utilizzo dei social media è inappropriato quando indicano metodi insoliti di suicidio o gruppi di suicidi, mostrano immagini o informazioni sul metodo utilizzato o normalizzano il suicidio come risposta accettabile a crisi o avversità, aumentando così il rischio di suicidi "imitatori" (imitazione di suicidi) tra le persone vulnerabili (Sisask & Värnik, 2012). Internet è ora una delle principali fonti di informazioni sul suicidio e contiene siti facilmente accessibili che possono essere inappropriati nella loro rappresentazione del suicidio.</p>
<p>Stigma associato al comportamento in cerca di aiuto</p>	<p>Lo stigma contro la ricerca di aiuto per comportamenti suicidari, problemi di salute mentale o abuso di sostanze o altri fattori di stress emotivo continua a esistere in molte società e può essere una barriera sostanziale per le persone che ricevono l'aiuto di cui hanno bisogno.</p> <p>Lo stigma può influenzare negativamente gli amici e le famiglie delle persone vulnerabili dal fornire loro il supporto necessario. Lo stigma gioca un ruolo chiave nella resistenza al cambiamento e nell'attuazione delle risposte di prevenzione del suicidio.</p>

Tabella 2. Fattori di rischio comunitari e relazionali

Disastri, guerre e conflitti	Le esperienze di disastri naturali, guerre e conflitti civili possono aumentare il rischio di suicidio a causa degli impatti distruttivi che hanno sul benessere sociale, sulla salute, sull'abitazione, sull'occupazione e sicurezza finanziaria (Kölves, Kölves & De Leo, 2013).
Stress di acculturazione e dislocazione	Lo stress di acculturazione e dislocazione rappresenta un rischio di suicidio significativo che ha un impatto su una serie di gruppi vulnerabili, tra cui popolazioni indigene, richiedenti asilo, rifugiati, persone nei centri di detenzione, sfollati interni e migranti appena arrivati. Queste circostanze possono generare sentimenti di depressione, isolamento e discriminazione, accompagnati da risentimento e sfiducia nei confronti dei servizi sociali e sanitari affiliati allo stato, specialmente se questi servizi non sono forniti in modi culturalmente appropriati.
Discriminazione	La discriminazione nei confronti dei sottogruppi all'interno della popolazione può essere continua, endemica e sistemica. Ciò può portare alla continua esperienza di eventi stressanti della vita come perdita di libertà, rifiuto, stigmatizzazione e violenza che possono evocare comportamenti suicidari. Ad esempio le persone che sono colpite da bullismo, cyber bullismo e vittimizzazione tra pari (Brunstein, Sourander & Gould, 2010).
Traumi o abusi	Traumi o abusi aumentano lo stress emotivo e possono innescare depressione e comportamenti suicidi in persone che sono già vulnerabili. Inoltre, i giovani che hanno subito avversità nell'infanzia e nella famiglia (violenza fisica, abuso sessuale o emotivo, abbandono, maltrattamento, violenza familiare, separazione o divorzio dei genitori, assistenza istituzionale o assistenziale) hanno un rischio di suicidio molto più elevato rispetto ad altri (Johnson et al., 2002).

<p>Senso di isolamento e mancanza di supporto sociale</p>	<p>L'isolamento si verifica quando una persona si sente scollegata dalla sua cerchia sociale più vicina: partner, familiari, colleghi, amici e altri significativi.</p> <p>L'isolamento è spesso associato a depressione e sentimenti di solitudine e disperazione.</p> <p>Un senso di isolamento può spesso verificarsi quando una persona ha un evento della vita negativo o un altro stress psicologico e non riesce a dividerlo con qualcuno vicino. Insieme ad altri fattori, questo può portare a un aumento del rischio di comportamento suicidario, in particolare per le persone più anziane che vivono da sole poiché l'isolamento sociale e la solitudine sono fattori importanti che contribuiscono al suicidio (Casiano, Katz, Gliberman & Sareen, 2013).</p>
<p>Conflitto di relazione, discordia o perdita</p>	<p>La separazione, discordia (es. Controversie sulla custodia dei figli) o perdita (ad es. Morte di un partner) possono causare dolore e stress psicologico situazionale e sono tutti associati ad un aumento del rischio di suicidio.</p> <p>Anche le relazioni malsane possono essere un fattore di rischio. La violenza, inclusa la violenza sessuale, contro le donne è un evento comune ed è spesso commessa dal partner (Kposowa, 2003).</p>

Tabella 3. Fattori di rischio individuali

<p>Tentativo di suicidio precedente</p>	<p>Di gran lunga l'indicatore più forte per il rischio di suicidio futuro è uno o più tentativi di suicidio precedenti. Anche un anno dopo un tentativo di suicidio, il rischio di suicidio e morte prematura per altre cause rimane elevato (Yoshimasu, Kiyohara & Miyashita, 2008).</p>
--	---

Disturbi mentali	<p>Nei paesi ad alto reddito, i disturbi mentali sono presenti fino al 90% delle persone che muoiono per suicidio, e tra il 10% senza diagnosi chiare. Le persone che muoiono per suicidio possono avere una significativa comorbidità psichiatrica. Il rischio di suicidio varia a seconda del tipo di disturbo e i disturbi più comuni associati al comportamento suicidario sono la depressione e i disturbi da uso di alcol. È importante sottolineare che il rischio di comportamento suicidario aumenta con la comorbidità; gli individui con più di un disturbo mentale hanno rischi significativamente più elevati (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003).</p>
Uso nocivo di alcol e altre sostanze	<p>Tutti i disturbi da uso di sostanze aumentano il rischio di suicidio. I disturbi da uso di alcol e altre sostanze si trovano nel 25-50% di tutti i suicidi e il rischio di suicidio è ulteriormente aumentato se l'uso di alcol o di sostanze è concomitante con altri disturbi psichiatrici. Anche la dipendenza da altre sostanze, tra cui cannabis, eroina o nicotina, è un fattore di rischio per il suicidio (Bohnert et al., 2014).</p>
Perdita di lavoro o finanziaria	<p>La perdita del lavoro, la reclusione in casa e l'incertezza finanziaria portano ad un aumento del rischio di suicidio attraverso la comorbidità con altri fattori di rischio come depressione, ansia, violenza e uso dannoso di alcol. Di conseguenza le recessioni economiche, in quanto si riferiscono a casi di avversità individuali per perdita del lavoro o finanziaria, possono essere associate al rischio di suicidio individuale (Stuckler & Basu, 2013).</p>
Disperazione	<p>La disperazione, come aspetto cognitivo del funzionamento psicologico, è stata spesso utilizzata come indicatore del rischio di suicidio se associata a disturbi mentali o precedenti tentativi di suicidio. I tre aspetti principali della disperazione riguardano i sentimenti di una persona per il futuro, la perdita di motivazione e le aspettative e nella maggior parte dei casi è accompagnata da depressione (O'Connor & Nock, 2014).</p>

<p>Dolore e malattia cronici</p>	<p>Il dolore e la malattia cronici sono importanti fattori di rischio per comportamento suicidario. È stato riscontrato che il comportamento suicidario è 2-3 volte maggiore nei soggetti con dolore cronico rispetto alla popolazione generale. Tutte le malattie associate a dolore, disabilità fisica, compromissione dello sviluppo neurologico e angoscia aumentano il rischio di suicidio. Questi includono cancro, diabete e HIV / AIDS (Tang & Crane, 2006).</p>
<p>Storia familiare di suicidio</p>	<p>Il suicidio da parte di un membro della famiglia o della comunità può avere un'influenza particolarmente dirompente sulla vita di una persona. Perdere qualcuno vicino a te è devastante per la maggior parte delle persone; oltre al dolore, la natura della morte può causare stress, senso di colpa, vergogna, rabbia, ansia e angoscia ai familiari e ai propri cari. Le dinamiche familiari possono cambiare, le solite fonti di supporto possono essere interrotte e lo stigma può ostacolare la ricerca di aiuto e inibire gli altri dall'offrire supporto. Il suicidio di un familiare o di una persona cara può abbassare la soglia del suicidio per qualcuno in lutto. Per tutte queste ragioni, coloro che sono colpiti o in lutto dal suicidio hanno essi stessi un aumentato rischio di suicidio o disturbo mentale (Jordan & McIntosh, 2011).</p>
<p>Fattori genetici e biologici</p>	<p>Le alterazioni genetiche o dello sviluppo in un certo numero di sistemi neurobiologici sono associate al comportamento suicidario. Ad esempio, bassi livelli di serotonina sono associati a gravi tentativi di suicidio in pazienti con disturbi dell'umore, schizofrenia e disturbi della personalità (Mann & Currier, 2010).</p>

1.4 Fattori di protezione

I fattori protettivi hanno caratteristiche tali da diminuire la probabilità che un soggetto consideri l'idea del suicidio, tenti il suicidio o lo commetta. Sebbene molti interventi siano orientati alla riduzione dei fattori di rischio nella prevenzione del suicidio tuttavia è altrettanto importante considerare e rafforzare i fattori che hanno dimostrato di aumentare la resilienza e la connessione che proteggono dal comportamento suicida. Alcuni fattori protettivi contrastano fattori di rischio specifici, mentre altri proteggono gli individui da una serie di diversi fattori di rischio di suicidio (WHO, 2014). L'Organizzazione Mondiale della Sanità inoltre ha messo in evidenza come alcune condizioni tendano a ridurre il rischio di suicidio, le più rilevanti sono riassunte nella tabella seguente (Tab.4).

Tabella 4. Fattori di protezione.

Relazioni personali forti	<p>Coltivare e mantenere relazioni strette e sane può aumentare la resilienza individuale e agire come fattore protettivo contro il rischio di suicidio.</p> <p>La cerchia sociale più stretta dell'individuo - partner, familiari, colleghi, amici e altre persone significative ha la maggiore influenza e può essere di supporto in tempi di crisi.</p> <p>Gli amici e la famiglia possono essere una fonte significativa di supporto sociale, emotivo e finanziario e possono attenuare l'impatto dei fattori di stress esterni. In particolare, la resilienza ottenuta da questo supporto mitiga il rischio di suicidio associato al trauma infantile.</p> <p>Le relazioni sono particolarmente protettive per gli adolescenti e gli anziani, che hanno un livello di dipendenza più elevato (Sarchiapone, Mandelli, Iosue, Andrisano & Roy, 2011).</p>
Credenze religiose o spirituali	<p>Quando si considerano le credenze religiose o spirituali che conferiscono protezione contro il suicidio, è importante essere cauti. La fede stessa può essere un fattore protettivo poiché fornisce tipicamente un sistema di credenze strutturato e può sostenere un comportamento che può essere considerato fisicamente e mentalmente benefico. Il valore protettivo della religione e della spiritualità può derivare dal fornire accesso a una comunità socialmente coesa e solidale con un insieme di valori condivisi (Van Praag, 2009).</p>

Stile di vita e pratiche di coping positive e benessere	<p>Il benessere personale soggettivo e strategie di coping positive efficaci proteggono dal suicidio. Il benessere è modellato in parte dai tratti della personalità che determinano la vulnerabilità e la resilienza contro stress e traumi.</p> <p>La stabilità emotiva, una visione ottimistica e un'identità personale sviluppata aiutano ad affrontare le difficoltà della vita. Una buona autostima, autoefficacia ed efficaci capacità di problem solving, che includono la capacità di cercare aiuto quando necessario, possono mitigare l'impatto dei fattori di stress e delle avversità infantili.</p> <p>Le scelte di stile di vita sano che promuovono il benessere mentale e fisico includono esercizio e sport regolari, sonno e dieta adeguati, considerazione dell'impatto sulla salute di alcol e droghe, relazioni sane e contatti sociali e una gestione efficace dello stress (Sisask, Värnik, Kolves, Konstabel & Wasserman, 2008).</p>
--	---

2 Valutazione e assistenza di adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario

2.1 Le linee guida RNAO

Le Linee Guida per le migliori pratiche infermieristiche “*Valutazione e assistenza di adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario*” sviluppate dalla Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO) sono Linee Guida per la buona pratica, affermazioni sviluppate sistematicamente per assistere le decisioni dei professionisti e degli utenti circa un’assistenza sanitaria adeguata (Field & Lohr, 1990). Questo documento raggruppa le raccomandazioni più rilevanti di buona pratica infermieristica per la valutazione e l’assistenza di adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario, pertanto supporta una pratica infermieristica basata sull’evidenza.

Rappresenta un documento flessibile che dovrebbe essere consultato dagli operatori e successivamente applicato sia a specifiche esigenze organizzative o in contesti di pratica clinica sia per venire incontro ai bisogni e desideri dell’utente.

