

INDICE

INTRODUZIONE	Pag 1
CAPITOLO 1- IL SUICIDIO, ASPETTI GENERALI DEL FENOMENO	
1.1 DEFINIZIONE DI SUICIDIO, PARASUICIDIO E TENTATIVO DI SUICIDIO	Pag 3
1.2. EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO	Pag 4
1.2.1 SUICIDIO NEL MONDO	Pag 4
1.2.2 SUICIDIO IN ITALIA	Pag 8
1.3. FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE	Pag 10
CAPITOLO 2- LINEE DI INDIRIZZO NELLA PREVENZIONE E GESTIONE DEL SUICIDIO	
2.1 SUICIDIO IN OSPEDALE	Pag 12
2.2 ANAMNESI MEDICA ED INFERMIERISTICA	Pag 13
2.3 PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE	Pag 16
2.4 ASPETTI PECULIARI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	Pag 17
2.5 MISURE DI SICUREZZA AMBIENTALE E ORGANIZZATIVE	Pag 19
2.6.1 IL SUICIDIO COME EVENTO SENTINELLA	Pag 20
2.6.2 PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE E TRASMISSIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA	Pag 23
CAPITOLO 3- REVISIONE DELLA LETTERATURA	
3.1 MATERIALI E METODI	Pag 24
3.1.1 OBIETTIVO DI RICERCA	Pag 24

3.1.2 QUESITO DI RICERCA	Pag 24
3.1.3 FONTI DI RICERCA	Pag 24
3.2 ANALISI DELLA LETTERATURA	Pag 26
3.3 DISCUSSIONE	Pag 33
CONCLUSIONE	Pag 34
BIBLIOGRAFIA	Pag 36
ALLEGATI	Pag 41

INTRODUZIONE

Le motivazioni che mi hanno spinta a scegliere tale argomento sono molteplici.

Il tentativo di suicidio è un evento che, purtroppo, ho vissuto in prima persona e questo mi ha portato a pormi, nel corso, del tempo molteplici domande. Mi sono interrogata sulle reali ragioni per cui una persona commette tale gesto, mi sono chiesta se questo fosse dettato da una decisione impulsiva a seguito di un evento estremamente traumatico (quali un lutto, una separazione, un licenziamento) per l'individuo o se al contrario fosse una decisione maturata e pianificata nel corso del tempo, degli anni; mi sono interrogata sull'azione preventiva: è davvero possibile? Qual è il ruolo che il personale sanitario svolge? quale ruolo svolgono i famigliari? Mi sono domandata quale sia, inoltre, l'aiuto che deve essere offerto a quest'ultimi, cosa provano e come possiamo aiutarli a "superare", a metabolizzare questo evento.

Personalmente non ho vissuto un decesso quanto numerosi tentativi di suicidio da parte di una persona cara, abbiamo sempre attribuito "le colpe", se così posso definirle, alla patologia psichiatrica: alla depressione; ma è solo la patologia psichiatrica che conduce la persona a commettere un tale gesto? O semplicemente attribuiamo alla patologia psichiatrica tutte le "colpe" perché risulta più facile accettarlo in questi termini? Credo che questa domanda, probabilmente, non avrà mai una risposta univoca. Per quanto concerne la mia esperienza, è stato difficile affrontare sia la depressione che tutto quello che ha comportato poi la patologia, sia nella vita di colei alla quale è stata diagnosticata, sia in coloro che la circondano. Ed è stata proprio l'incontro con la patologia psichiatrica a permettermi di richiedere di svolgere il tirocinio presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) svolto presso l'Ospedale di Muraglia, è stato uno dei tirocini più belli e formativi, mi ha permesso di entrare in profondo contatto con l'altro, mi ha permesso di cogliere la profonda sofferenza dell'altro, mi ha permesso di capire che in quanto professionisti, in quanto operatori sanitari non dobbiamo né possiamo soffermarci unicamente sulla dimensione fisica, sulla patologia organica perché spesso dietro ad essa si nasconde tanto altro. Durante questo tirocinio ho conosciuto due pazienti, le quali con metodi diversi, hanno entrambe tentato di togliersi la vita, erano persone caratterialmente diverse, si relazionavano con gli altri in modo diverso: una, aveva tendenze solitarie, preferiva trascorrere le proprie giornate in camera ad ascoltare musica (quando le era permesso), l'altra aveva invece un profondo bisogno di prendersi cura degli altri,

trascorrevano tutto il suo tempo in compagnia degli altri pazienti o operatori, trascurando quelle che fossero le proprie necessità. Pazienti in cui il tentativo di suicidio era da un lato pianificato nel corso di molto tempo, circa un anno e nell'altro caso era, invece, frutto di una decisione momentanea, di un profondo dolore causato da una separazione. Ho trascorso molto tempo con entrambe, ho parlato con entrambe, ho cercato di mettermi nei loro panni e ho cercato di comprenderle perché a mio parere solo attraverso la comprensione, l'empatia, la comunicazione possiamo (forse) aiutarle. Come futura professionista della cura non posso negare che dietro a tale gesto si nasconde un estremo bisogno di aiuto e dunque vorrei ricercare e conoscere tutti gli strumenti che in futuro mi possano aiutare ad evitare il verificarsi dell'evento.

PRIMO CAPITOLO: IL SUICIDIO, ASPETTI GENERALI

1.1 DEFINIZIONE: SUICIDIO, PARASUICIDIO E TENTATIVO DI SUICIDIO

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

Sono diversi gli autori che, nel corso del tempo, hanno esaminato e proposto una propria definizione di suicidio, individuandone inclinazioni diverse. Alcuni autori hanno colto nel suicidio la presenza di due componenti: l'intento e la mortalità, come Davis (Davis, 1988) e Rosenberg (Rosenberg et al., 1988). Mayo, individua quattro elementi, i quali definiscono il suicidio come un atto compiuto da un'unica persona, che agisce in modo attivo o passivo ma con l'intento finale di interrompere la propria vita e, come un evento che ha luogo solo in caso di morte (Mayo, 1992).

Altri autori, oltre a sottolineare l'intenzionalità, misero in risalto altri aspetti di tale fenomeno: Beachler pone l'accento sulle difficoltà esistenziali cui può originare tale atto (Beachler, 1975); altri autori si soffermarono sulle modalità attraverso cui può sopraggiungere la morte (Goldsmith et al, 2002).

L'Institute of Medicine, nel 2002, cerca di operationalizzare il costrutto evidenziandone la multifattorialità. È utile citare anche la riflessione di Bridge, il quale afferma che il suicidio potrebbe essere caratterizzato anche da una conoscenza non sempre accurata delle conseguenze e dei rischi legati a tale comportamento (Bridge, 2005).

Nel considerare i vari aspetti che costituiscono il fenomeno suicidario, risulta essere complicato per la comunità scientifica fornire una definizione univoca. Quello che emerge, da un'analisi generale della letteratura, è che i lavori degli autori che si sono dedicati al tema del suicidio, non si concludono con un'unica definizione ma con vere e proprie nomenclature spesso discordanti.

Per quanto concerne il concetto di parasuicidio, ci troviamo di fronte ad un'ambiguità di significati: Kieman nel definirlo pone l'accento sull'esito, non considerando l'intento ma solo la riuscita o meno dell'atto (Kieman, 1997), Pavan sottolinea non solo l'esito dell'atto (non fatale) ma l'intenzione di danneggiare sé stessi (Pavan, 1991).

Nel definire il tentativo di suicidio, gli autori sembrano essere concordi nel considerarlo un gesto autoinflitto, potenzialmente lesivo, attraverso il quale si manifesta l'intenzione esplicita o implicita di morire, con esito non fatale, quindi che non provoca la morte del soggetto. La National Strategy for Suicide Prevention (NSSP) definisce il tentativo di suicidio come *“un comportamento di potenziale auto danneggiamento, con risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona intenda uccidere sé stessa. Un tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni”*. La NSSP effettua, inoltre, una sottile distinzione tra il tentativo di suicidio e l'atto suicida, nel quale oltre alla potenzialità del gesto può determinarsi la morte.

L'OMS afferma che il *“tentativo di suicidio e parasuicidio sono termini usati intercambiabilmente riconoscendo le difficoltà inerenti l'accertamento degli intenti”* (OMS, 1994), suggerisce dunque la possibilità di utilizzare il termine parasuicidio come un sinonimo di tentativo di suicidio a prescindere dall'intenzionalità del gesto, data la difficoltà nel poterlo riscontrare.

Secondo gli esperti dell'OMS, i termini suicidio e tentativo di suicidio o parasuicidio, vengono utilizzati per indicare un'estrema gamma di atti pregiudizievoli per l'individuo, compiuti nel quadro di un progetto di autodistruzione più o meno spinto e consapevole. Il termine suicidio implica l'esito fatale mentre il tentativo di suicidio indica l'atto che non porta al decesso.

La distinzione tra suicidio e tentativo di suicidio o parasuicidio è difficile, in quanto risulta difficoltoso riuscire a cogliere le esatte motivazioni dell'atto così come i fattori che possono averlo provocato. Non è sempre possibile effettuare una netta distinzione in funzione unicamente dell'esito, mortale o meno del gesto, in quanto, spesso, non è possibile stabilire con certezza se l'intenzione vera sia stata l'autodistruzione, o se al contrario l'atto sia semplicemente un atto dimostrativo e si sia giunti all'esito fatale perché finiti al di là dell'intenzione di partenza. Altre volte può trattarsi di un suicidio mancato perché compiuto con ignoranza dell'adeguatezza del mezzo.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO

1.2.1 SUICIDIO NEL MONDO

Il rapporto pubblicato dall'OMS relativo all'anno 2019 ha evidenziato come il suicidio rappresenti uno dei principali e dei più gravi problemi di salute pubblica, rappresentando

la seconda causa di morte a livello globale e la quarta causa di decesso nella popolazione compresa tra i 15 e i 29 anni.

I tassi di suicidio dal 2000 al 2019 hanno subito un decremento, con un tasso globale in calo del 36%; al contrario sono stati registrati tassi elevati nelle regioni dell'America, dove, i tassi di suicidio sono incrementati nello stesso periodo del 17%. Il suicidio, secondo quanto analizzato, causa più decessi rispetto alla malaria, all'HIV/AIDS, al cancro al seno, alle guerre e agli omicidi (OMS,2019).

