


## ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE N° 786 DEL 21 DICEMBRE 2015

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	Prima Versione 26 11 2015 non revisioni 26 11 2015 Pag. 1 di 22
--	--------------------------------------	---

### **Documento Redatto da:**

Andrea de Bartolomeis UOSD Psichiatria e Farmacoresistenza

Sabino De Placido UOC Oncologia

Achille Tolino UOC Ginecopatologia e Ostetricia

### **Indice:**


1. Obiettivo
2. Campo di applicazione
3. Modifiche alle revisioni precedenti
4. Definizioni e premesse
5. Descrizione delle attività
6. Matrice di Responsabilità/Attività
7. Formazione
8. Indicatori/Parametri di controllo
9. Lista di distribuzione
10. Allegati

### **Allegati**

All. 1 Ministero della Salute (2008) Raccomandazione n. 4. Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale.

All. 2 Guida per il colloquio con il paziente

All. 3 *SAD PERSONS scale* (Patterson et al., 1983); *SCALE FOR SUICIDE IDEATION (SSI)* (Beck et al., 1979); *BARRATT IMPULSIVENESS SCALE, BIS-11* (Barratt, 1995)

	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione 26 11 2015 non revisioni 26 11 2015 Pag. 2 di 22</p>

## Obiettivo

Obiettivo della presente procedura è l'identificazione e l'adozione di strategie organizzative e modalità operative atte a ridurre e/o prevenire i suicidi e/o i tentati suicidi nei pazienti ricoverati Presso l'AOU Federico II, delineando altresì le modalità di presa in carico del paziente a rischio dimesso nella fase di passaggio dall'ospedale alle strutture territoriali.

## 3. Revisione versioni precedenti

La presente è la prima versione del documento

## 4. Definizioni e premessa

### 4.1 Definizioni


**Autolesionismo deliberato:** atti volontari auto-inflitti, dolorosi, distruttivi o lesivi, eseguiti senza l'intenzione di morire.

**Ideazione suicidaria:** pensieri riferiti alla messa in pratica di azioni atte a produrre la propria morte. L'ideazione suicidaria può avere gravità diverse a seconda della specificità dei piani di suicidio e del grado dell'intento suicidario

**Minaccia di suicidio:** verbalizzazione dell'intento di mettere in pratica un atto di suicidio, oppure l'aver iniziato un gesto che, se portato a termine, può condurre al suicidio.

**Gesto suicidario:** minaccia di suicidio accompagnata da un gesto suicidario (che il paziente ritiene) di ridotta letalità. Il termine parasuicidio denota un comportamento che manca della vera intenzione

di uccidersi, ma che comunica in una certa misura l'intento suicidario. Per quanto concerne i comportamenti correlati al suicidio Silverman (2007) propone una nomenclatura basata su due

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	Prima Versione 26 11 2015 non revisioni 26 11 2015 Pag. 3 di 22
--	--------------------------------------	---

elementi clinici: l'intenzionalità e gli esiti, arrivando a distinguere fra: Autolesionismo che può arrivare a morte involontaria Comportamento suicidario che può comportare morte pur con intenzionalità non determinata Tentato suicidio che può avere come esito la morte come suicidio complete. In sintesi si può definire

a) *Suicidio*: evidenze esplicite o implicite che la persona è deceduta attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce suicidio «un atto dall'esito fatale, che viene deliberatamente intrapreso e portato a termine da una persona nella piena consapevolezza delle conseguenze definitive di un simile gesto».

b) *Tentato suicidio*: evidenze esplicite o implicite che la persona si è procurata lesioni non fatali attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

## 4.2 Premessa


Questione di primaria importanza per la sanità pubblica in Europa, il suicidio presenta un tasso di prevalenza medio di 13,9 per 100.000 (Organizzazione mondiale della sanità, 2013).

Il suicidio in Ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una valutazione appropriata delle condizioni del paziente, l'individuazione dei pazienti a rischio e la conseguente adozione di misure idonee alla prevenzione.

Shneidman(1985), padre della suicidologia, definisce il suicidio un atto consapevole di autoannientamento un individuo bisognoso che, alle prese con un problema, considera il suicidio 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, in breve *psychache*.

Shneidman (1985) individua tra le fonti principali di dolore psicologico la vergogna, il senso di colpa, la rabbia, la solitudine, la disperazione, aspetti questi che hanno origine da bisogni psicologici frustrati e negati.