L’adozione di queste Linee Guida permette la riduzione e la prevenzione del rischio di ideazione e comportamento suicidario negli adulti, i quali ricevono, in qualsiasi ambiente, assistenza da infermieri qualificati in modo da contribuire a una riduzione dei tassi di suicidio (American Psychiatric Association [APA], 2003). Gli infermieri possono rapportarsi con questi utenti in molteplici strutture, nella comunità, nelle strutture di assistenza a lungo termine o in un ospedale.

L’intento di queste Linee Guida è quello di migliorare la pratica nel contesto della relazione individuale infermiere-paziente, aumentare il comfort degli infermieri, la fiducia e la competenza in questo ambito clinico, al fine di migliorare la sicurezza per i propri pazienti e per ridurre l’impatto del suicidio sulla società.

Per arrivare a sviluppare queste raccomandazioni nel gennaio del 2007, un gruppo multidisciplinare con esperienza nella pratica, nella formazione e nella ricerca in contesti ospedalieri, territoriali e accademici, è stato convocato sotto il patrocinio della RNAO. Successivamente sono state ricercate nella letteratura le linee guida di pratica clinica di tutte le professioni e discipline, revisioni sistematiche, studi di ricerca rilevanti e altri tipi

di evidenza che andavano ad analizzare gli strumenti di screening/valutazione (scale di misurazione, ecc.) utilizzate per l'ideazione e il comportamento suicidario.

Dopo aver esaminato le evidenze in letteratura il gruppo ha focalizzato la sua attenzione sulle raccomandazioni all'interno del campo di applicazione pratica degli infermieri; in seguito la letteratura è stata valutata criticamente da tutti i membri per un'analisi tematica di ulteriori raccomandazioni al fine di guidare la pratica infermieristica nei pazienti che sono a rischio suicidario.

Le raccomandazioni riportate in questo documento sono suddivise in tre gruppi: per la pratica, per la formazione e per l'organizzazione e le politiche.

2.2 Raccomandazioni per la pratica

Le raccomandazioni per la pratica mettono a fuoco diversi aspetti dell'assistenza nei confronti di tutti i soggetti a rischio di suicidio sul quale l'infermiere può intervenire.

Le raccomandazioni con le relative attività da adottare sono riassunte nella tabella seguente (Tab.5).

Tabella 5. Raccomandazioni per la pratica

Raccomandazioni per la pratica	Attività pratiche
<p>Raccomandazione 1 L'infermiere prenderà seriamente in considerazione tutte le affermazioni fatte dall'utente che indicano, direttamente o indirettamente, un desiderio di morire suicidandosi, e/o tutte le informazioni disponibili che indichino un rischio di suicidio. <i>Livello di evidenza III</i></p>	<p>Prendere sul serio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tutti i comportamenti verbali e non verbali che possono esprimere un desiderio di morire devono essere presi sul serio (APA, 2003; Holkup, 2002).- L'utente viene valutato per il rischio di suicidio (Royal College of Psychiatrists [RCP], 2004) . Ecco alcuni suggerimenti per chiedere all'utente se ha intenzioni suicide:<ul style="list-style-type: none">- “Vuoi suicidarti?”- “Hai un piano per suicidarti?”- “Hai pensieri di morte o di suicidio?”- La valutazione è documentata e comunicata ai membri appropriate del team assistenziale (New Zealand Guidelines Group [NZGG], 2003).

Raccomandazione 2

L'infermiere si adopera per stabilire una relazione terapeutica con gli utenti a rischio di ideazione e comportamento suicidario.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 3

L'infermiere lavora con l'utente per minimizzare i sentimenti di vergogna, colpa e stigma che possano essere associati a suicidalità, malattia mentale e dipendenze.

Livello di evidenza III

Raccomandazione 4

L'infermiere fornisce assistenza attenendosi ai principi di sicurezza culturale/competenza culturale.

Livello di evidenza III

Raccomandazione 5

L'infermiere valuta e gestisce i fattori che possano influenzare la sicurezza fisica sia dell'utente che del team multidisciplinare.

Livello di evidenza IV

- Stabilire un processo interpersonale che è intenzionale e diretto a perseguire i migliori risultati nell'interesse del soggetto a rischio (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2006).

- Dare sicurezza e aiutare gli utenti a mantenere la loro dignità, assistendoli nella gestione dei loro comportamenti (Bisconer, Verde, Mallon-Czajka, & Johnson, 2006; Delaney & Johnson, 2006; Reynolds, O'Shaunessey, Walker & Pereira, 2005).

L'infermiere deve saper:

- Instaurare un rapporto basato sul rispetto, la tolleranza e il sostegno all'autostima possono aiutare a minimizzare i sentimenti di vergogna, di colpa e la stigmatizzazione del paziente.

(Ashmore, Hemingway, Lees & Barker, 2001)

- Minimizzare l'effetto di reazioni potenzialmente negative verso il paziente (McMain, 2007).

L'infermiere deve:

- Riconoscere che sia il paziente che l'operatore sono "portatori di cultura" e dimostrare accettazione e rispetto per la 'cultura' del paziente e per le differenze ad essa legate (NZGG, 2003).

- Riconoscere e rimuovere le disuguaglianze strutturali che impattano su assistenza sanitaria, salute e benessere.

- Impegnarsi per il cambiamento in risposta a politiche e pratiche che possono essere vissute dal paziente come 'non sicure'.

l'infermiere deve:

- Garantire la propria incolumità e quella del paziente.

- Mantenere intatta la dignità dell'utente

-Rimuovere gli oggetti potenzialmente pericolosi.

Raccomandazione 6a:

L'infermiere riconosce gli indicatori chiave che pongono un individuo a rischio di comportamento suicidario, anche in assenza di manifesta tendenza suicidaria. Per gli individui che presentano fattori di rischio, l'infermiere effettua e documenta l'accertamento dell'ideazione e pianificazione suicidaria.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 6b

L'infermiere valuta i fattori protettivi associati alla prevenzione suicidaria.

Livello di evidenza I

Raccomandazione 6c

L'infermiere raccoglie informazioni collaterali da tutte le fonti disponibili: famiglia, amici, supporto comunitario, cartelle cliniche e professionisti della salute mentale.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 7

L'infermiere attiva le risorse basandosi sul livello di rischio di suicidio dell'utente e sulle necessità ad esso associate.

Livello di evidenza IV

L'infermiere deve:

- Conoscere e riconoscere i fattori di rischio suicidio (Mann et al, 2005).
- Riconoscere i segnali di pericolo (Holkup, 2002; NZGG, 2003)
- Valutare lo stato mentale di un individuo, con particolare riferimento alle funzioni psicologiche, emotive, sociali e neurologiche (APA, 2003; NZGG, 2003).
- Saper svolgere un colloquio clinico.

L'infermiere deve conoscere e valutare i fattori protettivi.

L'infermiere deve:

- Considerare la questione della riservatezza e capire la rilevanza della legislazione sulla privacy, richiedere il consenso del paziente.
 - Raccogliere informazioni collaterali (raccolte dalle persone che conoscono l'utente)
- Esempi di domande per l'acquisizione di informazioni collaterali (NZGG, 2003) :
- Vede il soggetto come al solito?
 - Ha detto che per lui/lei "sarebbe meglio essere morto"?
 - Ha mai fatto affermazioni tipo "le cose presto andranno meglio?"
 - È mai stato preoccupato per lui/lei?
 - Le è sembrato/a giù o depresso/
 - Sta bevendo più del solito?

Mobilitare le Risorse

- L'infermiere valuta il livello di rischio.
- L'infermiere identifica risorse emergenti, urgenti o elettive sulla base del livello di rischio valutato.

Raccomandazione 8

L'infermiere garantisce che l'osservazione e l'impegno terapeutico rifletta i cambiamenti nel rischio di suicidio dell'utente. *Livello di evidenza IV*

Raccomandazione 9

L'infermiere lavora in collaborazione con l'utente per comprendere la sua prospettiva e soddisfare le sue necessità. *Livello di evidenza IV*

- L'infermiere mobilita le risorse appropriate (formali e informali).

- L'infermiere attiva direttamente le risorse appropriate se il rischio è imminente.

- L'infermiere assicura un trasporto protetto del soggetto utente con personale qualificato.

- In caso di autolesionismo o tentativo di suicidio, la mobilitazione delle risorse è sia psicologica che fisica.

- Determinare il livello di osservare il paziente in base al livello di rischio (Murray & Hauenstein, 2008).

- L'osservazione varia dalla consapevolezza di dove l'utente si trovi in ogni momento a dove l'utente possa essere costantemente monitorato e fisicamente raggiungibile (Clinical Resource and Audit Group [Crag] 2002).

- L'osservazione deve essere considerata dall'infermiere come un'opportunità per impegnarsi in interazioni terapeutiche con gli utenti.

L'infermiere deve:

- Utilizzare tecniche di comunicazione efficaci, come l'ascolto e la validazione, in modo che la persona sia in grado di trasmettere la sua storia e le sue esigenze dal suo punto di vista (Gough, 2005; Murray & Hauenstein, 2008).

- Identificare i bisogni

- Utilizzare strategie possibili per affermare l'autostima dell'assistito

Ecco alcuni modi per condividere con il paziente come le altre persone riconoscono il loro valore:

- Incoraggiare il paziente ad essere gentile e comprensivo con sé stesso. Supportarlo nell'utilizzo di un diario per descrivere i suoi pensieri e riformulare in modo positivo ogni pensiero negativo.

- Quando si dialoga con il paziente, riconoscere i suoi punti di forza.

Raccomandazione10

L'infermiere utilizza un approccio di problem-solving reciproco (utente ↔ infermiere) per agevolare nel paziente la comprensione di come sono percepiti i suoi problemi e si generino soluzioni.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 11

L'infermiere incoraggia la speranza nell'utente con tendenza suicida.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 12

L'infermiere è consapevole degli attuali trattamenti indicati per fornire sostegno, advocacy, rinviare allo specialista, monitorare ed effettuare interventi di educazione alla salute in modo appropriato.

Livello di evidenza IV

- Collaborare con paziente per impostare obiettivi quotidiani raggiungibili e per realizzarli.
- Aiutare la persona a visualizzare il cambiamento.
- Aiutare il paziente a stabilire premi per i piccoli traguardi.
- Aiutare il paziente a non incolpare sé stessi quando qualcosa non va come voluto.

-L'infermiere deve facilitare la comprensione del paziente di ciò che ha portato all'ideazione suicidaria e come utilizzare varie possibilità, in futuro, di problem-solving (Murray & Hauenstein, 2008).

- Promuovere il coinvolgimento del paziente nel generare le proprie strategie assicura non solo l'adeguatezza di tali strategie, ma anche aiuta il paziente ritrovare un senso di controllo riguardo la situazione.

- La strategia più importante per i pazienti e le loro famiglie è come risolvere i problemi.

- Spiegare strategie pratiche che utilizzano un approccio di Problem-Solving alle soluzioni.

L'infermiera deve:

- Instillare / favorire un senso di speranza per il futuro (MacLeod et al., 1997)

- Creando un rapporto terapeutico con l'utente in cui trasmette la tolleranza e l'accettazione.

L'infermiere deve:

- Avere la conoscenza delle modalità di trattamenti che possono essere utilizzati per gestire il rischio di ideazione e comportamento suicidario nei pazienti. (APA, 2003; NZGG, 2003).

- Fornire a seconda dei casi interventi di sostegno centrati sul paziente riguardanti il monitoraggio e gli interventi didattici per il benessere

Raccomandazione 13a

L'infermiere identifica le persone interessate da suicidio che possano beneficiare di risorse e supporto, e le segnala se richiesto.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 13b

L'infermiere può avviare e partecipare a sessioni di debriefing con altri componenti del team assistenziale in base a protocolli organizzativi.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 14

L'infermiere richiede supporto attraverso la supervisione clinica per essere consapevole dell'impatto emotivo su sé stesso e migliorare la propria pratica clinica, quando lavora con l'utente adulto a rischio di ideazione e comportamento suicidario.

Livello di evidenza IV

- Esplorare le conoscenze e significati che il paziente ha delle varie opzioni di trattamento. Approcci utili al paziente utilizzando modalità complementari e alternative (MCA):

- Siate disposti e pronti a lavorare con l'utente, a prescindere dalla scelta o dalle sue preferenze.
- Conoscere la differenza tra il trattamento convenzionale e un trattamento alternativo utilizzati e le motivazioni per il loro uso.
- Utilizzare le capacità di comunicazione interpersonale e le conoscenze sugli interventi terapeutici per esplorare le opinioni del paziente.

- Identificare le persone che possono beneficiare di risorse di supporto.

- Avviare Interventi sugli effetti traumatici nei soggetti colpiti da lutto conseguente a morte per suicidio di persone vicine, offrendo supporto psicologico.