Nel 2019 sono stati stimati 703.000 morti per suicidio, un tasso di suicidio annuo globale standardizzato per età di 9,0 su 100.000 abitanti (12,6 per i maschi e 5,4 per le femmine). A livello globale, il tasso di suicidio standardizzato per età è 2,3 volte più alto nei maschi piuttosto che nelle femmine. Nei paesi a medio-alto reddito il numero dei morti per suicidio nella popolazione maschile è di 2,6 rispetto alla popolazione femminile, mentre nei paesi a medio-basso reddito il divario risulta essere minore (1,8 uomini suicidi per ogni donna).

Le donne nei paesi a reddito medio-basso hanno registrato il tasso di suicidio più elevato (7,1 per 100-000) rispetto alle donne di altri livelli di reddito.

I maschi nei paesi ad alto reddito hanno il tasso suicidio più elevato (16,5 per 100.000) rispetto ai maschi appartenenti ad altri livelli di reddito.

Il tasso più elevato di suicidio è stato registrato nell'Africa in cui il tasso standardizzato per età è di 11,2 per 100.000 abitanti. All'africa segue l'Europa (10,2 per 100.000) e il sud-est asiatico (9,00 per 100.000); in cui sono stati registrati tassi superiori alla media globale. Il tasso di suicidio più basso è stato registrato nella regione del Mediterraneo Orientale (6,4 per 100.000) (OMS,2019).

Il fenomeno suicidario potrebbe essere sottostimato e molte morti per suicidio potrebbero essere attribuite erroneamente ad altre cause, essendo considerato illegale in numeri paesi e nazioni in cui vigono religioni quali l'Ebraismo e l'Islam, le quali considerano il suicidio uno dei peccati più gravi che l'uomo può commettere.

Nonostante i rilievi epidemiologici costituiscano un apprezzabile riferimento per una valutazione dell'incidenza e prevalenza dei comportamenti suicidari, sono diversi i fattori che rendono problematiche le comparazioni dei dati provenienti da nazioni diverse. Esistono differenze nelle metodiche utilizzate per l'identificazione dei casi di suicidio e tentativo di suicidio, differenza nella compilazione del certificato di morte e nella codifica

della reale causa di morte. Un ulteriore elemento che influisce sulle modalità di definizione del problema, dell'interpretazione dell'intenzionalità è l'atteggiamento culturale nei confronti del fenomeno, da ciò si suppone un elevato rischio di sottostima. (Meneghel et al. 2004; Pavan et al. 1991).

Per quando concerne il tentativo di suicidio, i dati registrati a livello mondiale non risultano essere univoci in quanto non esiste un unico organismo quale l'OMS, deputato al monitoraggio dei tentativi di suicidio che si registrano ogni anno in tutte le nazioni (Meneghe et al.,2004). I tassi di tentativo di suicidio rilevati nel periodo 1970-2000 nella popolazione generale mostrano un'incidenza che va da 2,6 a 1100 per 100.000 abitanti e un range di prevalenza lifetime che oscilla tra 720 e 5930 per 100.000 abitanti. Per quando concerne l'età è possibile osservare un inversione di tendenza: mentre l'incidenza del suicidio cresce all'aumentare dell'età, la tendenza dei tentativi di suicidio risulta essere opposta. La proporzione parasuicidi/suicidi completi nella popolazione anziana risulta essere approssimamente di 4:1, 200:1 per la fascia giovane e 15:1 per la popolazione generale (Meneghel et al.,2004) (De Leo et al.,2001). Per quando riguarda la relazione tra genere e tentativo di suicidio, i vari studi sono concordi nel rilevare una frequenza maggiore nel sesso femminile, indipendentemente dalla zona geografica. (Meneghel et al., 2004) (Hjelmeland et al., 2000) (Schimidtke et al., 1996) (Moscicki, 1995)

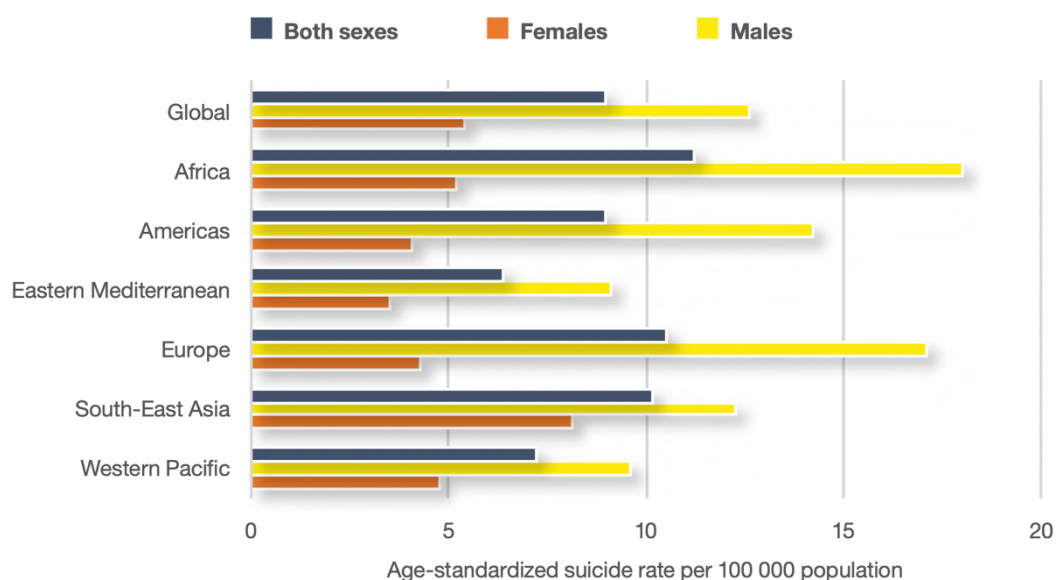


Grafico1: OMS, (2019). Tassi di suicidio standardizzati in base all'età (per 100.000 abitanti), per regione.

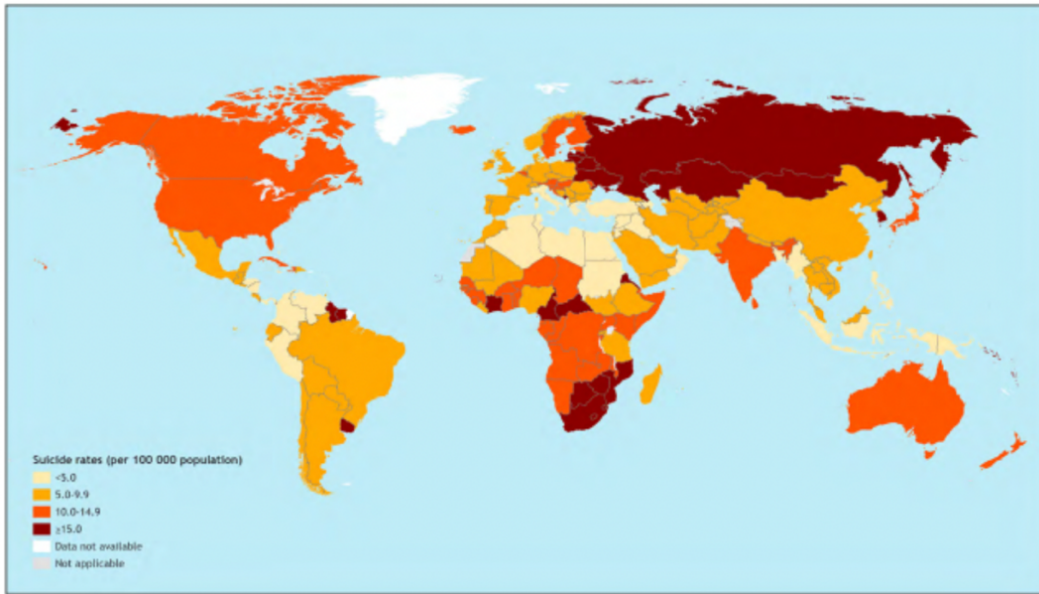


Figura 1: OMS, (2019). Global Health Estimates. Tassi di suicidio a livello globale.

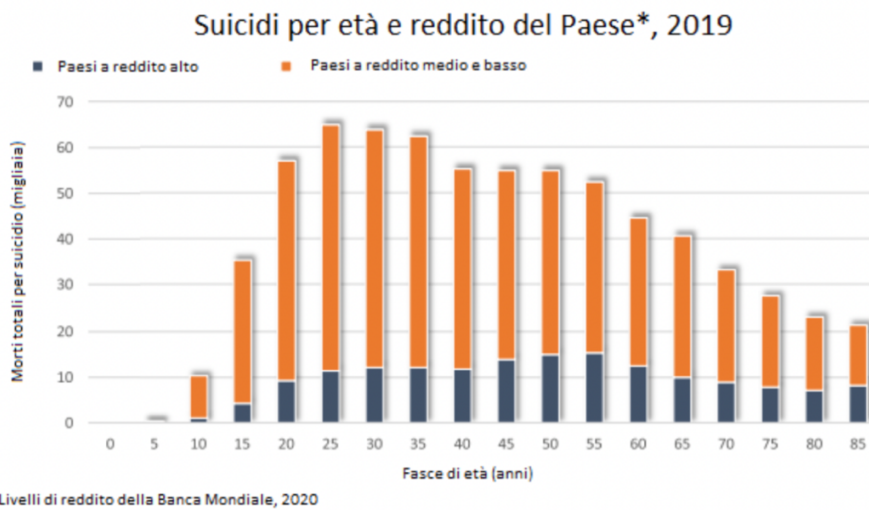


Grafico 2: OMS,(2019). Tassi di suicidio in base all'età e al reddito a livello globale.

1.2.2 SUICIDIO IN ITALIA

Ogni anno nel mondo circa 800.000 persone si tolgono la vita suicidandosi. L'Italia, sebbene sia considerato un paese a medio/basso rischio di suicidio, registra ogni anno 4000 morti per suicidio. Il tasso viene calcolato prendendo come riferimento la popolazione con età superiore ai 15 anni, essendo un evento estremamente raro nell'infanzia.