 <p>Azienda ospedaliera universitaria <b>Federico II</b> Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	Prima Versione 26 11 2015 non revisioni 26 11 2015 Pag. 4 di 22
---	--------------------------------------	---

Esistono una serie di **fattori di rischio** relativi al suicidio e la loro conoscenza consente la messa in atto di **strategie efficaci** per la riduzione degli eventi suicidari agendo su:


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

**I fattori protettivi** hanno caratteristiche tali da diminuire la probabilità che un soggetto consideri l'idea del suicidio, tenti il suicidio o lo commetta. Tra i fattori potenzialmente protettivi si possono includere i seguenti esempi: un'immagine positiva di sé, adeguate abilità di problem solving, comportamento volto alla ricerca di aiuto, sostegno sociale.

Busch e coll. (Busch et al., 2003 . Clinical correlates of in-patient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(1):14-19) hanno condotto uno studio retrospettivo su cartelle di pazienti suicidi ricoverati, proponendo una teoria basata sull'esistenza di fattori di rischio acuti e cronici. I fattori in grado di predire il rischio in acuto erano classificati temporalmente in base ai giorni, alle settimane o ai mesi (fino al massimo di un anno) intercorsi a partire dalla valutazione clinica iniziale.

**I fattori di rischio cronici** erano considerati, invece, quelli che persistevano tra 2 e 5 anni o fino a 10 anni dalla valutazione iniziale. Un grave senso di disperazione, l'ideazione suicidiaria e i precedenti tentativi di suicidio sono stati identificati come fattori di rischio cronici.

**I fattori di rischio acuti**, associati con il suicidio nell'arco di giorni, settimane o mesi (fino a un anno), erano principalmente definiti dalla presenza di sintomi. Tra questi sono stati inclusi un grave stato ansioso, gli attacchi di panico, la grave anedonia e il recente abuso di alcol.

	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisoni 26 11 2015 Pag. 5 di 22</p>
---	---	--

I risultati che sono stati studiati hanno compreso l'ambiente di ricovero del paziente, la storia di precedenti tentativi di suicidio, l'ideazione suicidaria, la presenza di psicosi e di ansia/agitazione. Per il medico ospedaliero, l'ambiente di ricovero rappresenta l'aspetto più preoccupante, perché talvolta i pazienti suicidi possono essere ospitati in reparti scelti in base alle loro comorbidità o alle modalità del tentativo di suicidio (ad es. in seguito all'abuso di farmaci).

Nello studio di Busch e collaboratori, 26 dei 76 pazienti erano stati ricoverati per motivi diversi dal suicidio, tentato o ideato; solo 19 erano stati ricoverati per un tentativo di suicidio e 30 per ideazioni suicidarie senza un reale tentativo.

La sola ideazione suicidaria può risultare ingannevole, poiché il 78% dei pazienti in questo studio negava qualsiasi pensiero o intento suicida nel loro ultimo colloquio prima di commettere il suicidio. **Ansia e agitazione** possono essere una forma di screening più appropriata, rappresentando il fattore di rischio più importante nei sette giorni precedenti il suicidio

### **Il modello bio psico-sociale integrato,**

Per una visione articolata del problema *suicidio* descriviamo di seguito il **modello bio-psico-sociale integrato**, basato sull'impatto che i fattori di rischio biologici, psicologici, psichiatrici e sociali possono avere sullo sviluppo di un comportamento suicidario. Il modello si focalizza su tre fattori chiave: fattori legati ai tratti di personalità, quali i fattori genetici, biologici e psicologici (ad es. disfunzioni della serotonina, della personalità e psicologiche cognitive); caratteristiche legate allo stato emotivo, quali la depressione e la mancanza di speranza, influenzate dagli agenti stressanti che possono intervenire nella vita (ad es. crisi economica, problemi sociali, violenza domestica) o da un disturbo psichiatrico; fattori di soglia che possono avere l'effetto di abbassare o innalzare la soglia di rischio. Ad esempio, l'accesso a mezzi letali può abbassare la soglia che porta al comportamento suicidario, mentre un sistema sanitario accessibile può avere un effetto protettivo ed evitare che le persone sviluppino tale comportamento (figura 1).