- Attivare una risposta pianificata per sostenere amici e altri che si trovano nella stessa condizione può essere efficace nel ridurre le difficoltà psicologiche, fisiche e sociali nelle persone che hanno subito un lutto a causa di suicidio.

- L'infermier deve avvalersi della supervisione clinica per a mantenere una relazione terapeutica con il paziente (Cutcliffe & Barker, 2002).

2.3 Raccomandazioni per la formazione

Le raccomandazioni per la formazione riguardano la formazione del personale infermieristico utili e necessarie per prevenire il rischio di suicidio in tutti pazienti assistiti. Le raccomandazioni con annesse attività da adottare sono inserite all'interno della tabella seguente (Tab.6).

Tabella 6. Raccomandazioni per la formazione

Raccomandazioni per la formazione	Attività pratiche
<p>Raccomandazione 15 Gli infermieri che lavorano con individui a rischio di suicidio devono aver acquisito conoscenze e abilità appropriate attraverso la formazione infermieristica di base, la formazione continua e l'orientamento in nuovi contesti lavorativi. <i>Livello di evidenza IV</i></p>	<p>Le conoscenze e competenze infermieristiche dovrebbero includere:</p> <ul style="list-style-type: none">- sviluppo di una relazione terapeutica;- capacità di intervista per facilitare valutazione ed intervento;- consapevolezza e valutazione dei segnali di pericolo, fattori di rischio e fattori protettivi.- come implementare un approccio problem-solving, con una soluzione mirata;- collaborazione con il team sanitario- disponibilità e collaborazione con altri servizi di supporto attraverso un continuum di cura ospedaliera ed assistenza in comunità;- buona conoscenza della legislazione- attenzione alla propria sicurezza e benessere;- utilizzo di linee guida di pratica clinica per supportare, documentazione standardizzata.
<p>Raccomandazione n 16 Per promuovere le competenze core nella pratica relativa alla salute mentale, i curricula infermieristici dovrebbero sistematicamente includere contenuti sulle tematiche di salute mentale, compresi la prevenzione e la riduzione del rischio di suicidio. <i>Livello di evidenza IV</i></p>	<p>Al fine di fornire il supporto necessario per questi pazienti, gli infermieri non specialisti in questo campo necessitano di competenze di base.</p>

2.4 Raccomandazioni per l'organizzazione e le politiche

Le raccomandazioni per l'organizzazione e le politiche riguardano le organizzazioni sanitarie e le politiche che devono essere adottate per prevenire il rischio di suicidio. Le raccomandazioni con annesse attività da adottare sono riassunte all'interno della tabella seguente (Tab.7).

Tabella 7. Raccomandazioni per l'organizzazione e le politiche

Raccomandazioni per l'Organizzazione e la Politica	Attività
<p>Raccomandazione 17 Le organizzazioni sanitarie che ricoverano utenti suicidari devono fornire un ambiente sicuro che minimizzi l'accesso a mezzi per comportamenti autolesivi. <i>Livello di evidenza IV</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Favorire un ambiente sicuro di degenza.- L'architettura e gli arredi siano tali da ridurre questo potenziale al minimo.- Ridurre gli elementi strutturali dannosi per il soggetto con comportamento suicidario (Joint Commission on Accreditation of Healthcare [JCAHO], 1998, RCP, 2006; Yeager et al, 2005).
<p>Raccomandazione 18 Nelle organizzazioni sanitarie che ricoverano utenti suicidari, l'organico dovrebbe essere appropriato in merito al rapporto infermiere/paziente e alle qualifiche del personale, per rispondere in modo sicuro alle esigenze imprevedibili degli utenti suicidari in fase acuta. <i>Livello di evidenza IV</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- L'organico numericamente appropriato in merito al rapporto infermiere/paziente e alle qualifiche del personale.- Disporre di personale di emergenza h 24- Il personale dovrebbe avere un mix di età, sesso ed etnia che riflettano quello della popolazione locale (RCP, 2006).
<p>Raccomandazione 19 Le organizzazioni assicurano che gli incidenti critici che esitano in suicidio siano analizzate sistematicamente per identificare le opportunità di apprendimento a tutti i livelli di erogazione del servizio. <i>Livello di evidenza IV</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Devono assicurarsi che tutti gli operatori lavorino in un ambiente che permetta loro di lavorare secondo linee guida.- Identificare le opportunità di apprendimento ed i potenziali bersagli per le iniziative di miglioramento della qualità quando un incidente critico si verifica (Dlugacz et al., 2003).

Raccomandazione 20

Le organizzazioni sviluppano politiche e strutture utili al confronto tra pari in seguito ad un incidente critico, come una morte a seguito di suicidio. Le politiche dovrebbero essere sviluppate per sostenere il personale e minimizzare traumi indiretti (Trauma Vicario) (intesa come un cambiamento in negativo degli schemi cognitivi e dei sistemi di credenze in colui che svolge una professione d'aiuto, che deriva dal coinvolgimento empatico con le esperienze traumatiche dei pazienti). In tal senso è opportuno ritenere che la traumatizzazione vicaria non derivi necessariamente dall'evento in sé ma dalla relazione di aiuto con un individuo che sta soffrendo a causa di quell'evento.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 21

Le organizzazioni assegnano le risorse per assicurare che tutti gli infermieri abbiano opportunità di supervisione clinica e supporto in maniera continuativa.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 22

Le organizzazioni attuano politiche inerenti la documentazione sistematica dell'accertamento del rischio di suicidio.

Livello di evidenza IV

- Protegga la salute stessa degli infermieri e la capacità di fornire cure di qualità ai pazienti.

- Assumere un ruolo attivo nel rendere disponibili servizi adeguati per le persone che hanno bisogno di consulenza o di supporto a seguito di eventi critici che possono avere un impatto negativo sul personale.

- Favorire la revisione tra pari come metodo attraverso il quale tale necessità può essere soddisfatta

- Assicurare supervisione clinica agli infermieri anche in assenza di eventi critici.

- Garantire un mix di personale che comprenda infermieri di maggiore esperienza che possano aiutare gli infermieri ad identificare i loro punti di forza e di debolezza professionale (NZGG, 2003; RNAO, 2006).

- Implementare la valutazione strutturata come modo per evitare di trascurare informazioni chiave per la valutazione psicosociale. (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998)

Raccomandazione 23

Le organizzazioni promuovono i servizi disponibili internamente o sul territorio che possano sostenere l'assistenza degli adulti a rischio di ideazione e comportamenti suicidari.

Livello di evidenza IV

Gli infermieri devono essere supportati da una rete di servizi collegati tra loro.

Raccomandazione 24

Le organizzazioni sostengono le opportunità di sviluppo professionale per l'infermieristica in salute mentale.

Livello di evidenza IV

Collaborare con le istituzioni accademiche per assicurare che gli infermieri siano dotati delle fondamentali competenze di cura ed assistenza di persone a rischio di ideazione e comportamento suicidario (Barling & Brown, 2001).

Raccomandazione 25

Le organizzazioni sostengono iniziative di ricerca legate al suicidio e ad altre problematiche di salute mentale.

Livello di evidenza IV

Supportare le ricerche infermieristiche correlate alla riduzione ed alla prevenzione del rischio di suicidio in modo da avere una migliore comprensione dei metodi efficaci per la cura.

Raccomandazione 26

Le organizzazioni promuovono un piano per l'implementazione delle raccomandazioni che comprenda:

- Una valutazione della disponibilità e delle barriere dell'organizzazione all'educazione.
- Il coinvolgimento di tutte le componenti (sia con funzione di supporto diretto o indiretto) che contribuiranno al processo di implementazione.
- Opportunità continue di discussione ed educazione per rafforzare l'importanza delle best practice.
- L'impegno di un individuo qualificato per garantire le agevolazioni necessarie all'educazione e al processo di implementazione.
- Opportunità di riflessione sull'esperienza personale o dell'organizzazione nell'implementazione delle linee guida.
- Strategie per la sostenibilità.
- Attribuzione di risorse sufficienti per l'implementazione e la sostenibilità, compresi il supporto organizzativo e amministrativo.

Livello di evidenza IV

3 Prevenzione del rischio di suicidio nei soggetti psichiatrici

3.1 Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale

La raccomandazione n. 4 “*Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale*” del Ministero della Salute del 2008 ha come obiettivo la riduzione del numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all’interno dell’ospedale attraverso l’adozione di strategie efficaci per la riduzione dell’evento suicidio in ospedale (D.M. 4/2008).

Il ricovero in ambiente ospedaliero è un fattore di rischio per il suicidio nei pazienti, l’incidenza aumenta drasticamente nella popolazione ricoverata in ospedale e nella popolazione dimessa da una a tre settimane. Il periodo immediatamente successivo alle dimissioni è quello in cui si verifica il maggior numero di suicidi. Lo studio di Meehan ha evidenziato che su 754 pazienti con un episodio di ricovero e 1.100 pazienti dimessi, il 16% e il 23% rispettivamente si erano suicidati: i primi nell’ambito del ricovero, i secondi nell’ambito di 3 mesi successivi alle dimissioni (Meehan et al., 2006).

Molteplici possono essere le ragioni per il quale queste persone decidono di suicidarsi in ospedale tra cui il fatto che il ricovero rappresenta l’ultimo atto di un fallimento, non solo fisico ma anche esistenziale, relazionale o economico e anche perchè la condizione di ricovero si può riportare a vissuti di abbandono, mancanza di autonomia e privacy.

La Raccomandazione del Ministero ricorda che il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità e tra il settembre 2005 e il dicembre 2012 è al secondo posto fra gli eventi più segnalati pari al 15,4% (Ministero della Salute, 2012).

Il suicidio può avvenire in tutto l’ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le seguenti aree cliniche:

- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC),
- le Unità Operative di Oncologia,
- le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia,
- il Dipartimento di Emergenza.

Il suicidio in ospedale riguarda tutti i pazienti, per questo la Raccomandazione Ministeriale individua due ambiti importanti sul quale è necessario migliorare l’assistenza del paziente a rischio di suicidio in ospedale ed adottare interventi di prevenzione; un ambito riguarda la presa in carico del paziente e l’altro si riferisce alle caratteristiche strutturali dell’ospedale e processi organizzativi.

3.1.1 Presa in carico del paziente

La valutazione del rischio di suicidio si deve focalizzare su diversi aspetti del paziente per avere una valutazione completa del soggetto, per questo l'anamnesi deve essere effettuata in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente. Particolare attenzione va rivolta ai soggetti 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.

Durante l'anamnesi è necessario che l'infermiere si focalizzi nella ricostruzione storica della vita del paziente, considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto). Eseguire l'accertamento delle condizioni cliniche, in particolare verificare se vi è la presenza di sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica, abuso/dipendenza, eventuali diagnosi multiple, ansia, attacchi di panico, insonnia, patologia terminale (Bennewith, Gunnell, Peters, Hawton & House, 2004).

Durante l'esame obiettivo è importante cogliere i segni tipici dell'alcolismo cronico nonché di un'eventuale sindrome da astinenza ma anche la lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, senso di colpa, recente cambio di atteggiamento nei confronti della stessa, possesso "maniacale" di farmaci e pensiero fisso sulla necessità di fare testamento.

La presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede l'integrazione delle diverse competenze di tutti gli operatori sanitari e caregiver presenti nell'unità operativa, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidario (Bouch & Marshall, 2005). Al momento della dimissione per favorire la continuità terapeutica è necessario il coinvolgimento di altri specialisti, dei medici di medicina generale (MMG), delle famiglie e degli amici sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio. Tutte le figure che si rapportano con il paziente compresi i volontari, devono essere in comunicazione fra loro per dare al paziente un'adeguata assistenza (Foundation Harvard Medical Institution, 1996).

3.1.2 Caratteristiche strutturali dell'ospedale e processi organizzativi

Le caratteristiche dell'ambiente e degli spazi ospedalieri ed i processi organizzativi possono contribuire ad evitare il verificarsi del suicidio, per questo è opportuno che l'ospedale, nel rispetto della dignità della persona, disponga di dispositivi di sicurezza per salvaguardare la salute del paziente e la prevenzione dell'evento.

Tra i requisiti strutturali indispensabili in caso di ristrutturazione di reparti o in caso di costruzione di nuovi ospedali ci sono:

- dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarmi, ringhiere;
- infissi di sicurezza, ove possibile, assicurandone una manutenzione adeguata (con particolare riguardo ai punti luce/finestre dei piani alti);
- strutture ed attrezzature (ad esempio, docce e cabine docce) che non suggeriscano usi impropri;
- misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci).

Sotto l'aspetto organizzativo è necessario che tutto il personale sia informato sul rischio suicidario predisponendo procedure specifiche sulla base di linee guida e percorsi assistenziali; inoltre è necessario porre attenzione ai pazienti che presentano un maggiore rischio di suicidio durante i trasferimenti all'interno della struttura evitando di lasciarli soli. Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto.