Nel 2020, secondo i dati ISTAT pubblicati nel documento “indagine sulle cause di morte”, 3712 persone residenti in Italia si sono tolte la vita (79% maschi, 21% femmine), sono esclusi dal dato gli stranieri temporaneamente presenti nel territorio Italiano e i non residenti. Il tasso di suicidio subisce complessivamente una lieve riduzione (-4%) rispetto al quinquennio precedente (2015-2019), con una riduzione di -2,8% nei maschi e del -7,7% nelle femmine.

Il dato standardizzato per età, mostra una maggiore stabilità mantenendo il valore complessivo di 6,7 suicidi per 100.00 residenti (11,3 per 100.000 uomini; 2,7 per 100.000 femmine).

I tassi di mortalità per suicidio risultano essere leggermente più elevati nel Nord Italia e, in particolare per gli uomini, nelle regioni del Nord-Est. Per entrambi i generi i tassi di suicidio risultano essere inferiori nelle Regioni del Sud-Italia.

In termini assoluti anche in Italia, come nel resto del mondo, la quota maggiore di suicidi si registra nelle persone anziane: circa una persona suicida su 3 ha più di 70 anni, con una proporzione analoga per entrambi i generi. In termini relativi i suicidi rappresentano lo 0,2 % del totale dei decessi tra gli ultrasettantenni, mentre rappresentano il 12% delle morti tra i giovani di 15-29 anni.

Considerando la popolazione compresa tra i 15 ed i 29 anni, il suicidio rappresenta la seconda causa di morte negli uomini, con un numero analogo alle morti causate dai tumori (13% del totale) e inferiore solo al decesso causato dagli incidenti stradali (35% del totale); per le donne della stessa età, invece, la mortalità per suicidio costituisce il terzo posto, preceduta dai decessi per tumori (26%) e per gli incidenti stradali (24%) (Grafico 3).

In Italia, l'impiccagione è il mezzo più utilizzato dagli uomini per togliersi la vita, il 50% dei suicidi relativi al 2011 è stato effettuato con questa modalità. L'uso delle armi da fuoco (16%) e la precipitazione da luoghi elevati (15%) hanno rappresentato le altre due

modalità più frequenti utilizzati tra i suicidi maschili. Anche tra le donne l'impiccagione costituisce uno dei principali mezzi utilizzati (31%), insieme alla precipitazione (34%); altri metodi, quali l'annegamento (9%) e l'avvelenamento da farmaci (7%) sono meno frequenti ma non per questo trascurabili.

In Italia, a differenza di quanto si registra in altri Paesi, i decessi causati dall'avvelenamento da pesticidi e da altre sostanze chimiche costituiscono una proporzione bassa del totale dei suicidi (1,5% tra gli uomini ed il 3,8% tra le donne) (Vichi M. & Conti S,2014).

Bermann (1999) ha ipotizzato una serie di fattori che influenzano la scelta del mezzo utilizzato per togliersi la vita, ossia:

1. Disponibilità e accessibilità del mezzo
2. Consuetudine d'uso
3. Dimestichezza
4. Il condizionamento sociale e comportamentale
5. La rilevanza, ovvero la facilità con cui il soggetto pensa al mezzo in questione, determinata, ad esempio, dalla pubblicità
6. L'intenzionalità e la possibilità di soccorso (se l'intenzione è elevata, i metodi scelti saranno quelli più letali quindi quelli più difficile da impedire)

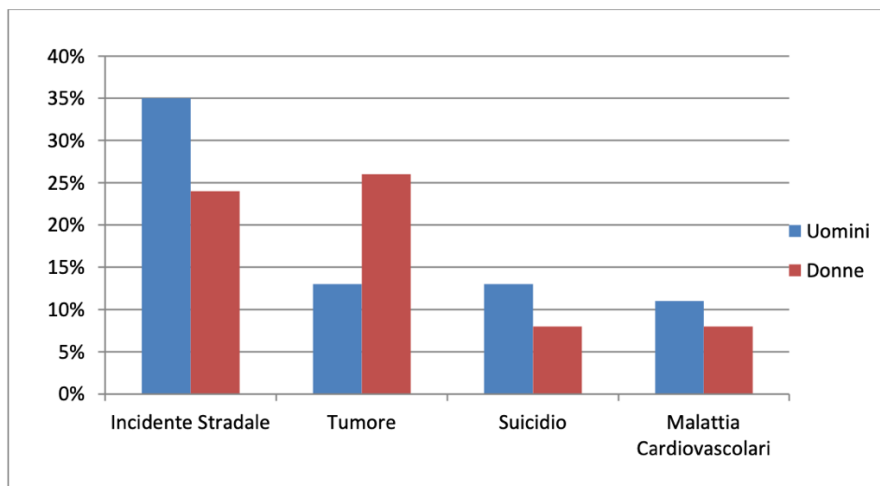


grafico 3: percentuali relative alle principali cause di morte nella popolazione compresa tra i 15 ed i 29 anni.

1.3 FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE

Il suicidio risulta essere un comportamento complesso ad eziologia multifattoriale.

Secondo molteplici studiosi, la patologia psichiatria, rappresenta la condizione necessaria ma non sufficiente affinché si compia il gesto suicida. Non tutti i deceduti per suicidio presentano però sintomi psichiatrici prima del decesso. Dai resoconti dei tentativi o dei suicidi compiuti si evince come siano principalmente tre le classi di disturbi psichiatrici presenti: disturbo dell'umore, disturbi da abuso di sostanze e disturbi della condotta. Il disturbo maggiormente presente nei soggetti suicidi è la depressione, sia monopolare che bipolare, presente, inoltre, anche nei soggetti che compiono atti parasuicidi: la perdita di speranza nei confronti di sé stessi, nei confronti del mondo e del futuro (definita triade di Beck) e la presenza di un costante sentimento di disperazione, possono condurre la persona depressa a vedere il suicidio come l'unica strategia di coping possibile per fronteggiare il proprio immenso dolore. L'abuso di alcool e droghe viene rilevato con frequenza sia in coloro che compiono il suicidio, sia in coloro che commettono atti parasuicidi: si stima che oltre il 33% degli adolescenti che presentano una storia di abuso di sostanze commetta gesti suicidi. Per quanto concerne i disturbi della condotta, Kring e colleghi (Kring et al,2007) scoprirono che il 70 % dei soggetti morti suicidi sottoposti ad autopsia psicologica mostravano prima della morte un comportamento antisociale: spaccio di droga, rapine, prostituzione. Spesso i disturbi della condotta, i disturbi dell'umore e l'abuso di sostanze si presentano congiuntamente, incrementano dunque la frequenza e la letalità dei suicidi.

Un'altra patologia correlata al suicidio è il disturbo borderline di personalità, il quale si manifesta con squilibri affettivi, rabbia profonda e comportamento impulsivo. L'impulsività, non solo conduce ad un comportamento rabbioso, ma sostiene una bassa tolleranza alla frustrazione e l'assenza di programmazione.

I disturbi psichiatrici sono associati all'80-90% dei suicidi (OMS, 2014). Vi sono inoltre altre condizioni associate al suicidio quali la presenza di patologie fisiche croniche, il dolore, il cancro e i disturbi neurologici. Tra gli anziani occorre considerare anche la presenza di malattie somatiche.

Tra i fattori di rischio dobbiamo considerare anche i fattori socio-ambientali quali problemi relazionali e familiari, violenze subite, lutti, divorzi, la solitudine. Influisce, inoltre, nella vita del soggetto la condizione economica: la povertà, la disoccupazione,

l'emigrazione. Sono considerati fattori di rischio anche alcune le occupazioni che mettono il soggetto in contatto con sostanze letali e, in generale, rendono dunque disponibile il mezzo letale. Precedenti tentativi di suicidio sono da considerarsi fattori di rischio (anche se il metodo utilizzato è un metodo non violento e non letale): più del 50% di chi tenta il suicidio, compie più di un tentativo e circa il 20% lo ripete entro i 12 mesi seguenti (Schmidtke,1996).

I fattori protettivi, hanno caratteristiche tali, da diminuire la possibilità che un soggetto consideri l'idea del suicidio, tenti il suicidio o che lo commetta. L'OMS ha evidenziato alcune condizioni che sembrano ridurre il rischio di suicidio, le più rilevanti sembrano essere: le relazioni familiari, fiducia in sé stessi, avere una forte consapevolezza del proprio valore, capacità di chiedere aiuto, capacità di confrontarsi con gli altri, capacità di autogestione e di coping; una buona rete relazionale con gli amici, con i vicini, con i compagni di lavoro, con i compagni scuola e fattori ambientali quindi condurre una vita sana, mangiare e dormire in modo corretto, effettuare attività fisica ed avere contatto con la natura. (Kessler R., Bergers G. & Walters EE.,1999)

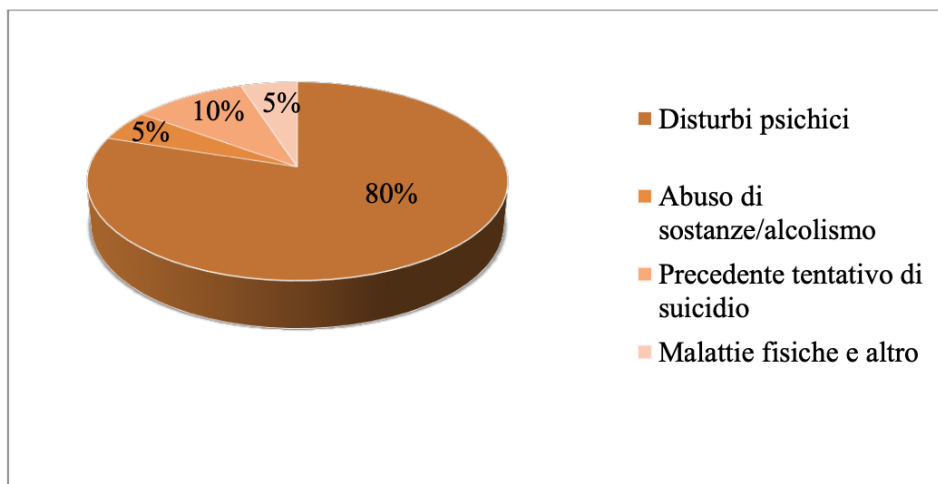


Grafico 4.: Harris EC & Barraclough B. (1997). Fattori di rischio relativi al suicidio

SECONDO CAPITOLO: LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL SUICIDIO DAL PUNTO DI VISTA INFERMIERISTICO

2.1 IL SUICIDIO IN OSPEDALE

Il ricovero in ambiente ospedaliero costituisce un fattore di rischio per il fenomeno suicidario e ciò è allarmante se si considera la vastità dei pazienti che accedono alle cure ospedaliere, inoltre il ricovero non sembra ridurre in modo sensibile il rischio di suicidio. L'incidenza del suicidio aumenta drasticamente nella popolazione ricoverata in Ospedale e nella popolazione dimessa da una a tre settimane (OMS,2008). Molteplici possono essere le ragioni di questo aumento:

- La degenza presso la struttura Ospedaliera, può essere accompagnata a vissuti di abbandono, estraniamento, mancanza di autonomia, mancanza di controllo e di privacy
- L'ospedalizzazione corrisponde ad uno stato di malattia che può accompagnarsi a vissuti di lutto, di perdita, di confusione
- La condizione di ricovero comporta un disagio riconducibile sia alla gravità della patologia organica sia alla separazione del paziente dal suo nucleo familiare

Il paziente risulta dunque depersonalizzato al momento del ricovero, a volte inoltre il paziente risulta essere poco informato rispetto alla propria condizione e all'iter diagnostico-terapeutico a cui sarà sottoposto, questo fa sì che il paziente possa sentirsi in "balia" degli eventi, eventi che non può né modificare né dominare.