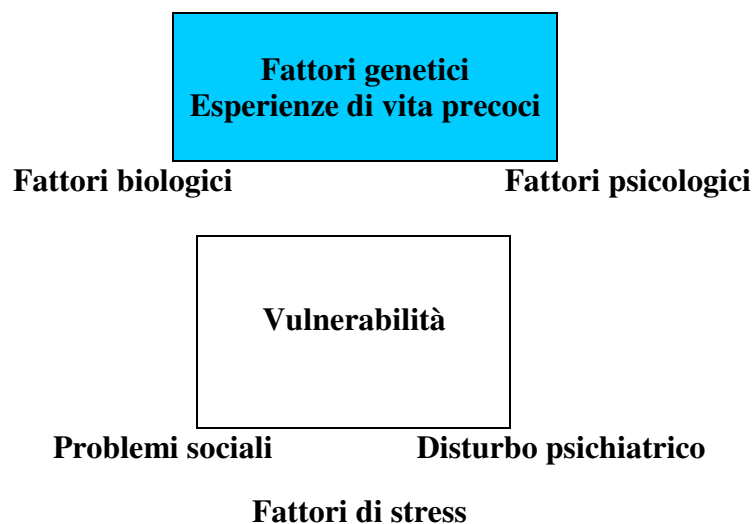
	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisi 26 11 2015 Pag. 6 di 22</p>
---	---	--

Fig. 1 - **Un modello esplicativo del comportamento suicidario** (van Heeringen, 2001)




## 5. Descrizione delle attività (azioni)

### Aspetti procedurali: presa in carico del paziente

A) L'Anamnesi e la **valutazione del rischio di suicidio** può emergere dalla ricostruzione della vita del paziente attraverso:

1. l'analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali,
2. l'accertamento delle condizioni cliniche attuali, siano esse organiche o di origine psichiatrica . Particolare attenzione deve essere posta alla presenza di patologie psichiatriche severe quali: *depressione maggiore, disturbi bipolare (ricordando che entrambe le fasi contropolari possono associarsi a un aumento del rischio suicidario), disturbi psicotici primari e secondari, disturbi cognitivi e del comportamento secondari a patologie neurodegenerative,*
3. la ricerca di eventi significativi recenti o passati quali:
  - 3a. processi evolutivi e vissuti traumatici o conflittuali che il paziente può aver solo apparentemente superato (ad es. abusi subiti, perdita precoce delle figure genitoriali);

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisioni 26 11 2015 Pag. 7 di 22</p>
--	---	---

3b. eventuale familiarità per il suicidio;

3c. atti autolesivi anche di tipo “secondario”(incidenti stradali ripetuti, atti autolesivi, comportamenti impulsive in abuso/dipendenza da alcool e droghe o dipendenza dal gioco d’azzardo);

d) elaborazione patologica delle perdite (recente licenziamento, separazione, lutto, divorzio);

e) difficoltà o preoccupazioni economiche;

f) segni e sintomi psicopatologici quali: disperazione, solitudine, assenza di speranza, percezione d’assenza di aiuto dall’ambiente esterno con ripiegamento su di sé, facilità alla generalizzazione che tutti gli eventi sono catastrofici e ridotta capacità di giudizio, umore depresso, idee o deliri di morte o di rovina, allucinazioni congrue all’umore depresso, mancanza di progetti per il futuro.

### **In caso di paziente con anamnesi positiva per rischio suicidario**


1. Il medico dovrà allertare il coordinatore infermieristico per mettere in atto tutte le misure preventive ritenute utili

2. In caso di rischio dovrà essere richiesta una **consulenza psichiatrica** che se conferma un elevato rischio darà anche il parere su una possibile sistemazione logistica del paziente in psichiatria con l’assistenza medica e infermieristica a carico dell’unità operativa di ricovero.

3. Il coordinatore infermieristico informato, della presenza in reparto, di un paziente a rischio suicidario, dovrà attivare tutte le procedure necessarie a prevenire l’evento avverso.

5. Il medico informerà i congiunti e chiederà collaborazione nell’osservazione del paziente..

6. Il personale infermieristico in turno dovrà controllare periodicamente il paziente verificando che nell’ambiente di degenza non vi siano presenti oggetti potenzialmente contundenti o a rischio di autolesionismo.

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisioni 26 11 2015 Pag. 8 di 22</p>
--	---	---

7. Il personale infermieristico in turno dovrà segnalare al medico di guardia ogni situazione di potenziale pericolo per il paziente e ogni altra situazione rilevante a tal fine.

10. In caso di tentato suicidio dovrà essere richiesta con urgenza una consulenza psichiatrica e valutata la necessità di un eventuale trasferimento anche con le modalità di cui sopra.