Inoltre, è necessario che la struttura sanitaria disponga di una procedura per la corretta gestione dell'accaduto che preveda la comunicazione dell'evento ai familiari ed a tutte le persone coinvolte ed il necessario supporto ad esse.

Per aumentare la capacità degli infermieri di riconoscere i soggetti a rischio suicidio ed adottare idonee misure di prevenzione, vanno incrementate le attività di 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.

3.2 Prevenzione del suicidio nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso ed SPDC

Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero come annunciato nella raccomandazione ministeriale n. 4 del 2008, ma possono essere considerati a maggiore rischio il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Da questa raccomandazione la Società Italiana di Psichiatria (SIP) nel 2013 è stato adottato un protocollo al fine di avere un riferimento sulle strategie essenziali da mettere in atto per la prevenzione del suicidio nei pazienti psichiatrici da attuare in tutte le strutture che li ospitano (SIP, 2013). L'obiettivo di questo protocollo è quello di fornire indicazioni utili a tutto il personale infermieristico che opera presso Centri di Salute Mentale, nei Pronto Soccorso e nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

In tutti gli ambienti operativi le attività irrinunciabili per la prevenzione del suicidio sono la valutazione del rischio e la gestione del paziente a rischio di suicidio.

Questo protocollo della Società Italiana di Psichiatria fornisce indicazioni operative sulla base delle evidenze scientifiche pubblicate in letteratura e in riferimento alle raccomandazioni ministeriali che gli operatori possano utilizzare nella pratica al fine di prevenire e/o ridurre i comportamenti suicidari e i tentati suicidi dei soggetti psichiatrici. Rappresenta un prezioso contributo per rendere più competenti gli operatori nell'applicare quanto viene raccomandato a livello scientifico nei vari setting in cui si trovano ad operare.

In relazione all'imprevedibilità del gesto suicidario l'operatore deve conoscere e attuare tutte le procedure possibili per prevenire il rischio che l'evento accada, e soprattutto dimostrare di averlo fatto nell'eventualità che questo evento accada.

Se l'operatore ritiene necessario approfondire un atteggiamento negativo che un soggetto con problemi psichiatrici manifesta nei confronti della propria vita, deve adottare durante il ricovero, una serie di ulteriori accorgimenti organizzativi, assistenziali, strutturali e terapeutici allo scopo di ridurre al massimo il rischio di passaggio all'atto suicidario.

Le azioni concrete e gli interventi da attuare al fine di ridurre il rischio di suicidio nei pazienti psichiatrici possono essere riassunti in:

- effettuare un buon colloquio clinico-anamnestico,
- somministrazione di scale di valutazione del rischio di suicidio,
- considerazioni ambientali per la promozione della sicurezza.

3.2.1 Colloquio clinico- anamnestico

Il colloquio anamnestico è fondamentale per l'infermiere perché fornisce informazioni sulle anomalie comportamentali, sull'anamnesi sociale ed emotiva e sullo stato mentale del paziente ed è attraverso questo strumento che l'infermiere può individuare i fattori di rischio di suicidio (Betti & Di Fioriono, 1997).

Il colloquio soprattutto nei confronti di un paziente psichiatrico deve essere svolto in un clima di rispetto e fiducia, è pertanto opportuno scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni, ove venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti dell'assistito. Spetterà all'infermiere rassicurare la persona sulla riservatezza e sulle modalità di svolgimento del colloquio, rispettare i tempi del paziente, ascoltandolo in modo obiettivo e rispondendo in modo empatico (NZGG, 2003).

Affinché il colloquio possa raccogliere obiettivamente ed in modo completo i dati soggettivi ed oggettivi è auspicabile che si stabiliscano degli obiettivi chiari; deve raccogliere il più possibile tutte le informazioni, ma non disperdersi in una conversazione afinalistica, da evitare giudizi personali e formulazioni d'ipotesi e durante il colloquio l'infermiere dovrà osservare reazioni personali, segni d'ansia e di disagio suscitati dagli argomenti trattati, comunicazione non verbale, e valutarli (Betti & Di Fioriono, 1997).

È importante esprimere attenzione a quanto riferito dal paziente, è bene tenere presente che il paziente potrebbe anche mascherare i motivi e i sentimenti legati al gesto, oppure "simulare" di stare bene nonostante l'elevata intenzionalità di morire. I pensieri suicidari vanno semplicemente riconosciuti e ascoltati stando attenti a non negarli o sottovalutarli; qualora fosse necessario tutte le volte in cui sia rilevabile anche il minimo desiderio di morire è opportuno utilizzare sempre ed esclusivamente il termine "tentativo di suicidio". Durante il colloquio per facilitare l'approfondimento delle intenzioni suicidarie del soggetto si suggerisce all'operatore di partire da domande generali e poi cercare di raggiungere progressivamente il centro del problema, al fine di evidenziare eventuali idee di suicidio e valutarne l'entità e l'intenzionalità (APA, 2003).

Una griglia di domande riassuntive che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione, sono riportate nell'allegato 1.

3.2.2 Scale di valutazione del rischio di suicidio

La valutazione del rischio, in particolare nei setting psichiatrici, richiede una risposta di natura multidimensionale nell'ambito della quale la valutazione infermieristica al momento della presa in carico è mirata alla ricerca di predittivi e specifici fattori di rischio (Gramaglia & Feggi et al., 2016).

L'avvalersi di un valido strumento di screening in grado di supportare l'infermiere nella valutazione del rischio in questa fase del percorso assistenziale è dunque altamente raccomandata (RNAO, 2009).

L'utilizzo delle scale è essenziale per la rilevazione di segni che possono essere indicativi di rischio di suicidio e per indagare se i pensieri pessimistici del soggetto sono in attenuazione a favore di quelli più improntati alla speranza durante tutto l'arco del ricovero (Cutcliffe & Barker, 2004)

La valutazione di questi aspetti può aiutare l'infermiere a inquadrare i soggetti maggiormente a rischio e conseguentemente a mettere in atto interventi assistenziali mirati a ridurre la probabilità che le condotte suicidarie possano essere sviluppate (RNAO, 2009).

Gli strumenti che possono essere utilizzati disponibili per la valutazione variano in base alla popolazione dei pazienti di riferimento, alla durata della valutazione e all'applicabilità ai diversi contesti clinici o di ricerca ma tutti hanno dei limiti e devono essere utilizzati insieme al giudizio clinico (RNAO, 2009).

La "Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) è la principale scala di valutazione del rischio suicidario infermieristica, permette la valutazione del rischio suicidario in pazienti con disturbi psichici conclamati o possibili (Cutcliffe & Barker, 2004). Questa scala risponde in maniera globale e basata su evidenze scientifiche nel valutare i fattori correlati con il rischio suicidario (Lyons, Price, Embling & Smit, 2000), nel 2019 la NGASR-Ita è stata sottoposta ad un processo di validazione preliminare anche in Italia confermando le sue ottime proprietà psicometriche in termini di validità e affidabilità (Ferrara et al., 2019). Inoltre è stato studiato anche la validità predittiva della NGASR-ita, ovvero la capacità dello strumento di identificare i soggetti a rischio di suicidio in ospedale e in particolare all'interno di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Awenat et al., 2018). La scala nella versione italiana è riportata nell'allegato 2 (Ferrara et al., 2019).

Bisogna sempre tenere a mente che nel caso del rischio suicidario occorre valutare olisticamente la persona e affidare la valutazione alla sola scala di valutazione comporta a sua volta una stima non aderente e, quindi, una pianificazione inadeguata di obiettivi e interventi.

Nella tabella successiva (Tab.8) sono riportate altre scale di valutazione del rischio suicidario utili a tutta l'equipe assistenziale.

Tabella 8. Scale di valutazione del rischio suicidario.

Nome	Anno	Bibliografia	Item	Descrizione
Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)	2004	Cutcliffe & Barker, 2004	15	Permette la valutazione del rischio suicidario in pazienti con disturbi psichici conclamati o possibili, valutare i fattori correlati, identificare i soggetti a rischio di suicidio in ospedale e in particolare all'interno di un SPDC.
Scale for Suicide Ideation (SSI)	1979	(Beck, Kovacs & Weissman, 1979)	19	Prende in considerazione l'intenzionalità e la pervasività dell'ideazione, la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie, i motivi e i dettagli e il grado di preparazione del progetto suicidario.
Beck's Hopelessness Scale (BHS)	1974	(Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974).	20	Misura il pessimismo, la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro, come indicatore indiretto di rischio di suicidio in soggetti depressi o individui che hanno tentato il suicidio.
Intent score scale (ISS)	1981	(Pierce, 1981)	12	Utilizzata per valutare, nei soggetti che hanno messo in atto un tentativo di suicidio, il livello di intenzionalità suicidaria in un periodo successivo al tentativo di suicidio.
Barratt Impulsive Scale (BIS - 11)	1995	(Patton, Stanford & Barratt, 1995)	30	Utilizzata per la valutazione dell'impulsività, come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti. La scala prende in considerazione tre tipi di impulsività, l'impulsività motoria, l'impulsività senza pianificazione e l'impulsività.

3.2.3 Considerazioni ambientali per la promozione della sicurezza

Un ambiente sicuro è fondamentale per il paziente che evidenzia comportamenti o ideazioni suicidarie in un dipartimento d'emergenza o in un reparto di degenza, infatti, per tutte le persone a rischio imminente di suicidio è previsto l'inserimento in una struttura protetta con barriere architettoniche contro il suicidio (Yeager et al., 2005).

Far fronte a tutti i rischi per la sicurezza che esistono all'interno di un ospedale, così come quelli portati da visitatori e altri pazienti è difficile per il personale; infatti quest'ultimo deve esaminare e/o valutare l'ambiente fisico e concentrarsi su ciò che può rappresentare un'opportunità di lesioni. Le strutture dovrebbero prendere in considerazione l'attuazione di strategie di riduzione del rischio, quelli fondamentali e più frequenti sono riportati nella tabella seguente (Tab.9).

Tabella 9. Fattori di rischio strutturali e ambientali (Yeager et al., 2005).

Fattori latenti	Includono ciò che i pazienti, i visitatori o il personale possono portare all'interno delle unità, le politiche riguardanti la conservazione degli effetti personali dei pazienti e l'accesso alle aree riservate al personale (ad es. Sala del personale, sala attrezzature) possono aiutare ad affrontare questi fattori e dovrebbero essere sviluppate con il coinvolgimento di tutti i membri del personale.
Rischi d'impiccagione	Un lenzuolo annodato può presentare rischio di impiccagione se unito a una porta massiccia in unità di degenza psichiatriche. Le tubature idrauliche diventare un altro appiglio, per questo è consigliato racchiuderle in uno scomparto per non essere visibili e/o raggiungibili. Anche i maniglioni di sostegno da una posizione seduta possono presentare rischio di impiccagione.
Armi potenziali	Armadietti e testiere del letto possono essere smontati per fabbricare armi. Pannelli pesanti, come quelli appartenenti ad impianti di riscaldamento possono essere usati per rompere finestre o come armi contro il personale. I ganci di sicurezza possono causare ferite da punta. Un normale portabiancheria può essere smontato in molte potenziali armi. Per questo bisogna controllare tutti gli oggetti, anche quelli considerati sicuri.

Rischi di schiacciamento	I letti manuali possono presentare rischi di schiacciamento per questo bisogna assicurarsi che le maniglie siano posizionate in modo da minimizzare l'uso da parte del paziente. Inoltre per minimizzare il rischio i telai dei letti dovrebbero essere controllati per assicurarsi che ci siano blocchi meccanici di sicurezza.
Sbarramenti:	Per prevenire situazioni di sbarramento il letto deve essere vincolato al pavimento con una serratura, in modo da non poter essere spostato. Il letto se combinato con il comodino e la sedia presenti nella stanza, può essere usato per creare uno sbarramento e impedire l'ingresso al personale
Altre considerazioni	Durante i pasti è consigliato l'utilizzo esclusivo di posate di plastica e piatti infrangibili. Se sono presenti quadri affissi al muro è bene verificare il loro fissaggio e l'utilizzo di vetri di sicurezza. Prestare attenzione a strumenti o attrezzature lasciati incustoditi dal personale. Identificare qual è il tempo di risposta del personale di sicurezza per rispondere alle emergenze psichiatriche. Includere nuovi valutatori quando possibile ad esempio personale nuovo o personale non assegnato a quell'unità.

La creazione di un elenco di misure di sicurezza all'interno della struttura ospedaliera è uno degli strumenti efficaci da poter utilizzare durante il ricovero del paziente dove sono riportati degli interventi per prevenire i rischi ambientali e mettere in sicurezza il paziente, un esempio è riportato nell'allegato 3.