L'ospedale, inoltre, rappresenta il luogo simbolico della vita e della morte, di conseguenza costituisce il teatro ideale per l'attuazione del gesto suicidario.

Il suicidio in ospedale costituisce un Evento Sentinella di particolare gravità, la cui prevenzione si basa su un'appropriata valutazione del paziente.

Negli ospedali Italiani, secondo quanto riportato dal quinto rapporto del Ministero della Salute relativo al periodo 2009-2020, su 8974 segnalazioni totali (relativi agli eventi sentinella che si sono verificati nelle strutture ospedaliere), 967 (10,78%) sono riferite a pazienti che si sono suicidati o che hanno tentato il suicidio in ospedale.

Il verificarsi dell'evento indica una sottovalutazione delle condizioni psichiche del paziente e un'inadeguata sorveglianza nei confronti dei pazienti considerati ad alto

rischio; inoltre l'inadeguatezza delle caratteristiche ambientali, degli spazi ospedalieri e delle condizioni organizzative possono favorire il verificarsi dell'evento.

La letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio relativi al suicidio (predittori), la loro conoscenza consente l'adozione di strategie che risultano essere efficaci per la riduzione degli eventi suicidari (compresi i tentati di suicidio) in ospedale, per far ciò occorre agire su:

1. Strumenti di valutazione del paziente
2. Profili assistenziali per pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio che prevedano la continuità delle cure anche dopo la dimissione
3. Processi organizzativi
4. Formazione degli operatori
5. Idoneità ambientale e strutturale

Il suicidio può verificarsi in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali: il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologica e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazzi e vani di servizio.

Per garantire la prevenzione del fenomeno suicidario in ospedale risulta essere fondamentale la presa in carico del paziente e l'attuazione delle attività previste dall'anamnesi medica ed infermieristica.

2.2 ANAMNESI MEDICA- INFERMIERISTICA

Il personale medico ed infermieristico, ciascuno rispettando le proprie aree di competenze, dovrà effettuare, in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra l'operatore e il paziente, un'attenta e completa anamnesi, strumento essenziale per l'identificazione dei pazienti che presentano fattori di rischio che dovranno essere monitorati.

Particolare attenzione va rivolta ai pazienti sottoposti a repentini cambiamenti di stili di vita ed a coloro che:

- Presentano una chiara patologia psichiatrica, clinicamente evidente, in particolare le sindromi depressive,
- Manifestano una sindrome organica confusionale,
- Giungono in struttura e manifestano ideazione suicidaria,

- Hanno una reazione suicidaria all'interno della struttura sanitaria,
- Hanno subito o temono di subire una grave perdita (a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, passaggio da terapia curativa a terapia palliativa, decesso di neonato o altri eventi luttuosi, depressione post-partum, amputazione di arto ed altre prognosi infauste).

La valutazione del rischio di suicidio dovrà prevedere:

- **Ricostruzione storica della vita del paziente** (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto)
- **Analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali** del paziente. Vanno considerati almeno: sesso, età ed eventuale isolamento sociale
- **Accertamento delle condizioni cliniche**, è fondamentale per la rilevazione di eventuali pazienti a rischio suicidario. La presenza di alcune condizioni cliniche aumenta il rischio di suicidio o tentativo di suicidio nel paziente.

I pazienti che presentano le seguenti condizioni cliniche potrebbero essere maggiormente a rischio: sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini di personalità con comportamento aggressivo o narcisistico o falsa autosufficienza, personalità borderline o antisociale, disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, da gioco), eventuali diagnosi multiple, ansia, attacchi di panico, insonnia, patologia terminale

- **L'esame obiettivo.** Un attento e completo esame obiettivo risulta utile per cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcol e/o sostanze stupefacenti nonché di un eventuale sindrome da astinenza; a tal proposito può essere utile effettuare gli esami ematochimici, eventualmente anche specifici come l'alcolemia, la ricerca di oppiacei o altre sostanze; durante l'esame obiettivo possiamo osservare inoltre la presenza di eventuali segni relativi a comportamenti autolesivi
- **Rilevazione di altri segni predittori**, tra cui: difficoltà di ragionamento, commenti o battute relativi al suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di

speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, disperazione, bassa autostima di sé stessi, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, lettura degli eventi esterni come fatti personali, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti futuri, eccessiva attenzione alla donazione degli organi, eccessivo interesse o disinteresse nei confronti della religione o recente cambio di atteggiamento nei confronti di essa, possesso “maniacale” di farmaci, pensiero fisso nella necessità di effettuare il testamento o di sistemare i propri affari.

Una migliore valutazione del rischio e la conoscenza del problema consentono di mantenere un elevato livello di vigilanza per identificare eventuali turbamenti del paziente o, paradossalmente, se i sintomi sembrano alleggerirsi.

- **Colloquio più approfondito** con il paziente. Nei casi in cui vi sia un sospetto, dunque dopo aver raccolto attraverso l’anamnesi, le informazioni relative ai rischi, è affidato al medico che ha in cura il paziente, il compito di effettuare un colloquio più approfondito con lo stesso, in un clima di rispetto e di fiducia, adottando un atteggiamento empatico e di ascolto attivo, scegliendo la sede più opportuna in cui venga rispettata la privacy e non vi siano interruzioni.

Le scale che possono essere adottate per valutare il rischio di suicidio sono:

- Il questionario di Beck (**Beck Hopelessness Scale, BHS**).

La BHS misura la gravità degli atteggiamenti negativi (hopelessness) nei confronti del futuro (pessimismo) percepiti dagli adolescenti e/o adulti. La scala BHS si compone di 20 item, con risposta “vero/falso”. Ad ogni item è attribuito un punteggio di 0 o 1, essi valutano la gravità delle aspettative negative sul futuro, sia nel breve che nel lungo periodo. Il punteggio totale va da 0 a 20.

Gli autori hanno isolato 3 fattori: il primo, denominato Sentimenti: esprime gli aspetti affettivi quali la speranza, l’entusiasmo e la fiducia (item 1,6,13,15 e 19); il secondo, denominato Perdita della Motivazione, è caratterizzato dalla decisione di non desiderare nulla, di non perseguire quanto desiderato (item 2,3,9,11,12,16,17 e 20); il terzo, Aspettative Future, riguarda l’anticipazione (negativa) di ciò che ci si può aspettare dalla vita, un futuro nero, vago, incerto (item 4,7,8,14 e 18). Il questionario può essere autosomministrato o somministrato

oralmente dall'esaminatore. Il tempo necessario per l'autosomministrazione è di circa 5-10 minuti, mentre la somministrazione orale richiede dai 10 ai 15 minuti. La valutazione del rischio deve essere documentata nella cartella clinica.

- la **Scale For Suicide Ideation (SSI)**, essa è un'intervista semi-strutturata da parte dell'operatore e si compone di 19 item, si articola in 3 fattori: desiderio attivo di suicidio, la preparazione e il desiderio passivo di suicidio. La scala prende in considerazione l'intenzionalità e la pervasività dell'ideazione (item 1-7), i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio, la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie (item 8-10), i motivi (item 11); i dettagli ed il grado di preparazione del progetto suicidario (item 12-19).

A ciascun item occorre attribuire un punteggio da 0 a 2 in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso. Il punteggio totale oscilla tra 0 e 38. I soggetti con un punteggio totale inferiore a 5 sono da considerarsi non a rischio suicidario, al contrario i soggetti con un punteggio superiore a 5 sono da considerare a rischio.

- **L'Intent Score Scale (ISS)**, la scala viene impiegata dal medico per stabilire, nei pazienti che hanno attuato un precedente tentativo di suicidio, la reale volontà di togliersi la vita. La scala si compone di 22 item i quali esplorano il grado di letalità del tentativo messo in atto, essi vengono raggruppati in tre sezioni: i primi sei elementi indagano le circostanze relative al tentativo di suicidio, gli altri quattro item indagano le considerazioni personali dei pazienti e infine gli ultimi due item indagano il rischio di morte corrispondente al gesto autolesivo. Ad ogni elemento indagato, ogni item può assumere un punteggio da 0 a 2. Se il punteggio complessivo risulta tra 0 e 3 parliamo di un basso rischio, tra 4 e 10 parleremo di medio rischio, un punteggio superiore a 11 identifica un elevato rischio. La scala si è dimostrata altamente affidabile e con buone caratteristiche di predire tentativi futuri di togliersi la vita.