## 11. SEGNALAZIONE E MONITORAGGIO

11a. **Tentato suicidio e suicidio come eventi sentinella** Il tentato suicidio o il suicidio in ambito ospedaliero sono considerati eventi sentinella. L'evento sentinella è definito 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 Ministero della Salute ha individuato nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (14) un elenco di sedici eventi che devono essere oggetto di segnalazione: tra questi vi è l'evento "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale". Ha inoltre istituito uno specifico flusso informativo relativo agli eventi sentinella, il Sistema Nazionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Secondo il Protocollo del Ministero della Salute, il verificarsi di un evento sentinella deve "dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

L'obiettivo finale è quello di adottare azioni di miglioramento finalizzate ad evitare il ripetersi dell'accadimento. Inoltre è richiesta, secondo le modalità previste dalle organizzazioni sanitarie, la segnalazione alla Regione che provvederà successivamente alla trasmissione al sistema ministeriale SIMES.

**11b. In caso di tentato suicidio o suicidio in Ospedale** il personale in servizio dovrà immediatamente allertare la Direzione Sanitaria di Presidio e segnalare l'accaduto entro 24 ore per come previsto nella raccomandazione sugli eventi sentinella del Ministero della salute.



	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisi 26 11 2015 Pag. 9 di 22</p>
---	---	--

11 c. **Oltre alla segnalazione, il Responsabile dell'Unità Operativa dovrà inoltrare una relazione al Risk manager** specificando eventuali provvedimenti adottati. Questa relazione sarà trasmessa, come previsto, al Ministero della Salute attraverso l'Unità di Rischio Clinico che provvederà nei giorni successivi ad indire apposita riunione per discutere il caso

Allo scopo di **prevenire un gesto suicidiario** è necessario rivolgere al paziente alcune specifiche domande, considerando che, contrariamente a quanto si pensa abitualmente, **parlare del suicidio non induce nell'altro un proposito suicidiario**; al contrario, l'individuo in crisi e che pensa al gesto si sente sollevato ed ha l'opportunità di sperimentare un contatto empatico.

Shneidman (1993), a tal **proposito**, suggerisce alcune domande chiave che possono essere rivolte a una persona che vuol commettere il suicidio quali: "Dove senti dolore?" - "Come posso aiutarti?".

Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine a un insopportabile dolore mentale, allora il compito principale di colui che deve occuparsi di tale individuo è quello di alleviare questo dolore attraverso **l'ascolto efficace**.


Parlare di pensieri e piani suicidari non accentua l'intento suicidiario né la mancanza di speranza. Al contrario, discutere apertamente dell'ideazione suicidaria in un ambiente familiare può costituire un efficace metodo preventivo/terapeutico.

Riportiamo di seguito alcuni **suggerimenti per la gestione della crisi suicidaria** (Pompili et al. 2008):

**Come comunicare:**

- ascoltare attentamente, con calma;
- comprendere i sentimenti dell'altro con empatia;
- emettere segnali non verbali di accettazione e rispetto;
- esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi;
- parlare onestamente e con semplicità;

esprimere la propria preoccupazione, l'accudimento e la solidarietà; concentrarsi sui sentimenti della persona in crisi.

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisioni 26 11 2015 Pag. 10 di 22</p>
--	---	--

**Come NON comunicare:**

interrompere troppo spesso; esprimere il proprio disagio; dare l'impressione di essere occupato e frettoloso; dare ordini; fare affermazioni intrusive o poco chiare; fare troppe domande.

**Domande utili:**

ti senti triste?

senti che nessuno si prende cura di te?

senti che non valga la pena di vivere?

pensi che vorresti suicidarti?

**Indagine sulla pianificazione del suicidio:**

ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?

hai idea di come farlo?

**Indagine sui possibili metodi di suicidio:**

possiedi farmaci, armi da fuoco o altri mezzi

per commettere il suicidio?

sono facilmente accessibili e disponibili?


**Indagine su un preciso lasso di tempo:**

hai deciso quando porre fine alla tua vita?

quando hai intenzione di farlo?

**Che cosa NON è utile:**

ignorare o liquidare il problema : "Oh, parliamo di qualche altra cosa", "Incontrerai un'altra ragazza e dimenticherai quella persa", "Sei un ragazzo in gamba"; agire con imbarazzo e paura: "Non starai pensando veramente al suicidio, vero?" sfidare e dibattere: "Guarda avanti vedrai che le cose andranno di sicuro meglio", "Non sai che è una sciocchezza togliersi la vita?"; dare consigli dannosi del tipo : "Andiamo ad ubriaccarci e dimentichiamo tutti i problemi".