Durante ogni fase del percorso clinico della persona a partire dalla fase di accoglienza fino alla dimissione il soggetto psichiatrico ha una sua peculiarità che va tenuta presente nella quale vanno applicati degli interventi operativi di prevenzione del rischio (SIP, 2013).

Per attuare gli interventi preventivi di sicurezza si possono usare delle scale dove sono riportati gli interventi da adottare, deve essere compilata nel momento in cui l'équipe avrà individuato un paziente a rischio e costituisce una traccia per l'identificazione e l'attuazione di misure preventive e di sicurezza durante ogni fase.

Le misure preventive attivate devono essere portate a conoscenza di tutto il personale, inserendo, ad esempio, la presente scheda nel registro delle consegne degli infermieri, dei medici strutturati e dei medici specializzandi. Un esempio di questa scala si ha nell'allegato 4, tale elenco può essere modificato e arricchito dai singoli operatori.

4 Pianificazione assistenziale in relazione al rischio di suicidio

La pianificazione assistenziale rappresenta la fase di transizione dalla teoria alla pratica, dal conoscere al fare, dalla diagnosi alla terapia che ogni infermiere deve attuare durante l'assistenza di ogni paziente.

Questo processo può essere definito come l'insieme delle operazioni dedicate alla scelta e alla realizzazione degli interventi che l'infermiere, singolarmente o in équipe, ritiene possano condurre in modo efficace, efficiente ed eticamente accettabile alla soluzione dei problemi che l'assistito presenta o alla loro prevenzione.

E' proprio all'interno di questo processo che l'infermiere deve inserire le linee guida e raccomandazioni presentate in precedenza per ridurre il rischio di suicidio.

4.1 Accertamento dei bisogni assistenziali

L'accertamento consiste nella raccolta e classificazione dei dati, ha lo scopo di identificare reali o potenziali problemi di salute dell'utente, che l'infermiere dovrà essere in grado di affrontare.

La raccolta e la classificazione dei dati sono guidate dai concetti fondamentali della disciplina infermieristica e sono finalizzate ad ottenere informazioni relative al paziente, considerando i fattori fisici, psicologici, socio culturali ed emotivi che possono influenzare il suo stato di salute. La raccolta dei dati avviene durante ogni interazione tra infermiere e paziente e tramite la consultazione delle altre fonti disponibili.

Durante l'accertamento è importante soffermarsi sulle caratteristiche definenti ovvero le manifestazioni oggettive e soggettive (segni e sintomi) intervistando l'assistito e osservandolo tramite l'esame fisico.

I metodi usati per la raccolta dati sono l'osservazione, il colloquio-intervista, l'esame fisico e la visione della documentazione clinica.

L'infermiere che osserva deve possedere un'adeguata conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del corpo umano, delle principali alterazioni, del modo in cui esse si manifestano, del comportamento e delle influenze ambientali sulla salute, un interesse sincero per la persona o il gruppo che osserva, la capacità di evitare che l'osservazione

venga alterata da distorsioni e pregiudizi, una pratica regolare e sistematica dell'osservazione stessa.

Durante il primo contatto infermiere/paziente, poiché l'osservazione iniziale è fondamentale, questa è finalizzata alla raccolta dei dati per l'individuazione dei problemi e alla pianificazione assistenziale. L'osservazione deve essere sistematica per poter individuare ogni modificazione dei bisogni che impongono una rivalutazione del piano con conseguente ripianificazione.

Durante l'accertamento si svolge il colloquio anamnestico, per questo l'infermiere deve essere un comunicatore efficace, capace di condurre con successo un colloquio-intervista, il cui scopo è quello di ottenere informazioni sui bisogni fondamentali del paziente.

Del colloquio nel caso del rischio di suicidio è già stato trattato nel capitolo precedente, insieme a quest'ultimo si sottoporranno al paziente anche le scale di valutazione per determinare il rischio di suicidio e valutare la salute mentale della persona.

Sempre in questa fase si svolge l'esame fisico, si tratta di un metodo di raccolta sistematico, che utilizza i sensi per indagare i problemi di salute; vi sono quattro tecniche: ispezione, palpazione, percussione e auscultazione. Nel caso di rischio suicidio è importante valutare attraverso l'ispezione se vi sono segni di autolesionismo e alcolismo. La consultazione della documentazione clinica è l'ultima parte della raccolta, è un ulteriore modo di verificare la validità di ciò che si è appreso sul paziente e al contempo approfondirne altri aspetti.

Molte notizie possono essere tratte da cartelle cliniche e/o infermieristiche contribuendo alla formazione di un quadro generale sulla situazione clinica (precedenti malattie, ricoveri, funzioni e disfunzioni) e personale del paziente.

La documentazione clinica passata e presente è utile per completare l'accertamento in quanto può rilevare dati non espressi dal paziente stesso o non raccolti.

Sarà qui che si troveranno eventuali ricoveri che possono riguardare la salute mentale della persona e precedenti tentati suicidi.

4.2 Diagnosi di rischio suicidio (NANDA)

La Diagnosi Infermieristica è *“Un giudizio clinico sulle risposte dell’individuo, della famiglia o della comunità ai problemi di salute/processi della vita, reali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche costituiscono il fondamento per selezionare gli interventi infermieristici atti a realizzare gli obiettivi dei cui risultati è responsabile l’infermiere.”* (North American Nursing Diagnosis Association, 1990)

La Diagnosi Infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l’infermiere è responsabile, è un’affermazione che descrive uno specifico tipo di problema o di risposta identificato dall’infermiere. Essa non va usata per designare tutti i problemi che l’infermiere può riconoscere, perché questo non metterebbe in risalto l’unicità del ruolo infermieristico, occorre quindi distinguerla dal problema collaborativo. La diagnosi infermieristica esprime il giudizio professionale sulle condizioni del paziente, sulle sue risposte ai trattamenti ricevuti e sulle necessità di assistenza infermieristica.

Tutto ciò che abbiamo raccolto dall’osservazione, dal colloquio, dall’esame fisico, dalla visione della documentazione clinica, deve essere organizzato ed interpretato per identificare la capacità del paziente di far fronte ai bisogni di salute.

Identificare i bisogni che il paziente esprime nel tentativo di adattarsi agli effetti della malattia vuol dire “considerare” quale tipo di assistenza è necessaria per accrescere e sviluppare il più possibile le sue abilità per superare lo stato negativo della malattia.

Fare diagnosi infermieristica vuol dire descrivere le risposte, i segni, i sintomi che indicano un effettivo o potenziale rischio, problema di salute e identificare le cure più appropriate per risolverlo; la formulazione della diagnosi infermieristica è il logico ampliamento della raccolta dati relativi all’accertamento.

Attraverso l’analisi e l’interpretazione dei dati raccolti, l’individuazione del problema, e la formulazione degli obiettivi è possibile diagnosticare il problema o i problemi, reale o di rischio che permettono al professionista infermiere di pianificare l’assistenza infermieristica volta alla risoluzione del problema medesimo.

Le diagnosi di Rischio consistono nel giudizio clinico secondo il quale una persona, una famiglia o una comunità è vulnerabile nei confronti di un certo problema.

Queste componenti da utilizzarsi per la descrizione di una diagnosi rappresentano il percorso mentale con cui dobbiamo procedere per mettere a fuoco i reali bisogni del nostro utente.

L'uso della terminologia caratteristiche definenti e fattori correlati al posto di segni e sintomi e di eziologia è dovuta alla volontà di trovare un linguaggio specifico ma diverso da quello medico. Per la descrizione delle diagnosi di rischio o di rischio elevato i fattori correlati coincidono con i fattori di rischio, cioè la situazione che accentua la vulnerabilità della persona o del gruppo. Di Seguito è riportata la diagnosi NANDA (Heather Herdman & Kamitsuru, 2018) del rischio di suicidio (Tab.10).

Tabella 10. *Diagnosi di rischio suicidio (NANDA).*

Diagnosi NANDA	Fattori di rischio
<p>Dominio 11 Classe 3</p> <p>00150 - Rischio di suicidio</p> <p>Definizione: Vulnerabilità a lesioni autoinflitte che costituiscono una minaccia alla vita</p>	<p>Comportamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accumulare farmaci - Acquisto di un'arma - Brusco passaggio da una grave depressione all'euforia - Cedere i propri beni - Fare testamento o apportare modifiche al testamento - Impulsività - Rilevanti cambiamenti nel comportamento negli atteggiamenti, nella performance scolastica - Storia di tentativi di suicidio <p>Demografici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divorziati, vedovi - Età (per esempio anziani, uomini adulti in giovane età, adolescenti) - Etnia (per esempio, nativi americani) - Genere maschile <p>Fisici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolore cronico - Malattia fisica - Malattia terminale

Psicologici:

- Abuso di sostanze
- Disturbo psichiatrico (per esempio, schizofrenia, disturbo bipolare, depressione)
- Giovane omosessuale
- Senso di colpa
- Storia di abuso nell'infanzia (per esempio fisico, psicologico, sessuale)
- Storia familiare di suicidi

Situazionali:

- Accesso ad armi
- Adolescenti che vivono in ambienti non tradizionali (carcere minorile o altro centro di detenzione, casa condivisa, casa famiglia)
- Pensionamento
- Perdita dell'autonomia o dell'indipendenza
- Trasloco, istituzionalizzazione
- Vivere da soli

Sociali:

- Disgregazione della vita familiare
- Isolamento sociale
- Lutto
- Mancanza di speranza
- Perdita di una relazione importante
- Problemi disciplinari
- Problemi legali
- Sentirsi indifesi
- Solitudine
- Sostegno sociale insufficiente
- Suicidio di gruppo

Verbali:

- Dichiarato desiderio di morire
 - Minacce di uccidersi
-

4.3 Obiettivi assistenziali (NOC)

“l’infermiere pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico”

Art.3.b del Profilo Professionale.

La pianificazione assistenziale è la fase del processo di assistenza nella quale l’infermiere stabilisce, con la partecipazione dell’assistito, gli obiettivi derivati dalle diagnosi infermieristiche. Il risultato finale è l’elaborazione di un piano di assistenza scritto, pensato e gestito dall’infermiere, ma centrato sulla persona assistita e basato sull’utilizzo delle risorse disponibili della stessa. È inoltre un metodo per comunicare all’intera équipe quale assistenza infermieristica il paziente richiede.

Gli obiettivi devono essere espressi in modo chiaro, con termini osservabili, misurabili, reali, comportamentali e temporali. Gli obiettivi devono inoltre essere concordati con il paziente ogni volta che questo sia possibile; l’adesione dell’utente è indispensabile in quanto il raggiungimento dell’obiettivo finale lo coinvolge in prima persona. L’infermiere può rendere partecipe anche la famiglia e stabilire obiettivi immediati o a lungo termine. Nella tabella di seguito (Tab.11) sono stati riportati gli obiettivi consigliati NOC (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2020) per la diagnosi con i rispettivi indicatori che sono stati utilizzati per valutare la condizione dell’assistito.

Tabella 11. Obiettivi (NOC)

Codice	Obiettivo	Definizione
1405	Impulsi: autocontrollo	Autolimitazione di comportamenti impulsivi o compulsivi.
1408	Ideazione suicidaria: autocontrollo	Capacità di astenersi da gesti e tentativi di suicidio.
1204	Umore: equilibrio	Adattamento appropriato del tono emotivo in risposta alle circostanze.
1934	Sicurezza: ambiente sanitario	Disposizioni fisiche e di sistema per ridurre al minimo i fattori che potrebbero causare danni fisici o lesioni nell'azienda sanitaria.
1208	Depressione: livello	Gravità dell’umore melanconico e della perdita di interesse negli accadimenti della vita.

4.4 Interventi assistenziali (NIC)

Dopo aver individuato gli obiettivi in questa fase bisogna identificare e attuare gli interventi infermieristici volti al contenimento o risoluzione dei problemi di salute. Gli interventi infermieristici sono azioni il cui scopo è assistere il paziente ad affrontare con successo i problemi e a raggiungere dei risultati positivi in termini di benessere.

L'intervento assistenziale è un'attività pianificata ed attuata dall'infermiere per aiutare la persona a raggiungere l'obiettivo previsto.

Una volta identificati gli interventi adeguati si è presa visione delle attività consigliate sul testo NIC (McCloskey Dochterman, Butcher, Bulechek & Wagner, 2020). Da una lista di circa 10-30 attività per ciascun intervento, l'infermiere seleziona le attività più adatte per il paziente a rischio suicidio. Sono riportati nella tabella seguente (Tab.12).