2.3 PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE

Durante la degenza, la valutazione diviene un processo clinico per la raccolta di informazioni e per la notifica dell'identificazione, del trattamento e della gestione dei

pazienti a rischio suicidario, consentendo l'aggiornamento delle strategie di trattamento e la sicurezza dei pazienti. La presa in carico del paziente oltre ad accurata valutazione, richiede:

- L'integrazione delle diverse competenze degli operatori sanitari e informal caregiver presenti nell'unità operativa affinché vengano colti i segni premonitori dell'atto suicidario
- Possibilità di avvalersi delle consulenze specialistiche psicologiche e psichiatriche
- Coinvolgimenti di altri specialisti e dei medici di medicina generale (MMG), sia per il completamento dell'anamnesi sia per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione
- Il maggiore coinvolgimento possibile della famiglia e degli amici sia durante la fase di valutazione che di gestione dei fattori di rischio
- Comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi ed il paziente
- Prescrizione di terapie "personalizzate" per il soggetto ritenuto a rischio suicidario, fino al trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

La gestione del paziente interessa tutti gli operatori coinvolti, ognuno con le proprie responsabilità ed i propri compiti.

2.4 ASPETTI PECULIARI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Nella prevenzione del suicidio del paziente nelle strutture ospedaliere, un ruolo importante viene svolto dagli infermieri, quali interlocutori privilegiati, in quanto costantemente presenti in reparto e spesso confidenti delle preoccupazioni del malato.

Il prendersi cura del paziente considerato a rischio di suicidio, necessita di attenzioni ed abilità particolari da parte del personale infermieristico. In molti casi, non è tanto un'abilità in una determinata tecnica terapeutica ad essere essenziale, quanto il calore umano, la comprensione, la solidarietà persino nei casi in cui il paziente afferma o nega un determinato bisogno quale il voler compagnia e voler stare solo, voler vivere e voler morire, voler mangiare e non avere fame.

Anderson e i suoi colleghi hanno evidenziato che, secondo medici e infermieri che lavorano nei reparti psichiatrici, il suicidio non è legato alla patologia psichiatrica ma

rientra nel modello del *cry for help* (Anderson UA et al.,2000). In tale visione il suicidio si configura come una modalità comunicativa, è una strategia dell'individuo non necessariamente connessa alla morte, quanto alla volontà di apportare un immediato cambiamento nell'ambiente, stimolando l'attenzione delle persone di riferimento alle quali è rivolta la comunicazione. Si tratta dunque di un gesto estremo, compiuto dall'individuo alle prese con una sofferenza mentale insopportabile. Secondo tale concezione diviene fondamentale nella gestione dei pazienti considerati a rischio porre alcune cautele, quali:

- Creazione di un rapporto di confidenza con il paziente affinché egli si senta libero di comunicare i propri sentimenti e le proprie emozioni
- Rispetto e comprensione della sofferenza profonda dell'altro
- Creazione di un ambiente sereno e tranquillo
- L'adeguamento ai ritmi ed ai silenzi imposti dal paziente
- Manifestazione di sentimenti che facciano sentire il paziente ben voluto
- Progressiva responsabilizzazione del paziente, che lo aiuti a raggiungere e mantenere un'autonomia nella cura di sé
- Incoraggiare il paziente alla risocializzazione
- Sorveglianza attenta e continua ma al contempo la sorveglianza deve essere anche discreta e rispettosa (non un controllo carcerario)
- Essere partecipi nel gestire l'organizzazione delle dimissioni, verificando l'ambiente che accoglierà il paziente, le sue attitudini e interagendo con i familiari

La formazione sulla tematica del suicidio è importante per garantire un'attenzione costante degli operatori nei confronti del problema e per implementare gli strumenti e gli interventi mirati al miglioramento delle capacità di riconoscimento, registrazione e trattamento.

Gli obiettivi che risultano essere cruciali nella formazione dovrebbero prevedere lo sviluppo di competenze quali:

- l'identificazione precoce delle situazioni ritenute a rischio,
- la conoscenza e l'adozione delle misure di prevenzione idonee,
- la realizzazione della sicurezza ambientale.

Affinché la prevenzione possa essere sempre garantita è importante prevedere nella fase di inserimento di nuovi operatori, l'addestramento di essi nelle competenze citate in precedenza.

Vi sono settori più critici, nei quali è opportuno ampliare il numero dei professionisti da coinvolgere nella formazione quali SPDC, il Dipartimento di Emergenza, Oncologia, Ostetrica per la fase post-parto e la Pediatria per la fascia adolescenziale.

Ad oggi, nelle strutture sanitarie, assistiamo però ad una riduzione della dotazione organica, elevati carichi di lavoro e questo non permette agli operatori di dedicare tempo alla personalizzazione dell'assistenza, ma essa rappresenta l'unica modalità attraverso la quale riusciamo a salvare una vita.

2.5 MISURE DI SICUREZZA AMBIENTALE E ORGANIZZATIVA

Qualora un paziente venga considerato a rischio di suicidio, nel rispetto della dignità della persona, occorre:

- controllare gli oggetti personali,
- ritirare i farmaci di cui è in possesso il paziente,
- ritirare oggetti taglienti o in vetro e oggetti potenzialmente pericolosi,
- chiedere la collaborazione dei familiari e degli amici affinché il paziente non entri in possesso di oggetti, sostanze, indumenti che potrebbero essere utilizzati impropriamente dallo stesso.

Gli ambienti considerati potenzialmente pericolosi devono essere provvisti di dispositivi di sicurezza come serrature oppure evitare che il paziente possa accedere a sostanze potenzialmente pericolose quali farmaci, detersivi, veleni.

Nei pazienti ad alto rischio per poter assicurare una costante attenzione da parte degli operatori sarà importante la scelta della stanza e la posizione del letto, queste devono facilitare l'osservazione del paziente da parte del personale.

Per quanto concerne la dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio e/o sono considerati a rischio suicidario è necessario che:

- la dimissione venga preparata con largo anticipo,
- segnalare ai servizi psichiatrici territoriali competenti il caso affinché possa essere garantita la continuità assistenziale

- Assicurare la disponibilità di un referente del reparto di dimissione che possa essere contattato in caso di necessità

Per aumentare la capacità degli operatori di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio ed adottare le idonee misure di prevenzione, occorre incrementare le attività di formazione del personale rispetto alla tematica, nonché richiami sulla comunicazione dei rischi connessi al suicidio nelle attività formative per il conseguimento del titolo professionale.

È necessario inoltre garantire un aggiornamento periodico e specifico del personale operante nelle unità operative considerate critiche.

Le Direzioni Generali, le Direzioni Sanitarie, la Direzione Medica di presidio ed i Direttori di Dipartimento sono responsabili della implementazione della raccomandazione. Le Direzioni Aziendali devono predisporre e rendere accessibili a tutti gli operatori un protocollo operativo per la prevenzione e gestione del fenomeno suicidario.

2.6.1 SUICIDIO COME EVENTO SENTINELLA

L'evento sentinella viene definito dal Ministero della Salute come un *“evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dar luogo ad una indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione”* (OMS,2009).

Il ministero della Salute nel 2008 ha emanato la Raccomandazione Ministeriale n.4 per consentire la prevenzione del suicidio nelle strutture ospedaliere, le altre raccomandazioni che sono state emanate e che dunque dovranno essere segnalate sono:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio- KCL-ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/ mandibola da bifosfonati
11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (introspedaliero, extraospedaliero)
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica
18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguente all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
19. Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide

Il suicidio o tentativo di suicidio rientra tra gli eventi sentinella, classificandosi al quarto posto con una percentuale del 10.78% fra gli eventi sentinella segnalati, raccolti nel sesto Rapporto "Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella" (gennaio 2005- dicembre 2020). Se all'interno dell'ospedale si verifica un tentativo di suicidio o un suicidio di un paziente, questo richiede l'attivazione della procedura per la segnalazione e la trasmissione degli eventi sentinella descritta nel "Protocollo per il Monitoraggio degli eventi Sentinella" del Ministero della Salute.

La sorveglianza degli Eventi Sentinella costituisce un'azione importante in termini di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali eventi e la promozione della sicurezza dei pazienti. Per tale motivo il Ministero della Salute ha elaborato un Protocollo che consente il monitoraggio degli Eventi Sentinella, con l'obiettivo di fornire alle Regioni e alle Aziende sanitarie una modalità univoca di

sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale, a garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). La procedura di segnalazione deve essere attivata qualora il suicidio o tentativo di suicidio avviene all'interno della struttura sanitaria e qualora il paziente sia presente all'interno di essa per ricevere prestazioni in regime di ricovero, per sottoporsi ad una visita specialistica o ad un controllo. Sono inclusi anche i casi di suicidio di pazienti che tentano di fuggire dall'ospedale e di pazienti in TSO (trattamento sanitario obbligatorio) che eludono il personale di assistenza. Risultano esclusi i casi in cui, nel tentativo di allontanarsi dalla struttura, la morte sia accidentale.

Tipologia di Evento *	N.	%
Morte o grave danno per caduta di paziente	2984	33.25
Ogni altro Evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	1253	13.96
Atti di violenza a danno di operatore	1245	13.87
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	967	10.78
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	507	5.65
Morte o grave danno impreveduto conseguente ad intervento chirurgico	473	5.27
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	337	3.76
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	287	3.20
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	168	1.87
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	168	1.87
Errata procedura su paziente corretto	164	1.83
Violenza su paziente in ospedale	100	1.11
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	94	1.05
Procedura in paziente sbagliato	91	1.01
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	80	0.89
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	56	0.62
Totale	8974	100

Tabella 2: OMS, Sesto rapporto allegato al Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella relativo al periodo gennaio 2005- dicembre 2020.

2.6.2 PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE E TRASMISSIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

Il Ministero della Salute ha istituito uno specifico flusso informativo relativo agli eventi sentinella: Il Sistema per il Monitoraggio degli Eventi in Sanità (SIMES).

Secondo il Protocollo del Ministero della Salute, il verificarsi di un evento sentinella deve “dar luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”. L’obiettivo finale è l’adozione di azioni migliorative finalizzate ad evitare il ripetersi dell’evento. È richiesta, secondo le modalità previste dalle organizzazioni sanitarie, la segnalazione dell’evento alla Regione che provvederà successivamente alla trasmissione al sistema ministeriale SIMES.