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisioni 26 11 2015 Pag. 11 di 22</p>
--	---	--

Sulla base delle raccomandazioni elencate e del MdS un colloquio potrebbe essere strutturato come riportato nell'allegato 2

In aggiunta al colloquio clinico si potrebbero utilizzare in forma discorsiva gli items di una Scala di valutazione (ad es. la Scale for Suicide Ideation, SSI) per sondare la profondità dell'ideazione suicidaria. I dati desunti dal colloquio devono essere riportati con molta cura nella cartella clinica per essere a disposizione di tutta l'équipe. Inoltre si può cominciare a creare una alleanza terapeutica tra la persona e l'équipe curante, in modo tale che il paziente, cogliendo l'interesse autentico nei suoi riguardi, possa rinforzare il suo istinto di vita contattando, successivamente alla dimissione, in caso di sentimenti di disperazione, un membro dell'équipe con cui ha instaurato un rapporto collaborativo.

### **Quando è indicato il ricovero in reparto psichiatrico**


A) Il ricovero è indicato dopo un tentativo di suicidio (o tentativo di suicidio interrotto)

1. se Il paziente è in una fase florida di malattia, con aspetti deliranti e allucinatori e scarsa consapevolezza e ridotta capacità di giudizio;
2. quando è in preda ad un'angoscia incontenibile e rifiuta ogni forma di aiuto; quando presenta un grave quadro delirante di rovina, di colpa ed ipocondriaco –
3. Il paziente presenta alterazioni dello stato mentale ad eziologia metabolica, tossica, infettiva o da altre cause che richiedono un'ulteriore valutazione in ambiente strutturato ed un'osservazione qualificata, test clinici, diagnostici o valutazioni specifiche

4. Concomitante condizione medica generale (es., disturbo neurologico acuto, cancro, infezioni) - Il tentativo è stato violento, premeditato e sono state prese precauzioni dal paziente per impedire il salvataggio o la scoperta;
5. quando il piano è persistente e/o l'intento è presente - Il paziente ha un limitato sostegno economico, sociale e familiare; scarsa aderenza terapeutica - Presenza di eventi di vita di particolare valenza traumatica-emotiva quali la fine di un rapporto sentimentale, una drastica perdita economica, un recente lutto - Tentativi passati, in particolare se clinicamente seri quando si fossero ripresentati

B) In assenza di tentativi di suicidio o ammissioni di idee / piani / intenti suicidari, ma in presenza di prove derivanti da valutazione psichiatrica e /o segnalazioni da parte dei parenti o degli amici o da comportamenti sospetti che indicano un elevato livello di rischio di suicidio (per esempio: eccessiva attenzione alla donazione dei propri organi, pensieri concentrati sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari, ecc.). In caso di rifiuto di ricovero da parte del paziente, occorre valutare se sono presenti i presupposti per un Accertamento/Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) .

# Caratteristiche strutturali e processi organizzativi utili per la prevenzione del suicidio in soggetti con rischio suicidario

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	Prima Versione non revisioni 26 11 2015 Pag. 13 di 22
--	--------------------------------------	--


In caso di pazienti che risultano positivi alla consulenza o che hanno manifestato durante il ricovero segni di tentato suicidio, le caratteristiche dell'ambiente e degli spazi nonché i processi organizzativi devono mirare ad evitare il verificarsi dell'evento.

E' necessario adottare i seguenti provvedimenti strutturali ed organizzativi.

## 1. STRUTTURALI

E' opportuno, nel rispetto della dignità della persona, disporre che il paziente sia collocato in ambienti con le seguenti caratteristiche ove possibile:

- Dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza nei bagni, allarmi, ringhiere; Infissi di sicurezza (soprattutto nei piani alti);
- Strutture ed attrezzature che non suggeriscano usi impropri (docce e cabine docce);
- Misure che impediscano alla persona a rischio di avere accesso a mezzi per togliersi la vita (es. taglienti, vetro, lacci, farmaci).
- Posate di plastica e piatti infrangibili
- Quadri ben fissati al muro, con vetri di sicurezza; specchi di sicurezza nei bagni
- Strumenti e attrezzature (stetoscopi, strumenti taglienti, farmaci) attentamente custoditi
- Sistemi antintrusione anche nei locali riservati al personale
- Vetri antisfondamento e/o ringhiere
- Maniglie delle porte con requisiti di sicurezza
- Letti ad altezza variabile per adattarli anche ai materassi antidecubito e necessità di spondine protettive
- Campanelli di allarme non appesi a soffitto/parete
- Pavimenti e rivestimenti che non rappresentino eventuali cadute o urti in camere di degenza

	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisioni 26 11 2015 Pag. 14 di 22</p>
---	---	--

Se la situazione strutturale non permette un'attenta osservazione del paziente e la prevenzione di gesti autolesivi/suicidari e in casi in cui si sia già manifestata la volontà suicidiaria, il medico di reparto dovrà concordare ricovere del paziente in psichiatria con assistenza anche a carico dell'Unità Operativa di ricovero.