Tabella 12. Interventi (NIC)

Obiettivo assistenziale (NOC)	Interventi infermieristici (NIC)	Attività
1405 - Impulsi: autocontrollo	6340 - Prevenzione del suicidio Definizione: Riduzione del rischio di ferite autoinflitte con l'intento di togliersi la vita.	<ul style="list-style-type: none">• Determinare la presenza e il grado di rischio suicidario• Determinare se il paziente ha i mezzi disponibili per portare a termine il piano di suicidio• Considerare il ricovero in ospedale del paziente che è a serio rischio di comportamento suicidario• Trattare e gestire qualsiasi malattia o sintomo psichiatrico che possa mettere a rischio il paziente suicidio• Somministrare farmaci per diminuire l'ansia, l'agitazione o la psicosi e per stabilizzare l'umore, come adeguata• Sostenere la qualità della vita e le questioni relative al controllo del dolore• Effettuare controlli della bocca dopo la somministrazione del farmaco per assicurarsi che il paziente non stia "masticando" i farmaci per un successivo tentativo di overdose• Fornire piccole quantità di farmaci prescrittivi che possono essere letali per chi è a rischio diminuire la possibilità di suicidio, come appropriato• Monitorare gli effetti collaterali dei farmaci e i risultati desiderati

		<ul style="list-style-type: none"> • Contratto (verbalmente o per iscritto) con il paziente per "assenza di autolesionismo" per un periodo di tempo specificato, contrattare a intervalli di tempo specificati, a seconda dei casi • Identificare le esigenze di sicurezza immediate quando si negozia un contratto di non autolesionismo o di sicurezza • Agire per impedire che l'individuo si danneggi o si uccida, quando il contratto non è autolesionistico o contratto di sicurezza • Interagire con il paziente a intervalli regolari per trasmettere attenzione e apertura e per fornire un'opportunità per il paziente di parlare dei sentimenti • Utilizzare un approccio diretto e non giudicante nella discussione del suicidio • Incoraggiare il paziente a cercare operatori sanitari per parlare quando si manifesta l'impulso a farsi del male • Evita discussioni ripetute sulla storia del suicidio passato mantenendole discussioni incentrate sul presente e futuro • Discutere i piani per affrontare l'ideazione suicidaria in futuro (ad esempio, fattori precipitanti, a chi contatto, dove cercare aiuto, modi per alleviare i sentimenti di autolesionismo) • Collocare il paziente in un ambiente meno restrittivo che consenta il livello di osservazione necessario • Continuare la valutazione regolare del rischio di suicidio (almeno giornalmente) per aggiustare il suicidio precauzioni appropriate • Consultare il team di trattamento prima di modificare le precauzioni contro il suicidio <ul style="list-style-type: none"> • Perquisire il paziente appena ricoverato e gli effetti personali alla ricerca di armi / armi potenziali durante la procedura di ricovero ospedaliero, a seconda dei casi • Cerca l'ambiente di routine e rimuovi gli elementi pericolosi per mantenerlo privo di rischi • Limitare l'accesso alle finestre, a meno che non siano bloccate e infrangibili, a seconda dei casi • Limitare l'uso da parte del paziente di potenziali armi (ad es. Oggetti taglienti e simili a funi) • Monitorare il paziente durante l'uso di potenziali armi (ad es. Rasoio) • Comunicare il rischio e le questioni di sicurezza rilevanti ad altri operatori sanitari • Assegnare il paziente ricoverato in una stanza situata
--	--	--

		<p>vicino alla stazione di cura per facilitare l'osservazione, come adeguata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentare la sorveglianza dei pazienti ospedalizzati nei momenti in cui il personale è prevedibilmente basso • Spiegare le precauzioni per il suicidio e le questioni di sicurezza rilevanti al paziente / famiglia / altre persone significative • Coinvolgere la famiglia nella pianificazione delle dimissioni <p>di sensibilizzazione sono disponibili</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migliorare l'accesso ai servizi di salute mentale • Aumentare la consapevolezza del pubblico che il suicidio è un problema di salute prevenibile
<p>1408 - Ideazione suicidaria: autocontrollo</p>	<p>4354 - Sostegno nella gestione del comportamento: autolesionismo</p> <p>Definizione: Assistenza alla persona nel ridurre o eliminare i comportamenti di autoeliminazione o auto abuso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinare il movente, la ragione o le dinamiche sottostanti ai comportamenti • Identificare la storia precedente di comportamenti auto-mutilanti • Rimuovere gli oggetti pericolosi dall'ambiente del paziente • Applicare guanti, stecche, elmetti o dispositivi di ritenuta per limitare la mobilità e la capacità di provocare autolesionismo, se necessario • Monitorare il paziente per gli impulsi autolesionistici che possono evolversi in pensieri o gesti suicidi • Comunicare il rischio di autolesionismo ad altri operatori sanitari • Identificare i segnali che precedono il comportamento auto-mutilante • Anticipare le situazioni scatenanti che potrebbero indurre autolesionismo e intervenire per prevenirle • Utilizzare un approccio calmo e non punitivo quando si tratta di comportamenti autolesionistici • Aiutare il paziente a identificare situazioni e sentimenti che possono indurre autolesionismo o che sono stati provocati comportamento autolesionistico • Fornire una sorveglianza continua del paziente e dell'ambiente • Fornire un'attenta osservazione individuale del paziente per mantenere la sicurezza, quando necessario • Incoraggiare il paziente a cercare operatori sanitari per parlare quando si manifesta la necessità di farsi del male • Spiegare e rafforzare comportamenti di coping efficaci e un'appropriata espressione dei sentimenti

		<ul style="list-style-type: none"> • Formulare un piano di cura con il paziente che includa obiettivi per prevenire l'autolesionismo indesiderato comportamenti • Suggestire comportamenti alternativi, come cercare supporto interpersonale o impegnarsi in una attività adattiva di riduzione dell'ansia • Coinvolgere il paziente nelle terapie individuali e di gruppo, come appropriato • Fornire le conseguenze predeterminate se il paziente è impegnato in comportamenti autolesionistici • Collocare il paziente in un ambiente più protettivo (ad esempio, restrizione dell'area e isolamento) se gli impulsi e i comportamenti autolesionistici aumentano • Aiutare il paziente ad assumersi la responsabilità delle conseguenze del comportamento (ad esempio, vestire la propria ferita autoinflitta) • Fornire assistenza per le ferite del paziente in modo neutro e concreto, astenendosi dall'essere punitivo, eccessivamente comprensivo o che fornisce ulteriore attenzione • Fornire alla famiglia o ad altre persone significative linee guida su come un comportamento autolesionistico può essere gestito al di fuori dell'ambiente assistenziale • Fornire insegnamenti sulla malattia al paziente o ad altre persone significative se il comportamento autolesionistico è basato sulla malattia • Rafforzare i comportamenti positivi del paziente che riducono o eliminano i comportamenti auto-mutilanti o auto-abusivi • Sviluppare un piano di sicurezza con il paziente per trattare efficacemente i precursori indesiderati comportamento quando nel loro ambiente domestico
<p>1204 - Umore: equilibrio</p>	<p>5330 - Gestione dell'umore</p> <p>Definizione: Garantire la sicurezza, la stabilità, il recupero e il mantenimento dell'umore della persona depressa o maniacale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare l'umore (ad es. Segni, sintomi, storia personale) inizialmente e regolarmente come il trattamento progredisce • Amministrare questionari di autovalutazione (ad es. Beck Depression Inventory, stato funzionale scale), come appropriato • Determinare se il paziente presenta rischi per la sicurezza per sé o per gli altri • Considerare il ricovero in ospedale del paziente con disturbi dell'umore che rappresenta un rischio per la sicurezza, non è in grado di farlo soddisfare i suoi bisogni di auto-cura e / o manca di sostegno sociale

		<ul style="list-style-type: none"> • Avviare le necessarie precauzioni per salvaguardare il paziente o altre persone a rischio di danni fisici • Fornire o indirizzare un paziente per un trattamento per abuso di sostanze, se l'abuso di sostanze è un fattore contribuendo al disturbo dell'umore • Monitorare la capacità di cura di sé (ad es. Cura della persona, igiene, assunzione di cibo / liquidi, eliminazione) • Monitorare lo stato fisico del paziente (ad es. Peso corporeo e idratazione) • Monitorare e regolare il livello di attività e stimolazione nell'ambiente in accordo con il paziente esigenze • Aiutare il paziente a mantenere un normale ciclo di sonno / veglia • Aiutare il paziente ad assumersi la responsabilità crescente per la cura di sé man mano che è in grado di farlo • Fornire opportunità per l'attività fisica (ad esempio, camminare o andare in bicicletta) • Incoraggiare il paziente ad assumere un ruolo attivo nel trattamento e nella riabilitazione, come appropriato • Aiutare il paziente a identificare pensieri e sentimenti alla base dell'umore disfunzionale • Limitare la quantità di tempo a cui il paziente può esprimere sentimenti e / o resoconti negativi fallimenti passati • Aiutare il paziente a identificare i precipitanti dell'umore disfunzionale (ad es. Squilibri chimici, fattori di stress situazionali, dolore / perdita e problemi fisici) • Insegna nuove capacità di coping e di problem solving • Incoraggiare il paziente, per quanto può tollerare, a impegnarsi in interazioni e attività sociali con altri • Utilizzare interventi restrittivi (ad es. Restrizione dell'area, isolamento, contenzione fisica, chimica moderazione) per gestire comportamenti non sicuri o inappropriati che non rispondono a comportamenti meno restrittivi. • Gestire e trattare allucinazioni e / o delusioni che possono accompagnare il disturbo dell'umore • Somministrare farmaci stabilizzatori dell'umore (ad es. Antidepressivi, litio, anticonvulsivanti, antipsicotici, ansiolitici, ormoni e vitamine) • Monitorare il paziente per gli effetti collaterali dei farmaci e l'effetto sull'umore
--	--	--

<p>1934 - Sicurezza: ambiente sanitario</p>	<p>6486 - Gestione dell'ambiente: sicurezza Definizione: Monitoraggio e sistemazione dell'ambiente fisico al fine di promuovere la sicurezza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificare le esigenze di sicurezza del paziente, in base al livello di funzione fisica e cognitiva e così via storia passata di comportamento • Identificare i rischi per la sicurezza nell'ambiente (ad esempio, fisici, biologici e chimici) • Rimuovere i pericoli dall'ambiente, quando possibile • Modificare l'ambiente per ridurre al minimo pericoli e rischi • Utilizzare dispositivi di protezione (ad esempio, sistemi di ritenuta, sponde laterali, porte chiuse, recinzioni e cancelli) per limitare la mobilità o l'accesso a situazioni dannose • Avvisare le agenzie autorizzate a proteggere l'ambiente (ad es. Dipartimento sanitario, ambiente servizi, Agenzia per la protezione dell'ambiente e polizia) • Monitorare l'ambiente per rilevare eventuali cambiamenti nello stato di sicurezza • Assistere il paziente nel trasferimento in un ambiente più sicuro (ad esempio, rinvio per assistenza abitativa)
	<p>6420 - Restrizione degli spazi Definizione: Utilizzo di una minima limitazione restrittiva della mobilità della persona in un'area specifica per motivi di sicurezza o di gestione del suo comportamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilire che è stata avviata la misura meno restrittiva (se è stato utilizzato un livello inferiore, stabilire che è stato ritenuto inefficace prima di passare al livello di restrizione successivo) • Identificare per il paziente e gli altri significativi quei comportamenti che hanno reso necessario l'intervento • Limitare all'area designata che è appropriata • Spiegare la procedura, lo scopo e il periodo di tempo dell'intervento al paziente e al significativo altri in termini comprensibili e non punitivi • Identificare per il paziente e per le altre persone significative i comportamenti appropriati necessari per cessazione dell'intervento, ripetere se necessario • Modulare stimoli sensoriali umani e ambientali (ad es. Sessioni di visita, immagini, suoni, illuminazione, temperatura, ecc.) nell'area designata, se necessario • Utilizzare dispositivi e misure di protezione • Fornire un livello appropriato di supervisione / sorveglianza per monitorare il paziente e tenerne conto azioni terapeutiche, se necessario • Somministrare farmaci PRN (ad es. Ansiolitici, antipsicotici, sedativi), a seconda dei casi • Monitorare la risposta del paziente alla procedura • Fornire il comfort psicologico e la sicurezza del paziente