Nei casi di suicidio o tentativo di suicidio di un paziente all’interno della struttura ospedaliera (e ogni volta che si verifica un evento avverso), la Direzione Aziendale, oltre a prendere in carico il paziente per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno ed attivare i processi di comunicazione con il paziente e/o i loro familiari in modo trasparente e completo, mette in atto le seguenti azioni:

1. L’operatore sanitario (medico, infermiere o altro professionista coinvolto nell’evento avverso o che sia venuta a conoscenza di esso) comunica quanto accaduto al referente del rischio clinico (funzione/unità) o alla Direzione aziendale (sanitaria/generale), secondo le procedure individuate a livello regionale o aziendale.
2. Il referente per la gestione del rischio clinico o altro referente individuato dalla Direzione Aziendale, avvia immediatamente un’indagine interna e provvede:
 - Ad acquisire la documentazione sanitaria e ogni altra documentazione utile
 - Segnalare l’evento in Regione tramite la scheda A del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella
3. Successivamente il referente raccoglie ed analizza tutte le informazioni che risultano essere necessarie al fine di approfondire le cause dell’evento, i fattori contribuenti, i possibili rischi latenti, il piano d’azione da intraprendere per rimuovere tale rischio, mediante Root Cause Analysis (RCA o Analisi della Causa Profonda), o Audit o altro metodo.

4. Al termine dell'analisi ed entro 45 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, trasmette la scheda B del Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi sentinella alla Regione per l'invio al Ministero

TERZO CAPITOLO: REVISIONE DELLA LETTERATURA

3.1 MATERIALI E METODI

3.1.1 OBIETTIVO DELLA RICERCA

L'elaborato vuole analizzare e confrontare gli articoli scientifici presenti in letteratura che riguardano la prevenzione e gestione del suicidio in pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere, allo scopo di guidare la pratica infermieristica verso interventi atti a ridurre e/o prevenire il verificarsi di tale fenomeno.

3.1.2 QUESITO DI RICERCA

Il ruolo dell'infermiere è importante per prevenire il suicidio?

Quali sono le azioni che l'infermiere può svolgere per prevenire il suicidio?

Qual è la formazione richiesta dal personale infermieristico per poter svolgere un'azione preventiva sul fenomeno?

3.1.3 FONTI DI RICERCA

Per la ricerca degli articoli ho consultato:

- Banche dati biomediche PubMed, ILISI, Cochrane
- Riviste scientifiche
- Siti web di interesse infermieristico e medico

Per la ricerca degli articoli è stato utilizzato il metodo P.I.C.O.:

- P (problema/popolazione): suicidio e tentativo di suicidio nella popolazione di età superiore ai 19 anni in ambito ospedaliero.
- I (intervento): adozione delle strategie dei pazienti a rischio suicidario in ospedale
- C (confronto): /

- O (outcome/risultati): riduzione casistica in ambito ospedaliero

La ricerca è stata svolta analizzando la letteratura scientifica attraverso l'utilizzo di internet. Le ricerche sono state volte attraverso l'uso delle stringhe di ricerca nelle quali sono state inserite le parole chiave (riportate nella tabella sottostante), combinandole mediante l'operatore booleano "AND". A seguito della ricerca nelle banche dati, ho selezionato gli articoli pertinenti al mio quesito. Dalle ricerche solo stati selezionati 6 articoli che ho ritenuto idonei dopo la lettura del titolo, del relativo abstract e infine la lettura dell'articolo completo.

Per quanto concerne la consultazione delle Banche Dati Biomediche, sono state effettuate 3 ricerche. I filtri attivati per le ricerche sono:

- Free full text
- Abstract
- Lingua Italiana e Inglese
- Età superiore ai 19 anni

BANCHE DATI	PAROLE CHIAVE	LIMITI	RISULTATI	ARTICOLI SELEZIONATI
PubMed	Patient AND suicide AND nurse	Ultimi 15 anni	26	3 articoli
PubMed	Suicide in hospitalized patient	Ultimi 10 anni	70	2 articoli
PubMed	Nurse AND Department AND suicide	Ultimi 20 anni	26	1 articolo
ILISI	Pazienti AND suicidio AND infermieri	Ultimi 20 anni	0	0

ILISI	Rischio suicidario AND formazione	Ultimi 20 anni	2	0
Cochrane	Patient AND suicide AND nurse	Ultimi 10 anni	1	0
Cochrane	Suicide AND nurse	Ultimi 10 anni	1	0

3.2 ANALISI DELLA LETTERATURA

Le tabelle illustrano l'analisi degli articoli che sono stati ritenuti idonei all'elaborato.

Titolo della rivista/libro	Journal of clinical nursing
Titolo articolo/sezione	Nurses' responses to suicide and suicidal patient: a critical interpretive synthesis
Autore, anno	Talseth AG; Gilje FL (2011)
obiettivo	Fornire al personale infermieristico una guida che tratti i pazienti a rischio suicidario. Il quesito posto è il seguente: qual è la sintesi critica interpretativa delle ricerche infermieristiche accumulate sulle risposte degli infermieri nei confronti del suicidio e dei pazienti a rischio suicidario?
Risultati	Questa comprensione della letteratura basata sulle ricerche migliora le prospettive contestuali, concettuali e metodologiche. I quattro concetti chiave (riflessione critica, atteggiamento, conoscenze/responsabilità del ruolo professionale, necessità di servizi di supporto/risorse) possono servire come un guida per gli infermieri in modo che questi abbiano tutti gli strumenti per la cura dei pazienti a rischio suicidario.

Titolo rivista/ libro	Journal of the American Psychiatric Nurses Association
Titolo articolo/sezione	Competency-based training for PMH nurse generalists: inpatient intervention and prevention of suicide
Autore, anno	Puntil C; York J, Limandri B, Greene P, Arauz E, Hobbs D (2013)
obiettivo	L'obiettivo dell'American Nurses Association è di indagare sui possibili percorsi specifici per gli infermieri nella prevenzione del suicidio. Questa ricerca mira a stabilire standard elevati per la formazione del personale infermieristico
risultati	Nonostante siano state sviluppate competenze per i medici della salute mentale nella valutazione e gestione del paziente a rischio suicidario, non esistono standard di competenza per gli infermieri PMH, i quali lavorano negli ospedali psichiatrici negli Stati Uniti. Le pratiche infermieristiche ampiamente accettate non rispondono agli standard specifici in merito alla prevenzione del suicidio. La "Commission on Collegiate Nursing Education Essentials for Baccalaureate Education and the Quality and Safety Education for Nurses" enfatizza la necessità di pratiche sicure, assistenza centrata sul paziente, interventi basati sulle evidenze e collaborazione interprofessionale. Mancano dunque requisiti specifici

	per la formazione sulla prevenzione del suicidio nei programmi educativi e clinici.
--	---

Titolo rivista/libro	The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses
Titolo articolo/sezione	Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practise
Autore, anno	Lewis DS and Anderson KH and Feuchtinger J (2014)
obiettivo	L'articolo si focalizza sulle diagnosi neurologiche associate ad un elevato tasso di tentativi di suicidio, identificando i fattori di rischio associati all'ideazione suicidaria. L'articolo inoltre descrive i metodi di valutazione dei pazienti con ideazione suicidaria inclusi coloro che presentano una specifica diagnosi neurologica.

risultati	<p>Le diagnosi neurologiche maggiormente associate all'ideazione suicidaria sono: sclerosi multipla, epilessia e morbo di Parkinson mentre i fattori di rischio più comuni sono: disperazione, depressione ed isolamento sociale. Sono stati identificati dei fattori che consentono il trattamento dei pazienti che presentano un'ideazione suicidaria e coloro a cui è stata diagnosticata una patologia neurologica, questi comprendono: la relazione terapeutica, il trattamento per la depressione, garantire la sicurezza del paziente ed effettuare degli interventi specifici per la prevenzione del suicidio. Questi pazienti richiedono una valutazione ed un monitoraggio attivo da parte degli operatori sanitarie. Vi è la necessità di ulteriori ricerche che consentano lo sviluppo di linee guida e protocolli specifici per il trattamento di questi pazienti.</p>
------------------	---

Titolo rivista/libro	Journal of psychosocial nursing and mental health services
Titolo articolo/sezione	Suicide in hospitalized medical-surgical patient: exploring nurses' attitudes
Autore, anno	Neville K and Roan NM (2013)

Obiettivo	L'obiettivo di questo studio è quello di esaminare i comportamenti degli infermieri che risultano essere inappropriati nei confronti dei pazienti ospedalizzati nel reparto di medicina-chirurgia al fine di migliorare la comprensione dei fattori che influenzano l'identificazione e la gestione dei pazienti a rischio suicidario.
risultati	Questo studio sottolinea la necessità di una formazione specifica sulla prevenzione del suicidio, inoltre viene offerta la possibilità di esplorare quanto le proprie competenze possano influenzare una valutazione accurata del rischio di suicidio. La mancanza di conoscenza e l'attuazione di comportamenti sbagliati da parte del personale infermieristico possono influire negativamente nella cura e nella sicurezza del paziente.

Titolo rivista/libro	Sante publique
Titolo articolo/sezione	Evaluation of a university hospital until specializing in treating adults at risk of suicide
Autore, anno	Fanello S, Gohier B, Parot E, Gerain MC, Casanova C, Ricalens E; Garre JB (2005)

obiettivi	Lo studio si è posto un duplice obiettivo: valutazione quella qualità in merito alla valutazione (valutazione basata sui criteri della Agenzia Nazionale Accredimento e Valutazione sulla Salute, ANEAS), gestione e alla cura dei pazienti ricoverati nell'ospedale universitario a Angers, pazienti che hanno tentato un suicidio e l'altro obiettivo è dimostrare utilità di un'unità specializzata nella cura dei pazienti che hanno tentato un suicidio
risultati	Un questionario di 101 domande è stato proposto, da un singolo ricercatore, a 251 suicidi il giorno della loro dimissione. Durante un periodo di 6 mesi (novembre 2002- maggio 2003), sono stati inclusi pazienti di età superiore ai 16 anni e ricoverati in ospedale da almeno 48 ore dopo il loro atto. Sono stati completati 155 questionari (62%). Dall'analisi dei dati mediante regressione logistica emerge che un'unità dedicata alla cura dei suicidi risponde meglio ai requisiti delle raccomandazioni ANEAS per la gestione dei tentativi di suicidio rispetto ad un servizio di medicina non specifico. Visite con uno psichiatra o con un infermiere di psichiatria si sono verificate più frequentemente nell'unità specializzata, le interviste con i membri della famiglia del paziente erano più frequenti, la riservatezza delle discussioni delle interviste è stata sempre rispettata e le informazioni fornite dagli operatori sanitari e dal personale infermieristico era più efficace; uno dei principali vantaggi e i risultati citati di sopra hanno permesso ai pazienti di percepire un miglioramento della propria depressione in questa unità.