## 2 ORGANIZZATIVI

E' necessario:

- informare il personale sul rischio suicidiario;
- informare i familiari sul rischio suicidiario del loro congiunto;
- predisporre un controllo maggiore durante i trasferimenti;
- evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità di vigilanza, proporzionale alla gravità del rischio;
- posizionare il paziente in una stanza di degenza in cui è più facile il controllo da parte del personale di assistenza;
- richiedere una consulenza psichiatrica nei casi in cui si sia manifestata palesemente una volontà suicida;
- particolare attenzione durante le ore notturne, serali e festive in cui il personale potrebbe essere numericamente ridotto



PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE

Prima Versione non  
revisi  
26 11 2015  
Pag. 15 di 22

### Tavola sinottica delle attività

Descrizione attività	Direzione sanitaria	Risk manager	Medico	Coordinatore infermieristico	Infermiere
Elaborazione procedura	A	R	/	R	/
Anamnesi mirata	/	/	R	/	/
Percorso clinico assistenziale	/	/	R	R	C
Segnalazione al personale paziente a rischio	/	/	/	R	/
Controllo pazienti a rischio	/	/	/	V	R
Attivazione procedure organizzative	/	/	/	R	R
Formazione del personale	A	R	R	R	/
Segnalazione evento sentinella	/	C	R	R	R
Implementazione procedura	R	R	R	C	C

R = responsabile dell'azione

C = collaboratore

A = approvazione


V= verifica

## 7. Formazione

Una strategia usata frequentemente per la prevenzione del suicidio consiste in attività educative rivolte a professionisti della salute (mentale), *community facilitators* ed operatori assistenziali (*gatekeeper*). Ciò viene realizzato attraverso la formazione o la stesura di linee guida destinate a tali attori chiave.

In generale, la ricerca mostra che l'erogazione di formazione in tema di prevenzione del suicidio è una strategia efficace (Andriessen e van den Brande, 2001; Capp et al., 2001; Matheson et al., 2005; Ramberg e Wasserman, 2004). Le attività di formazione si sono rivelate efficaci nel migliorare le conoscenze, gli atteggiamenti e la fiducia rispetto alla prevenzione del suicidio (Brunero et al., 2008; Gask et al., 2006; Hayes et al., 2008; Oordt et al., 2009).

1. I principi della formazione devono essere improntati alla valutazione del riconoscimento dei fattori di rischio associati al suicidio, alle modalità di comunicazione con pazienti a rischio suicidario, e alle strategie di prevenzione e controllo

 <p>Azienda Ospedaliera Universitaria <b>Federico II</b> Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	Prima Versione non revisoni 26 11 2015 Pag. 16 di 22
---	--------------------------------------	---

2. La formazione si pone la finalità di consentire il management delle varie fasi di

3. Il personale da formare dovrà essere quello ospedaliero inclusi (sanitario, infermieristico e parasanitario) delle Unità Operative maggiormente coinvolte: Psichiatria, Ostetricia e Ginecologia, Oncologia

4. La formazione mirerà a far conoscere la presente procedura e tutte le informazioni necessarie a gestire, a qualsiasi titolo, pazienti con rischio suicidario.

5. Un possibile percorso operativo è il seguente:

5.1 Presentazione con supporto audiovisivo delle principali caratteristiche cliniche, contestuali, e strutturali correlate al rischio suicidario e al suicidio

5.2 Presentazione di casi clinici esemplificativi con simulazione di scale di valutazione

5.3 Illustrare le modalità su come aumentare la resilienza emotiva e ridurre la vulnerabilità relativamente ai problemi di salute mentale attraverso lo sviluppo di abilità personali, dell'autostima, di strategie di coping.

## 8. Parametri di controllo /indicatori

Indicatore - Numero di tentati suicidi / suicidi alla data di implementazione della procedura rispetto al numero di tentati suicidi / suicidi negli anni precedenti

## 9. Lista di distribuzione

Tutto il personale medico e paramedico dell'AOU

### Riferimenti Bibliografici

1. Ministero della Salute (2008) Raccomandazione n. 4. Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale. [Online].