		<ul style="list-style-type: none"> • Offrire attività strutturate all'interno dell'area designata, come appropriato • Aiutare il paziente a modificare il comportamento inappropriato, quando possibile • Fornire un rinforzo positivo per un comportamento appropriato • Monitorare la necessità di modifiche (ad esempio, misurazione di livello inferiore / superiore, continuare o interrompere) la misura restrittiva a intervalli regolari • Tenere una sessione di debriefing (ad esempio, coprendo i comportamenti che portano alle misure e il paziente preoccupazioni sull'intervento) con il paziente e il personale dopo la fine dell'intervento • Documento (ad es. Motivazione della misura restrittiva, condizioni fisiche e psicologiche del paziente condizione, assistenza infermieristica fornita e motivazione per la conclusione dell'intervento) a punti di assistenza appropriati in base alla politica istituzionale, statale, federale e / o normativa.
<p>1208 - Depressione: livello</p>	<p>5310 - Ispirare speranza Definizione: Rafforzamento della fiducia di una persona nella capacità di avviare e portare a compimento le proprie azioni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aiutare il paziente e la famiglia a identificare le aree di speranza nella vita • Informare il paziente se la situazione attuale è uno stato temporaneo • Dimostrare speranza riconoscendo il valore intrinseco del paziente e osservando la malattia del paziente come solo un aspetto dell'individuo • Ampliare il repertorio dei meccanismi di coping del paziente • Insegnare a riconoscere la realtà esaminando la situazione e preparando piani di emergenza • Aiutare il paziente a concepire e rivedere gli obiettivi relativi all'oggetto della speranza • Aiuta il paziente a espandere il sé spirituale • Evita di mascherare la verità • Facilitare il paziente che incorpora una perdita personale nella sua immagine corporea • Enfatizzare il mantenimento delle relazioni, come menzionare i nomi dei propri cari a paziente che non risponde • Impiegare la revisione della vita guidata e / o la reminiscenza, a seconda dei casi • Coinvolgere attivamente il paziente nelle proprie cure • Sviluppare un piano di cura che coinvolga il grado di raggiungimento degli obiettivi, passando dal semplice al più obiettivi complessi

		<ul style="list-style-type: none"> • Incoraggiare le relazioni terapeutiche con altri significativi • Insegnare alla famiglia gli aspetti positivi della speranza (ad esempio, sviluppare conversazioni significative temi che riflettono l'amore e il bisogno per il paziente) • Fornire al paziente / famiglia l'opportunità di essere coinvolto con i gruppi di supporto • Creare un ambiente che faciliti la pratica religiosa da parte dei pazienti, come appropriato
--	--	--

Le azioni infermieristiche devono essere mirate alla soluzione dei problemi della persona e sono direttamente collegati alla fonte di difficoltà. Al momento dell'attuazione l'infermiere deve tenere presente i principi che sottendono l'atto, le priorità, la ripartizione degli atti all'interno dell'equipe, la sequenza degli atti e il tempo destinato a ciascun atto. Nella fase dell'attuazione degli interventi sono indispensabili alcuni strumenti di lavoro come procedure e protocolli.

4.5 Valutazione dei risultati

L'ultima fase del processo di nursing è la valutazione, in cui ci si accerta del conseguimento degli obiettivi e si pratica una revisione del piano. Si valuta in che misura è stato conseguito l'obiettivo, ed il comportamento che l'utente manifesta. La revisione precede la ripetizione delle varie fasi del processo di nursing, sia se gli obiettivi sono stati conseguiti, sia se non sono stati raggiunti. Questo fa capire che il processo di nursing è qualcosa di sequenziale, ma anche di ciclico. Lo scopo della valutazione è quello di valutare se l'obiettivo è stato raggiunto, questa fase può essere effettuata dal singolo infermiere o da tutta l'equipe di assistenza. Se gli obiettivi sono stati specificati in modo corretto e preciso e i criteri sono stati chiaramente definiti, l'infermiere potrà identificare con precisione il progresso della persona, altrimenti si incontrano difficoltà nel valutare se gli obiettivi sono stati raggiunti. Fondamentale risulta la definizione dei tempi necessari per realizzare gli interventi e sulla base dei tempi stabiliti si identifica quando effettuare la rivalutazione per verificare se l'obiettivo è stato raggiunto e quindi passare ad un'altra diagnosi o se ripianificare l'assistenza perché l'obiettivo è stato raggiunto parzialmente non è stato raggiunto.

Conclusioni

La pandemia da SARS-CoV-2 ha posto all'intera popolazione delle sfide riguardanti vari aspetti della vita quotidiana a partire dai legami sociali, economici e in particolare la salute; ed il suicidio è una delle conseguenze.

Diversi studi hanno evidenziato come in caso di eventi epidemici straordinari è verosimile attendersi un aumento, nella popolazione, di sintomi ansiosi, perlopiù legati a risposte disadattive di fronteggiamento dello stress, e un aumento del rischio di sviluppare sintomi depressivi fino a condotte suicidarie (Brooks et al., 2020).

Tutti questi agenti stressanti si aggiungono al potenziale effetto collaterale dell'isolamento nazionale mirato ad evitare la diffusione del covid-19, ma che ha comportato l'isolamento, la limitazione dei contatti interpersonali che rischiano di favorire l'ideazione suicidaria, soprattutto per le persone con problematiche di salute mentale con un peggioramento dei sintomi o emergenza di nuova sintomatologia, specialmente di tipo depressivo.

Per questo è importante fare attenzione a tutta una serie di indicatori che evidenziano un rischio suicidario (Montemurro, 2020); comportamenti come un pregresso tentativo di suicidio, pensieri e parole che possono evidenziare un desiderio di porre fine alla propria vita come sono "stanco della vita", "nessuno mi ama", "lasciatemi da solo", situazione socio-economica, contesto di vita, gruppo di appartenenza. Bisogna rispondere a questi bisogni in maniera preventiva a livello professionale con interventi di telemedicina, sostegno emotivo e psicologico e a livello comunitario rinforzo del capitale sociale, azioni di volontariato e altro.

Perciò è necessario considerare prioritaria l'azione preventiva in ambito sanitario a partire dagli infermieri e mettere in campo tutte le azioni possibili come creare/rafforzare reti di supporto per restare socialmente connessi anche se fisicamente distanti, condividere risorse utili anche in forma digitale e realizzare programmi preventivi "comprensivi" con una particolare attenzione alle categorie più vulnerabili.

L'infermiere è solitamente la figura che passa più tempo con i soggetti che adottano comportamenti suicidari sia a livello ospedaliero che territoriale per questo è necessario conoscere e adottare tutti gli interventi idonei al riconoscimento del rischio e a prevenirlo. Le raccomandazioni infermieristiche più importanti riassunte nelle Linee Guida della RNAO richiamano la capacità di instaurare con i soggetti a rischio di suicidio una

relazione terapeutica nel quale il paziente non si senta giudicato e stigmatizzato dall'operatore.

Oltre al riconoscimento dei fattori di rischio, il personale infermieristico deve anche saper cogliere i segnali di pericolo che la persona solitamente manifesta prima di passare all'azione suicidaria e deve anche saper riconoscere i fattori protettivi da utilizzare per favorire il miglioramento della sintomatologia.

Come specificato dalla Raccomandazione Ministeriale n.4 del 2008 e sottolineato dal Protocollo della Società Italiana di Psichiatria le azioni concrete e gli interventi da attuare al fine di ridurre il rischio di suicidio nei pazienti psichiatrici sono:

- effettuare un buon colloquio clinico-anamnestico,
- la somministrazione di scale di valutazione del rischio di suicidio,
- considerare i fattori ambientali per la promozione della sicurezza.

La Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-Ita), è uno strumento fondamentale per il personale infermieristico in quanto permette di valutare e quantificare il rischio di suicidio nei soggetti con disturbi psichici conclamati o possibili.

Durante l'assistenza a soggetti con ideazione suicidaria è importante che l'infermiere adotti tutti gli interventi finalizzati alla sicurezza della persona chiedendogli direttamente se ha mai pensato di farsi del male in qualche modo. Nel caso in cui la risposta sia affermativa è necessario approfondire e indagare se il soggetto ha sviluppato un piano suicidario e se esistono i mezzi per realizzarlo, in questo caso il rischio di suicidio aumenta notevolmente.

E' fondamentale, inoltre, creare un ambiente sicuro per la persona rimuovendo tutti gli oggetti potenzialmente dannosi vicini al soggetto e sorvegliarlo continuamente in particolare durante la somministrazione del pasto e della terapia farmacologica.

Se il paziente si sente accettato in modo incondizionato, a prescindere dal comportamento suicida, permette di affidargli una parte della responsabilità della sua sicurezza formulando un contratto verbale o scritto a breve termine nel quale il soggetto dichiara di non danneggiarsi o farsi del male.

Inoltre al fine di sorvegliare il soggetto continuamente può essere utile collocarlo vicino alla principale postazione di lavoro infermieristica, prestare particolare attenzione al suicidio passivo; in quanto il soggetto potrebbe rifiutare di bere o di alimentarsi o possa chiudersi all'interno della stanza.

La depressione e il comportamento suicidario possono essere visti come rabbia rivolta verso se stessi pertanto è importante che l'infermiere incoraggi il soggetto a esprimere i propri sentimenti, in un ambiente sicuro e privo di minacce al fine di accompagnarlo e stimolarlo nell'adozione di comportamenti sani ed adeguati.

Di particolare importanza risulta la fase di ripresa dalla malattia che richiede comunque un'attenta osservazione soprattutto se il soggetto diventa improvvisamente felice può essere necessaria un'osservazione speciale in quanto potrebbe già aver pianificato il suo intento suicidario.

Di fronte a queste problematiche una corretta pianificazione assistenziale contribuisce alla prevenzione dell'ideazione suicidaria in particolare in soggetti con problematiche mentali.

Bibliografia

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726–732.

American Psychiatric Association (APA). (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American journal of psychiatry*, 160(11 Suppl), 1–60.

Ashmore, R., Hemingway, S., Lees, J., & Barker, M. (2001). Assessing therapeutic intervention used by NHS Direct nurse advisers. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 10(10), 662–666.

Awenat, Y. F., Peters, S., Gooding, P. A., Pratt, D., Shaw-Núñez, E., Harris, K., & Haddock, G. (2018). A qualitative analysis of suicidal psychiatric inpatients views and expectations of psychological therapy to counter suicidal thoughts, acts and deaths. *BMC psychiatry*, 18(1), 334.

Barling, J., & Brown, R. (2001). Credentials and education needs for contemporary mental health nurses. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 6, 726–736.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343–352.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861–865.

Bennewith, O., Gunnell, D., Peters, T., Hawton, K., & House, A. (2004). Variations in the hospital management of self harm in adults in England: observational study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7448), 1108–1109.

Betti, M., & Di Fioriono, M. (1997). *Psichiatria e igiene mentale ruolo e funzioni dell'infermiere*, Mc Graw-Hil.

Bisconer, S. W., Green, M., Mallon-Czajka, J., & Johnson, J. S. (2006). Managing aggression in a psychiatric hospital using a behaviour plan: a case study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(5), 515–521.

Bohnert, K. M., Ilgen, M. A., McCarthy, J. F., Ignacio, R. V., Blow, F. C., & Katz, I. R. (2014). Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(1), 155–162.

Bouch, J. & Marshall, J. J. (2005). Suicide risk: structured professional judgment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 84-91.

Bridge, J. A., Barbe, R. P., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Brent, D. A. (2005). Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *The American journal of psychiatry*, 162(11), 2173–2175.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920.

Brunstein Klomek, A., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55(5), 282–288.

Casiano, H., Katz, L. Y., Globerman, D., & Sareen, J. (2013). Suicide and Deliberate Self-injurious Behavior in Juvenile Correctional Facilities: A Review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 22(2), 118–124.

Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395–405.

Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f5239.

Clinical Resource and Audit Group (CRAG). (2002). Engaging people. Observation of people with acute mental problems – A good practice statement. [Online]. Available: <http://www.show.scot.nhs.uk/crag>.

Crawford, M. J., Turnbull, G., & Wessely, S. (1998). Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff--an intervention study. *Journal of accident & emergency medicine*, 15(1), 18–22.

Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(5), 611–621.

Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11(4), 393–400.

Davis JH (1988). Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. In J Nolan (Ed) *The suicide case: Investigation and trial of insurance claims*. Tort and Insurance Practice Section, pp. 33-50. The American Bar Association, Washington, DC.

De Leo, D., Vichi, M., Kolves, K., & Pompili, M. (2020). Late life suicide in Italy, 1980-2015. *Aging clinical and experimental research*, 32(3), 465–474.

Decreto Ministeriale n. 4 (2008). *Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale. Ministero della Salute.*

Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2006). Keeping the unit safe: mapping psychiatric nursing skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(4), 198-207.

Dlugacz, Y. D., Restifo, A., Scanlon, K. A., Nelson, K., Fried, A. M., Hirsch, B., Delman, M., Zenn, R. D., Selzer, J., & Greenwood, A. (2003). Safety strategies to prevent suicide in multiple health care environments. *Joint Commission journal on quality and safety*, 29(6), 267–278.

Dochterman, J. M., Butcher, H. K., Bulechek, G. M., & Wagner C. M. (2020). *Classificazione NIC degli interventi.* Zannichelli.