Titolo rivista/libro	L'Encephale
Titolo articolo/sezione	Assessment of targeted clinical audit in suicide attempt
Autore, anno	Bernardy-Prud'homme A, Noel H, Chaine FX, Bruyelle J, Loas G, Dubois G (2011)
obiettivi	L'ANAES ha progettato degli audit clinici mirati definiti TCA su diverse patologie per promuovere questa metodica come strumento base per il miglioramento della qualità
metodo	I TCA sono stati condotti in 12 ospedali statali (8 di Medicina Chirurgia e Ostetricia, 3 specializzati in psichiatria ed 1 locale) tra il 2004 ed il 2006. Gli standard ANAES prevedevano 16 criteri in tre ambiti: assistenza al ricovero (n=10), valutazione dell'ambiente familiare e sociale (n=2), gestione delle cure post-ospedaliere (n=4). Un project manager e un medico certificato in terapia intensiva e in psichiatria hanno supportato il personale medico ed infermieristico presenti all'interno dei reparti di emergenza.
discussione	G.Shaw ha introdotto gli audit clinici nel 1989 per rafforzare un sistema poco performante nel contesto della gestione clinica. I cambiamenti osservati risultano essere modesti e vari. Il vero impatto sull'assistenza appare limitato e non si può escludere che i miglioramenti osservati sia correlati ad un miglioramento della questione. I metodi di miglioramento della qualità devono essere valutati e convalidati con metodi scientifici.

3.3 DISCUSSIONE

La letteratura in merito alla formazione, in termini di prevenzione, valutazione e gestione dei pazienti a rischio suicidario, del personale infermieristico risulta essere limitata. Sebbene i fattori di rischio e gli aspetti epidemiologici del fenomeno risultano essere temi centrali, trattati in numerosi articoli, la formazione e il ruolo svolto dall'infermiere, al contrario, risultano essere temi affrontati poco e qualora siano stati indagati producono delle posizioni discordanti.

Alcuni studiosi affermano che, non è tanto la formazione a rivestire un ruolo importante, quanto un'assistenza centrata sul paziente, interventi basati sulle evidenze scientifiche e la collaborazione interprofessionale, dunque, si vuole rafforzare esclusivamente le pratiche cliniche di reparto. Si tende dunque a ricorrere ad una formazione generale del personale infermieristico, nonostante l'incidenza del fenomeno sia notevole e le difficoltà riscontrate nel trattamento dei pazienti siano imponenti. (Puntil C. et al, 2013).

Altri studi, in contrapposizione con quanto appena affermato, hanno dimostrato mediante esperienze pratiche che la formazione specifica sia importante per poter attuare una vera prevenzione del fenomeno (Talseth et al.,2011) (Fanello S. et al, 2005). Entrambi gli studi hanno dimostrato come la formazione specifica, la presenza di una struttura specializzata nel trattamento dei pazienti che hanno tentato il suicidio, così come la progettazione di audit clinici mirati, hanno migliorato la qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti considerati a rischio suicidario. Se la letteratura in termini di formazione risulta essere discordante, vorrei porre l'attenzione su quanto la conoscenza errata o mancante, l'adozione di comportamenti non idonei, attitudini errate possono avere un impatto negativo in termini di sicurezza e di cura dei pazienti dunque ancora una volta sosteniamo la teoria, secondo la quale, l'istruzione e l'informazione del personale sanitario risulta essere cruciale nel trattamento dei pazienti, perché solo così potremmo avere un impatto positivo nella vita di quest'ultimi e potremmo forse attuare una vera prevenzione del fenomeno.

La comprensione del fenomeno, ad oggi è tutt'altro che completa, dunque saranno importanti le future ricerche sperimentali e cliniche che verranno rivolte al tema, non in termini di conoscenza del fenomeno quanto di formazione e ruolo che i professionisti della cura devono svolgere per poter attuare un'efficace prevenzione e gestione.

CONCLUSIONE

Il suicidio costituisce una tematica complessa, complessa in termini di prevenzione, di gestione, in termini di fenomeno sociale. Per la società il suicidio costituisce ancora oggi uno stigma, un tabù: il suicidio evoca la morte, la fine della vita, una dimensione estremamente intima. Inoltre il suicidio viene considerato illegale e riconducibile ad un peccato, uno dei maggiori peccati che l'uomo può commettere, in paesi in cui vigono religioni quali l'Islam e l'Ebraismo.

Sebbene la comprensione di tale gesto risulta molto difficile, questo gesto ci racconta tanto del vissuto e della persona che lo compie.

La persona che tenta il suicidio è mossa da un vissuto interiore doloroso e lacerante, da una grande disperazione, sia essa momentanea o duratura nel tempo. Possono essere numerosi i fattori di rischio, le problematiche che muovono il soggetto a compiere un tale gesto, molte volte questo può essere dovuto ad una patologia non riconosciuta, altre volte può essere dovuto a totale perdita di speranza, ad una fragilità interiore. Il tentato suicidio può essere considerato un grido d'aiuto, un estremo gesto per rivendicare la propria vita. È un grido talmente forte da non poter essere ignorato.

In questo scenario risulta essere fondamentale la figura dell'infermiere, quale operatore presente all'interno delle strutture sanitarie, quale operatore che si interfaccia e si relaziona con paziente considerati a rischio suicidario, quale operatore costantemente presente in reparto.

Come viene evidenziato dalla letteratura una scarsa conoscenza, l'adozione di comportamenti errati e inadatti possono avere un impatto negativo nella vita del soggetto considerato a rischio suicidario, dunque risulta essere importante soffermarsi sulla psiche del soggetto, sul vissuto del paziente, sulle emozioni passate e presenti. Occorre considerare il paziente nella sua totalità e non soffermarsi unicamente sulla patologia organica. Nella relazione acquisisce importanza l'ascolto attivo dell'operatore nei confronti del paziente, l'empatia, la comunicazione, la fiducia reciproca, risulta essere cruciale anche la comunicazione e la relazione che si instaura con i familiari, con gli amici del paziente e la collaborazione interprofessionale.

Ritengo dunque, costituendo il suicidio e/o tentativo di suicidio un fenomeno complesso, ad eziologia multifattoriale ed un fenomeno che impatta notevolmente la società, dovranno essere sviluppati e promossi dei programmi di formazione specifici per gli

infermieri, in quanto promotori della salute, dovrebbero essere pronti a fronteggiare questo fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

1. Andersen UA et al. (2000). Contact to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contact to general practitioners and practicing specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand*.
2. ASLBAT (Azienda Sanitaria Locale Barletta Adria Puglia) (2015). Prevenzione del suicidio del paziente in ospedale. (<https://www.sanita.puglia.it/documents/36008/30527948/PROCEDURA+PREVENZIONE+SUICIDIO+PAZIENTE/dbd6fe0c-d2e5-44bb-9c02-33faffc278a8>)
3. Beachler J (1975). *Suicides*. Basic books, New York.
4. Beck AT, Weissman A, Lester D & Trexler L. (1974) The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*. pp 861-865 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436473/>
5. Berman A.L. & Jobes D.A. (1999). *Il suicidio nell'adolescenza*, Edizioni Scientifiche Ma.Gi, Roma.
6. Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ & Brent DA (2005). Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *American Journal of Psychiatry* 162, 2173-2175
7. Cardone R, Amore M, Pompili M, Ciampalini S, De Feo A, Fotaras M, Colonna A, Leomporra G, Cannizzaro G & Ghirardini A. (2009). Suicide in the national protocol for monitoring sentinel events. *Ann Ist Super Santa*. 205-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19636173/>
8. Caselli B. (2019) *il fenomeno del suicidio: comprensione, approcci teorici, approcci comportamentali e proposte di intervento in ottica DBG*. (<http://www.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2020/05/4-Cesarelli-Suicidio-1.pdf>)
9. 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 Practise Section, pp 22-50. The American Bar Association, Washington, DC.

10. De Leo D et al (2004). Definitions of suicidal behavior. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, S.D.M. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds), Suicidal behavior: Theories and research findings. pp 17-39. Washington, DC
11. De Leo D, Burgis S, Bortolote JM, Kerkhof AJFM, Bille Brahe U (2006). Definitions of Suicidal Behavior. Lesson learned from the OMS/EURO Multicentre Study. Hogrefe and Huber Publishers 27, 1, 4-25.
12. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, Hjelmeland H, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonngqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe J, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Fricke S, Weinacker B et al. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 16, 300-310.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11288165/>
13. Goldsmith SK; Pellmar TC, Kleinman AM & Bunney WE (2002). Reducing suicide: a national imperative. The National Academies Press, Washington, DC
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057611/>
14. Grande E., Grippo F., Cialesi R., Marchetti S. & Frova L. (2023). Suicide mortality in Italy during the first years of the COVID-19 pandemic.
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37479041/>)
15. Harris EC & Baeaeaclough B. *Br J Psychiatry*. Mar (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9229027/>
16. Hjelmeland H., Nordvik H., Bille-Brahe U., De Leo D., Kerkhof JF., Micheal K., Renberg ES, Schmidtke A, Wasserman D. (2000). A cross-cultural study of suicide intent in parasuicide patients. *Suicide Life- Threat Behav* 30, 295-303
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11210055/>)
17. Ivanoff A. (1989). Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and etention facilities. *Psychiatric Quarterly* 60, 73-84
(<https://link.springer.com/article/10.1007/BF01064364>)