Disponibile al sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_592\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_592_allegato.pdf)



2. Prevenzione nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso ed SPDC Protocollo minimo di riferimento sul suicidio a cura del gruppo di lavoro coordinato da Massimo Casacchia, Società Italiana di Psichiatria

[http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/Protocollo%20Suicidio%2017%20ottobre%202013%20\\_2\\_.pdf](http://www.psychiatryonline.it/sites/default/files/Protocollo%20Suicidio%2017%20ottobre%202013%20_2_.pdf)

3. Hospital Medicine Practice – edizione italiana – Gennaio 2015, Anno 1, numero 1

 <p>Azienda ospedaliera universitaria <b>Federico II</b> Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	Prima Versione non revisoni 26 11 2015 Pag. 17 di 22
---	--------------------------------------	---

4. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of in-patient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(1):14-19. (Comparative study; 76 patients].

5. Eva Dumon and Gwendolyn Portzky Unit for Suicide Research – Ghent University.  
EUREGENAS European Regions Enforcing Actions Against Suicide – Linee guida per la prevenzione del suicidio.

6. Seung-Min Bae et al. Risk Factors for Suicidal Ideation of the General Population Korean Med Sci. 2013 April; 28(4): 602–607;

7. Baca-Garcia E et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Apr;255(2):152-6. Epub 2004 Nov 19

## **10. LISTA DEGLI ALLEGATI**

### ***allegato 1***

Ministero della Salute (2008) Raccomandazione n. 4. Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale.

### ***allegato 2: Guida per il colloquio con il paziente***

La presente guida vuole costituire una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, quindi, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa.

Essa può essere utilizzata quando vi è un sospetto da approfondire (dopo aver quindi raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi).


E' opportuno che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia; è pertanto necessario scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E' importante, inoltre, cercare di non perdere il contatto oculare con il paziente.

Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero.

Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato

d'animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.

- Come si sente?
- Che progetti ha quando esce dall'ospedale?

	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisoni 26 11 2015 Pag. 18 di 22</p>
---	---	---

Si è sentito giù recentemente?

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

### **allegato 3**

*SAD PERSONS scale* (Patterson et al., 1983);

Agli inizi degli anni Ottanta risale anche la *SAD PERSONS scale* (Patterson et al., 1983), una scala messa a punto per valutare la **probabilità di rischio di suicidio imminente**. La scala, che deriva il suo nome dalle iniziali dei **10 fattori di rischio presi in considerazione**


INGLESE	ITALIANO
<b>Sex</b>	Sesso
<b>Age</b>	Età
<b>Depression</b>	Depressione
<b>Previous attempt</b>	Tentativi precedenti
<b>Ethanol abuse</b>	Abuso di alcolici
<b>Rational thinking loss</b>	Perdita del ragionamento razionale
<b>Social support laking</b>	Mancanza di supporto sociale
<b>Organized plan</b>	Presenza di uno specifico progetto di suicidio
<b>No spouse</b>	Mancanza del partner
<b>Sickness</b>	Malattie fisiche

ed ha, in questo senso, anche lo scopo di fornire un riferimento mnemonico al clinico chiamato a fornire una rapida ed accurata valutazione del rischio. La scala, infatti, è stata messa a punto per aiutare lo psichiatra che, in ambito di **psichiatria di consultazione**, è chiamato a fornire una valutazione, il più possibile attendibile, dei fattori connessi al potenziale rischio di suicidio.

Secondo gli Autori, il punteggio della scala (cioè il numero dei fattori di rischio presenti) può fornire indicazioni per i provvedimenti da prendere:

- da 0 a 2 il paziente può essere dimesso con successivi controlli;
- da 3 a 4 il controllo deve essere più stretto e la dimissione può essere rimandata;
- da 5 a 6 il ricovero è necessario soprattutto se non c'è la sicurezza di un adeguato controllo;
- da 7 a 10 il ricovero è tassativo e la sorveglianza deve essere stretta.

Lo strumento si è dimostrato, oltre che semplice e pratico, molto utile nell'ambito della psichiatria di consultazione dove spesso le condizioni della valutazione, il tempo e le informazioni disponibili non sono ottimali.

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	Prima Versione non revisioni 26 11 2015 Pag. 20 di 22
--	--------------------------------------	---

#### *allegato 4*

SCALE FOR SUICIDE IDEATION (SSI) (Beck et al., 1979);

L'SSI è un'intervista semi-strutturata da parte dell'operatore ed è composta da **19 item**, si articola in **3 fattori (desiderio attivo di suicidio, la preparazione e il desiderio passivo di suicidio)** e prende

in considerazione la 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 e il grado di preparazione del progetto suicidario (12-19).

Gli item sono valutati su di una **scala a 3 punti (da 0 a 2)**, in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso in ciascun item. Il punteggio totale può oscillare, perciò, **tra 0 e 38**.