Ferrara, P., Terzoni, S., D'Agostino, A., Cutcliffe, J. R., Pozo Falen, Y., Corigliano, S. E., Bonetti, L., Destrebecq, A., & Gambini, O. (2019). Psychometric properties of the Italian version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale. *Rivista di psichiatria*, 54(1), 31–36.

Field, M. J., & Lohr, K. N. (Eds.). (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program.* Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, National Academies Press (US).

Foundation Harvard Medical Institution (1996). *Guidelines for Identification Assessment and Treatment Planning for Suicidality.* Cambridge, MA: Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. 15p.

Ghirini, S., & Vichi, M. (2020). Caratteristiche e andamento temporale della mortalità per suicidio in Italia: uno studio descrittivo sugli ultimi 30 anni. *Bollettino epidemiologico nazionale*, 1(2), 1-8.

Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative.* Institute of Medicine (US) Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide, National Academies Press (US).

Gough, K. (2005) Guidelines for managing self-harm in a forensic setting. *British Journal of Forensic Practice*, 7(2), 10–14.

Gramaglia, C., Feggi, A., Bergamasco, P., Bert, F., Gattoni, E., Marangon, D., Siliquini, R., Torre, E., & Zeppegno, P. (2016). Clinical Characteristics Associated with Suicide Attempts in Clinical Settings: A Comparison of Suicidal and Non-Suicidal Depressed Inpatients. *Frontiers in psychiatry*, 7, 109.

Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(6), 468–471.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazioni 2018-2020. NANDA international*. Zannichelli, 496.

Holkup P. A. (2002). Evidence-based protocol elderly suicide--secondary prevention. *Journal of gerontological nursing*, 29(6), 6–17.

Istat (2017). Malattie fisiche e mentali associate al suicidio: un'analisi sulle cause multiple di morte.

Istat (2018). La salute mentale nelle varie fasi della vita. Anni 2015 – 2017.

Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741–749.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (1998). Inpatient suicides: Recommendations for prevention. [Online]. Available: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_7.htm

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (Eds.). (2011). *Series in death, dying and bereavement. Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(4), 381–389.

Kölves, K., Kölves, K. E., & De Leo, D. (2013). Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *Journal of affective disorders*, 146(1), 1–14.

Kposowa A. J. (2003). Divorce and suicide risk. *Journal of epidemiology and community health*, 57(12), 993.

Lyons, C., Price, P., Embling, S., & Smith, C. (2000). Suicide risk assessment: a review of procedures. *Accident and emergency nursing*, 8(3), 178–186.

MacLeod, A. K., Tata, P., Kentish, J., Carroll, F., & Hunter, E. (1997). Anxiety, depression, and explanation-based pessimism for future positive and negative events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(1), 15-24.

Mann, J. J., & Currier, D. M. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 25(5), 268–271.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074.

Marino, C., Lenzi, M., Canale, N., Pierannunzio, D., Dalmasso, P., Borraccino, A., Cappello, N., Lemma, P., Vieno, A., 2018 HBSC-Italia Group, & the 2018 HBSC-Italia Group (2020). Problematic social media use: associations with health complaints among adolescents. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 56(4), 514–521.

Mayo, D. J. (1992). *What is being predicted? The definition of “suicide”* (In *Assessment and prediction of suicide Maris R. W. et al*). The Guilford Press, pp. 88-101.

McMain S. (2007). Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 52(6 Suppl 1), 103S–114S.

Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Flynn, S., Burns, J., Amos, T., Shaw, J., & Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 188, 129–134.

Ministero della Salute. (2012). Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. Quinto Rapporto, Settembre2005 – Dicembre2012.

Montemurro N. (2020). The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 23–24.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2020). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*. Zannichelli.

Murray, B. L., & Hauenstein, E. J. (2008). Chapter 37 – *Selfharm and suicidal behaviour: Children, Adolescents, and Adults*. In W. Austin, & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric nursing for Canadian practice*, (p. 898-922). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

New Zealand Guidelines Group (NZGG), (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide: For emergency departments and mental health services acute assessment settings*. New Zealand Ministry of Health

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The lancet. Psychiatry*, 1(1), 73–85.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768–774.

Pierce D. W. (1981). The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 139, 391–396.

Pompili, M., Vichi, M., Innamorati, M., Lester, D., Yang, B., De Leo, D., & Girardi, P. (2014). Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health & social care in the community*, 22(4), 361–367.

Rapporto ISS Covid19 n. 23/2020. *Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale*.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006). *Establishing therapeutic relationships (Revised)*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

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

Reynolds, T., O'Shaughnessy, M., Walker, L., & Pereira, S. (2005). Safe and supportive observation in practice: a clinical governance project. *Mental Health Practice*, 8(8), 13-16.

Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G. A., Moore-Lewis, B., Mills, D. H., & Murray, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of forensic sciences*, 33(6), 1445–1456.

Royal College of Psychiatrists (RCP). (2004). *Assessment following self-harm in adults*. London, UK: Author.

Royal College of Psychiatrists (RCP). (2006). Better services for people who self-harm: Quality standards for healthcare professionals. [Online]. Available: <http://www.rcpsych.ac.uk/auditselfharm.htm>

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International journal of environmental research and public health*, 8(12), 4550–4562.

Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. John Wiley & Sons. New York.

Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 9(1), 123–138.

Sisask, M., Värnik, A., Kõlves, K., Konstabel, K., & Wasserman, D. (2008). Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nordic journal of psychiatry*, 62(6), 431–435.

Società Italiana di Psichiatria (SIP). (2013). *Prevenzione del Suicidio nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso ed SPDC*.

Stuckler, D. & Basu, S. (2013). *The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death*. London: Penguin Press.

Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine*, 36(5), 575–586.

Van Praag H. (2009). The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: *Oxford University Press*; 7–12.

Vichi, M. (2020). *Crisi pandemica COVID-19 e rischio suicidario*. Disponibile in: https://www.researchgate.net/publication/342715835_Crisi_pandemica_COVID-19_e_rischio_suicidario [07/04/2021]

Villani, D., Florio, E., Sorgente, A., Castelli, I., Riva, G., Marchetti, A., & Massaro, D. (2019). Adolescents' Beliefs About Peers' Engagement in an Online Self-Harm Challenge: Exploring the Role of Individual Characteristics Through a Latent Class Analysis. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 22(11), 684–691.

World Health Organization (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Suicide*. Author, Geneva.

World Health Organization (2014). *Preventing suicide. A global imperative*.

World Health Organization (2019a). *Suicide in the world. Global Health Estimates*.

World Health Organization (2019b). *World Health Statistics 2019. Monitoring health for the SDGs*.

Yeager, K. R., Saveanu, R., Roberts, A. R., Reissland, G., Mertz, D., Cirpili, A., et al. (2005). Measured response to identified suicide risk and violence: What you need to know about psychiatric patient safety. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 121-141.

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K., & Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine*, 13(5), 243–256.

Allegato 1: Domande per colloquio di valutazione

Fasi colloquio	Domande
Una domanda generale sul pensiero e sui sentimenti della persona sulla vita è spesso raccomandata per iniziare questa discussione.	<ul style="list-style-type: none"> - A volte le persone sentono che la vita non è degna di essere vissuta. Può dirmi cosa ne pensa della sua vita? - Quali sono gli aspetti della sua vita che la rendono degna di essere vissuta? - Quali sono gli aspetti della sua vita che potrebbero farle sentire o pensare che la sua vita non è degna di essere vissuta? - Si ritrova a desiderare una via di fuga definitiva dalla vita?
continuare con ulteriori domande che riguardano l'autolesionismo, il suicidio e la morte.	<ul style="list-style-type: none"> - Pensa alla sua morte o di morire? - Ha mai pensato di farsi del male o di cercare di uccidersi? - Pensa o sente in questo modo attualmente?
Se la persona esprime pensieri di autolesionismo e/o suicidio, o anche se lui/lei sembra continuare con queste domande. Essere attenti ai segnali della persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Quando ha iniziato a sperimentare questi pensieri e sentimenti? - Che cosa è accaduto prima di averli? - Con quale frequenza ha avuto questi pensieri e sentimenti? - Ha mai agito spinto da questi pensieri? - I suoi pensieri le impongono di agire dietro tale spinta? - Quanto vicino sente di essere arrivato ad agire? - Che cosa le ha impedito di agire? - Pensa di poter agire spinto da questi pensieri autolesionisti o suicidari in futuro? - Che cosa potrebbe aiutarla ad agire su di essi? - Se si uccidesse, cosa immagina che accadrebbe dopo la sua morte a quelle persone che sono importanti per voi? - Ha un piano per farsi del male o per uccidersi? - Ha a sua disposizione tali metodi per uccidersi? - Ha detto a qualcuno che sta pensando di uccidersi o pianificando di farlo?
Se una persona ha tentato il suicidio o si è impegnata in comportamenti autolesionisti, fare domande aggiuntive per valutare le circostanze in prossimità dell'evento.	<ul style="list-style-type: none"> - Cosa è successo nei suoi precedenti tentativi di autolesionismo o suicidio? Che cosa l'ha portata ad esso? - Cosa ha pensato appena prima che si facesse del male? - Erano presenti altre persone quando ha fatto questo? - Come si è sentito dopo il tentativo? Ha provato sollievo o dispiacere di essere vivo? - Come pensa e sente la sua vita ora? Sono cambiate le cose per Lei? Vede la sua vita allo stesso modo o diversamente? - Ci sono state altre volte in passato, in cui ha provato a farsi del male (o uccidere) se stesso? - Quante volte ha cercato di farsi del male, o ha cercato di uccidersi?

Allegato 2: Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-Ita)

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

Ferrara P, Terzoni S, D'Agostino A, Cutcliffe JR, Pozo Falen Y, Corigliano SE, Bonetti L, Destrebecq A, Gambini O (2019) Psychometric properties of the Italian version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale. Riv Psichiatr, 54(1),31.

Allegato 3: Schede delle procedure di prevenzione durante il ricovero

SCHEDA delle procedure di PREVENZIONE durante il ricovero (a cura del Medico o dell'infermiere)		
	Medico	Infermiere
Informare l'equipe della presenza in reparto di un paziente a rischio di suicidio segnalando tempestivamente ad ogni cambio turno ogni situazione di potenziale pericolo.	x	
Controllare gli effetti personali del paziente, magari assieme ad un familiare, allontanando qualunque oggetto che possa costituire pericolo.		x
Spostare, se possibile, il paziente in una stanza in cui il controllo da parte del personale è maggiore.		x
Colloquiare ad intervalli regolari con il paziente a rischio: in caso di variazioni significative informare il medico.		x
Non lasciare senza vigilanza, i farmaci o altro materiale potenzialmente lesivo durante il giro per la terapia o in medicheria.		x
Prestare la massima attenzione durante i trasferimenti .	x	x
Chiudere a chiave la Medicheria e tutti i magazzini contenenti detersivi e presidi potenzialmente pericolosi .	x	x
Porre particolare attenzione durante gli orari di visita dei parenti, durante le ore serali e notturne o quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine .		x
Preparare la dimissione con largo anticipo, segnalando ai servizi territoriali competenti (MMG, CSM, SERT, Servizio di Assistenza Domiciliare) i pazienti e le loro specifiche problematiche e programmando loro un appuntamento al fine di garantire la continuità assistenziale .	x	

Allegato 4: Scheda interventi preventivi e di sicurezza

SCHEDA INTERVENTI PREVENTIVI DI SICUREZZA	
Cognome Nome	Data.....
<p>Misure preventive attivate</p> <p><u>Durante il ricovero:</u> Allertato tutto il personale Osservazione costante del paziente Sensibilizzare i familiari sulla necessità di contribuire al controllo costante Sensibilizzare i familiari e gli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltellini, oggetti di vetro, farmaci) Controllare costantemente la stanza di degenza ed il bagno, ed allontanare qualunque oggetto possa costituire pericolo Vigilare che il paziente non acceda a sostanze potenzialmente pericolose (Farmaci, detersivi, presidi) Chiudere a chiave la medicheria Chiudere a chiave tutti i magazzini contenenti detersivi e presidi potenzialmente pericolosi Attivare familiare e/o volontario e/o personale integrativo per osservazione del paziente Porre particolare attenzione durante le ore serali e notturne Porre particolare attenzione quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine</p> <p><u>Alla dimissione:</u> Fornire tutte le informazioni utili sul rischio potenziale ai medici del reparto in cui potrebbe essere trasferito, ai medici del Servizio territoriale nell'ottica della continuità Fornire recapiti telefonici utili in caso di necessità o di bisogno Verificare che i punteggi alla Scale for Suicide Ideation (SSI) e alla Beck Hopelessness Scale (BHS) si siano normalizzati Altro.....</p>	
Il medico	L' infermiere