18. Jie Zhang and Gregory K. Brown (2007). Psychometric Properties of the Scale for Suicide Ideation in China, Archives of Suicide Research, 11:2, 203-210
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210860/>
19. Kessler R, Berges G & Walters EE (1999). Prevalence of and risks factors for lifetime suicide attempts in the nationale comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry; 56: 617-26 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10401507/>)
20. Kiemann N (1997). Parasuicide. Wiley, New York
21. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK & Saraceno B. (2003). Trends in mortality from suicide, 1965-99. Acta Psychiatr Scand 108, 341-9
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14531754/>
22. Mayo DJ (1992). What is being predicted? The definition of "suicide". In RW Maris, AL Berman, JT Maltzberger & RI Yufit (Eds) assessment and prediction of suicide, pp 88-101. New York.
23. Meneghel G, Corinto B, Pavan C, Pavan L.(2004). Epidemiologia del tentativo di suicidio e dell'ideazione suicidaria. Noos aggiornamenti in psichiatria 4, 247-256
24. Milone P., Ferrannini L.(2002) Rischio suicidario. In Invernizzi G., Gala C., Rigatelli M., Bressi C. manuale di Psichiatria di Consultazione.
25. Ministero della Salute: Raccomandazione ministeriale n.4, marzo 2008- prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
(https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_592_allegato.pdf)
26. Ministero della salute. Dipartimenti della qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III Osservatorio Nazionale sugli Eventi sentinella: protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella (2009)
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1783_allegato.pdf
27. Ministero della Salute. Direzione generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III-qualità, rischio clinico e programmazione ospedaliera. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella (Gennaio 2005- Dicembre 2020). Osservatorio nazionale di monitoraggio degli Eventi Sentinella.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3356_allegato.pdf

28. Moscicki EK (1995). Epidemiology of suicide behavior. *Suicide life-threat Behav* 25, 22-35 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7631373/>
29. National Strategy for Suicide Prevention (2001). *Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD: U.S. department of Health and Human Services, Public Health Service <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669520/>
30. Pavan L (1991). Suicidio. In *Trattato Italiano in psichiatria*. Seconda edizione, Masson, Milano, pp 2393-2422
31. Pierce, D. (1981). The Predictive Validation of a Suicide Intent Scale: A Five Year Follow-up. *The British journal of Psychiatry*, 139(5), 391-396 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7332842/>
32. Pompili M (2009). *La prevenzione del suicidio: un servizio un anno dopo*. IASP, Roma.
33. Rosenberg ML, Davidson LE, Smith JC, Berman AL, Buzbee H, Gantner G, Gay GA, Moore-Lewis B, Mills DH, Murray D, et al. (1988) Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences* 32, 1445-1455 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204347/>
34. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillippe I, Salander-Renberg E, Temesváry B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B & Sampaio-Faria JG. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the OMS/EURO Multicentre Study of Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 327-338 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8792901/>
35. Servizio Sanitario Regionale, Emilia-Romagna (2011). *Raccomandazione per la Prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale*.
36. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G & Alonso J (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders- World Mental Health study. 49(1): 13-21 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18063036/>

37. Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, Carli V, McDaid D, O'Connor R, Maxwell M, Ibelshäuser A, Van Audenhove C, Scheerder G, Sisask M, Gusmão R & Hegerl U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. Crisis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21945840/>
38. Vichi M. & Conti S. (2014). Il fenomeno suicidario in Italia. Ufficio di Statistica, Cnsp-iss. (<https://www.epicentro.iss.it/mentale/suicidiitalia2014>)
39. World Health Organization (1998). Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. <https://www.who.int/publications/i/item/924154516X>
40. World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>)
41. World Health Organization (2021). Suicide worldwide in 2019: a Global Health Estimates. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
42. World Health Organization (2021). Suicide.
43. Zucconi M. (2007). Prevenire gli errori, imparare dagli errori. Suicidio in ospedale, Professione infermiere Umbria; 2: 16-22

ALLEGATI

- Come si sente?
- Che progetti ha quando esce dall'ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Che cosa era successo?
- C'è qualcosa che la preoccupa o la turba molto?
- In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine le rendono la vita più difficile?
- Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una vita di uscita?
- Sente di dovere spiare qualche colpa?
- Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. È successo anche a lei?
- Ha mai pensato di farsi del male (o di togliersi la vita)? Come?
- Con che frequenza le sovengono tali pensieri?
- Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (ciò consente di identificare i fattori protettivi)
- Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno le è stato particolarmente vicino?
- Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari?
- Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo? (chiedersi qual era l'effettivo rischio di morte)
- Ha mai pensato a come farla finita? (chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale)
- Ha progettato quando farlo?
- Ha il necessario per farlo?
- Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?
- Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?
- Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?

Figura 2: guida per il colloquio con il paziente

AFFERMAZIONI	VERO	FALSO
1. Vedo il futuro con speranza ed entusiasmo		
2. Potrei arrendermi perché non posso migliorare le cose per me		
3. Quando le cose vanno male, mi consola sapere che non può durare in eterno		
4. Non posso immaginare quello che sarà della mia vita tra 10 anni		
5. Ho abbastanza tempo per realizzare le cose che desidero fare di più		
6. Nel futuro mi aspetto di riuscire in quello che mi interessa di più		
7. Il mio futuro mi sembra buio		
8. Mi aspetto di ottenere dalla vita più cose buone rispetto alla persona media		
9. Non mi prendo pause e non c'è motivo per cui lo debba fare in futuro		
10. le mie esperienze passate mi hanno preparato bene per il futuro		
11. Se guardo avanti vedo solo situazioni spiacevoli piuttosto che piacevoli		
12. Non mi aspetto di ottenere ciò che voglio veramente		
13. Quando guardo al futuro, mi aspetto di essere più felice di adesso		
14. le cose proprio non vanno come io desidero che vadano		
15. ho una grossa fede nel futuro		
16. non ottengo mai ciò che desidero, quindi è sciocco desiderare alcunché		
17. è molto inverosimile che nel futuro io ottenga una vera soddisfazione		
18. il futuro mi sembra vado ed incerto		
19. posso aspettarmi che arrivino bei tempi, piuttosto che brutti		
20. è inutile provare ad ottenere ciò che voglio perché probabilmente non ci riuscirò		

ITEM HOPELESSNESS A CUI ASSEGNARE 1 PUNTO	
ITEM 1 se il soggetto risponde FALSO	<p>Calcolare il punteggio totale</p> <p>RANGE DI VALUTAZIONE:</p> <p>0 - 3: nella norma</p> <p>4 - 8: lieve mancanza di speranza</p> <p>9 - 14: moderata mancanza di speranza</p> <p>15 - 20: grave mancanza di speranza, rischio di suicidio</p>
ITEM 2 se risponde VERO	
ITEM 3 se risponde FALSO	
ITEM 4 se risponde VERO	
ITEM 5 se risponde FALSO	
ITEM 6 se risponde FALSO	
ITEM 7 se risponde VERO	
ITEM 8 se risponde FALSO	
ITEM 9 se risponde VERO	
ITEM 10 se risponde FALSO	
ITEM 11 se risponde VERO	
ITEM 12 se risponde VERO	
ITEM 13 se risponde FALSO	
ITEM 14 se risponde VERO	
ITEM 15 se risponde FALSO	
ITEM 16 se risponde VERO	
ITEM 17 se risponde VERO	
ITEM 18 se risponde VERO	
ITEM 19 se risponde FALSO	
ITEM 20 se risponde VERO	
Tot. =	

Figura 3: Beck Hopelessness Scale

Domanda	Risposta	Punti
1. Voglia di vivere	da moderata a forte	0
	debole	1
	Nessuna	2
2. Voglia di morire	nessuna	0
	debole	1
	Da moderata a forte	2

3. Ragioni per vivere/morire	Quelle per vivere superano quelle per morire	0
	Quasi uguali	1
	Quelle per morire superano quelle per vivere	2
4. Desiderio di mettere in atto un tentativo di suicidio	nessuno	0
	debole	1
	Da moderata a forte	2
5. desiderio passivo di suicidio	Prenderebbe delle precauzioni per salvare la vita	0
	Lascerebbe al destino la vita/morte	1
	Eviterebbe le misure necessarie per salvare o mantenere la vita	2
6. durata della ideazione suicidaria/ desiderio di suicidio	Periodi brevi, fugaci	0
	Periodi più lunghi	1
	Continua o quasi continua	2
7. frequenza di ideazione suicida	Rara, occasionale	0
	intermittente	1
	Persistente o continua	2
8. Atteggiamento verso la ideazione/desiderio	rifiutante	0
	Ambivalente, indifferente	1
	accettante	2
	Ha senso di controllo	0

9. Controllo su un'azione suicida/ sul desiderio di reazione impulsiva	Non è sicuro di avere controllo	1
	Non ha alcun senso di controllo	2
10. Deterrenti nei confronti del tentativo di suicidio	Non tenterebbe il suicidio a causa dei deterrenti	0
	Qualche preoccupazione per i deterrenti	1
	Preoccupazione minima o assente circa i deterrenti	2
11. Motivi per prendere in considerazione il tentativo	Per manipolare l'ambiente, attirare l'attenzione, vendicarsi	0
	Una combinazione di 0-2	1
	Fuggire, chiudere, risolvere i problemi	2
12. metodo: adeguatezza/pianificazione del tentativo progettato	Non considerata	0
	Considerata ma dettagli non calcolati	1
	Dettagli calcolati/ previsti	2
13. metodo: disponibilità/opportunità per il tentativo progettato	Metodo non disponibile	0
	Il metodo richiede tempo o sforzo	1
	Disponibile il metodo	2
14. senso di capacità di realizzare il tentativo	Mancanza di coraggio, troppo debole, timoroso, incapace	0
	Insicuro del proprio coraggio, della propria capacità	1

	Sicuro delle capacità, del coraggio	2
15. attesa / previsione del reale tentativo	nessuna	0
	Incerta, insicura	1
	si	2
16. effettiva preparazione del tentativo progettato	nessuna	0
	parziale	1
	nessuna	2
17. scritti suicidari	Nessuno	0
	Ha cominciato a scrivere, senza portare a termine, ci ha solo pensato	1
	Li ha preparati	2
18. atti finali in previsione della morte	nessuno	0
	Ci ha pensato o ha sistemato qualcosa	1
	Ha pianificato con precisione e sistemato ogni cosa	2
19. dissimulazioni/occultamento del tentativo progettato	Ha comunicato apertamente le sue idee	0
	È reticente nel comunicare	1
	Tenta di dissimulare, occultare	2

Figura 4: Scale for Suicidal Ideation (SSI)