I soggetti che riportavano **punteggi  $\leq 5$**  sono stati considerati non a rischio di suicidio, mentre quelli con **punteggi  $> 5$**  a rischio di suicidio.

#### *allegato 5*

BARRATT IMPULSIVENESS SCALE, BIS-11 (Barratt, 1995)

Scala di auto-valutazione a 30 items, per la valutazione dell'impulsività intesa come "agire senza pensare", 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 attentiva. Gli item sono valutati su una scala a 4 punti, da 1 = raramente o mai a 4 = quasi sempre/ sempre. Il punteggio totale può andare da 30 a 120

La BIS è un strumento utilizzato nella letteratura internazionale per valutare l'impulsività correlata al rischio suicidario (Seung-Min Bae et al. Risk Factors for Suicidal Ideation of the General Population Korean Med Sci. 2013 April; 28(4): 602–607; Baca-Garcia E et al. Suicide attempts and impulsivity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005 Apr;255(2):152-6. Epub 2004 Nov)

 <p>Azienda ospedaliera universitaria Federico II Integrata con il Servizio Sanitario Regionale</p>	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	Prima Versione non revisioni 26 11 2015 Pag. 21 di 22
--	--------------------------------------	---

### **BIS-11**

Gentile Signore/a, nel seguente questionario vengono elencate una serie di situazioni nelle quali le persone usualmente vengono a trovarsi nel corso della propria vita. Ad ogni frase può rispondere scegliendo la modalità che si presta meglio a descriverla. Il questionario va compilato nella sua totalità secondo quanto Lei pensa e senza l'aiuto di altre persone. Ovviamente, non esistono risposte giuste o sbagliate; è importante solo descrivere i propri sentimenti personali.

Mai/

Raramente


Talvolta Spesso Quasi

sempre/

Sempre

1. Pianifico le attività attentamente
2. Faccio le cose senza pensarci
3. Decido velocemente
4. Mi affido alla sorte
5. Non “focalizzo l’attenzione”
6. I miei pensieri “vanno a gran velocità”
7. Pianifico i viaggi con molto anticipo
8. Ho autocontrollo
9. Mi concentro facilmente
10. Risparmio con regolarità
11. Non riesco a star fermo durante gli spettacoli o le lezioni
12. Sono un attento pensatore
13. Faccio progetti per una sicurezza lavorativa
14. Dico cose senza pensare
15. Mi piace pensare a problemi complessi
16. Cambio lavoro
17. Agisco “d’impulso”

18. Mi annoio facilmente quando devo risolvere dei problemi concettuali
19. Agisco sull'impulso del momento
20. Sono un pensatore assiduo
21. Cambio residenza
22. Compro le cose d'impulso
23. Riesco a pensare ad un solo problema per volta
24. Cambio hobby
25. Spendo più di quello che guadagno
26. Quando penso ho spesso pensieri estranei

	<p>PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE</p>	<p>Prima Versione non revisoni 26 11 2015 Pag. 22 di 22</p>
---	---	---

27. Mi interesso più al presente che al futuro
28. Sono irrequieto a teatro o durante le lezioni
29. Mi piacciono i rompicapo
30. Sono orientato verso il futuro

Traduzione italiana curata da Andrea Fossati, Michela Donini, Deborah Donati.

#### BIS-11 – GRIGLIA DI CORREZIONE

Mai/Raramente = 1 – Talvolta = 2 – Spesso = 3 – Quasi Sempre/Sempre = 4.

Se (r): Mai/Raramente = 4 – Talvolta = 3 – Spesso = 2 – Quasi Sempre/Sempre = 1.

A Im Ac Cc P Ic

5. 2. 1.(r) 10.(r) 16. 6.

9.(r) 3. 8.(r) 15.(r) 21. 24.

11. 4. 7.(r) 18. 23. 26.

20.(r) 17. 12.(r) 27 30.(r) Totale:

28. 19. 13.(r) 29.(r) Totale:

Totale: 22. 14. Totale:

25. Totale:

Totale:

Impulsività Attentiva Impulsività Motoria Impulsività da Non Pianificazione

Totale A Totale Im Totale Ac

Totale Ic Totale P Totale Cc

Totale: Totale: Totale:

Totale BIS-11 (Impulsività Attentiva+Motoria+Non Pianificazione):

A = Attenzione – Im = Impulsività Motoria – Ac = Autocontrollo – Cc = Complessità Cognitiva – P = Perseveranza – Ic = Instabilità Cognitiva.