

PREVENZIONE del SUICIDIO
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**,
con
**Massimo Di Giannantonio, Francesco Scapati, Salvatore Varia e Matteo
Balestrieri**
e con la collaborazione di **Maurizio Malavolta e Ida De Lauretis***

INDICE

<i>Paragrafo</i>	<i>Argomento</i>	<i>Pag</i>
1.	Premessa	
2.	Obiettivi e Campo di applicazione	
3.	Procedure per l'operatore che incontra un paziente a rischio di suicidio	
3.1	Ruolo del Centro di Salute Mentale	
3.2	Ruolo del Pronto Soccorso	
3.3	Ruolo della Psichiatria di Consultazione-Collegamento	
3.4	Quando il ricovero in SPDC è indicato	
3.5	Quando il ricovero in SPDC potrebbe non essere necessario	
4.	Il ricovero in SPDC	
4.1	Fase di accoglienza	
4.1.1	<i>Provvedimenti strutturali</i>	
4.1.2	<i>Provvedimenti organizzativo-assistenziali</i>	
4.1.3	<i>Raccolta della storia</i>	
4.1.4	<i>Come strutturare un buon colloquio clinico</i>	
4.2	Durante il ricovero	
4.3	Fase della dimissione	
5.	Azioni da intraprendere dopo un suicidio in Ospedale	
6.	Problematiche medico-legali	
7.	Conclusioni	
8.	Nomenclatura minima	
9.	Allegati	
10.	Bibliografia	

1. Premessa

Il Presidente della SIP e il Comitato Direttivo hanno affidato ad un gruppo di lavoro ristretto il compito di elaborare un protocollo minimo di riferimento sulle strategie di prevenzione del suicidio.

Il gruppo di lavoro ha tenuto presente nella stesura del protocollo della specifica Raccomandazione Ministeriale (*Raccomandazione Ministeriale n.4/2008, "Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale"*) che si proponeva di aumentare negli operatori dei Servizi di Salute Mentale le competenze per affrontare un evento di particolare rilevanza e frequenza quale il suicidio e il tentato suicidio.

In tale campo, così delicato e ricco di responsabilità medico-legali, il gruppo ritiene che la formazione del personale rivesta un ruolo fondamentale per la prevenzione del suicidio e debba prefiggersi due principali obiettivi: rendere tutto il personale in grado di individuare precocemente i pazienti con fattori di rischio di suicidio e di adottare i comportamenti adeguati per quei pazienti in cui il rischio di suicidio è stato evidenziato.

Il presente **protocollo minimo** non vuole sostituirsi alla gestione clinica dei singoli casi e non ha la pretesa di essere esaustivo. Fornisce tuttavia indicazioni che potrebbero essere utili a Medici Psichiatri strutturati e non, ivi compresi medici in formazione psichiatrica, Infermieri, Ausiliari, operatori che possono svolgere la loro professione presso i Centri di Salute Mentale, presso i Pronto Soccorso e presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Tale protocollo affronta il problema tenendo presente i principali setting di incontro del paziente:

1. **Centri di Salute Mentale (CSM)**
2. **Pronto Soccorso (P.S.);**
3. **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)**
4. **Consulenze psichiatriche** per pazienti ospedalizzati

In tutti e quattro i casi, le due attività irrinunciabili per la prevenzione del suicidio sono:

- **valutazione** del rischio;
- **gestione** del paziente a rischio di suicidio

Un operatore può trovarsi a dover valutare il rischio di suicidio in persone che non hanno un'anamnesi positiva per pregressi tentativi ma che, durante il colloquio, esprimono una perdita di speranza per il futuro o una iniziale elaborazione di idee suicidarie.

L'operatore può inoltre incontrare persone che hanno invece in anamnesi un tentativo (o più) di suicidio, oppure, in altri casi ancora, persone che hanno messo in atto un tentativo di suicidio e per questo sono state ricoverate in urgenza presso il Pronto Soccorso.

In quest'ultimo caso, a seconda della tipologia del mezzo impiegato, il paziente potrà prima esser ricoverato in un reparto chirurgico, internistico, o di rianimazione e successivamente nel Diagnosi e Cura Psichiatrico.

Nei casi in cui la persona ha un'intenzione suicidaria o ha messo in atto in precedenza tale intenzione, è necessario indagare quanto l'ideazione (o il proposito) possa trasformarsi in atto vero e proprio, riservandosi, l'operatore, di mettere in atto soluzioni che riterrà più opportuno tra le quali, se necessario, il ricovero.

Nei casi in cui la persona, per qualsivoglia ragione, sfugga a questa prima fase di indagine e metta in atto il gesto suicidario, non raggiungendo fortunatamente l'esito letale, si provvederà al ricovero secondo procedure di massima allerta per proteggere il paziente durante la degenza.

Altrettanto delicata per questa tipologia di pazienti è la fase della dimissione che deve essere opportunamente programmata col coinvolgimento di tutte le persone della rete assistenziale.

Poiché comunque **il gesto suicidario è**, e resta a tutt'oggi, **un gesto imprevedibile**, l'operatore deve conoscere e mettere in atto tutte le procedure possibili in caso di rischio per scongiurare l'evento suicidario, soprattutto dimostrare di averlo fatto, pur non avendo la certezza matematica che il paziente non metta in atto il suo proposito.

Quando l'operatore reputi necessario approfondire l'atteggiamento negativo della persona riguardo alla propria vita, deve metter in atto degli **accorgimenti**, quali:

- instaurare un **colloquio clinico** fondato sul vissuto interiore e sulle sue credenze, sulla speranza, sulla disperazione, sul grado di sofferenza esistenziale oltre che sull'indagine psicopatologica, impiegando specifici **strumenti di valutazione** che possano aiutare ad aver una idea più chiara del mondo interiore;
- metter in atto, durante il ricovero, una serie di ulteriori **accorgimenti organizzativi**, assistenziali, strutturali e terapeutici allo scopo di ridurre al massimo il rischio di passaggio all'atto suicidario.

2. Obiettivi e Campo di Applicazione del protocollo

Scopo del presente protocollo è fornire una serie di **raccomandazioni**, desunte dalla letteratura scientifica, dalle linee guida delle società scientifiche e dalle raccomandazioni ministeriali (*"Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale"*) che gli operatori dovrebbero tener presente nella loro pratica clinica per **prevenire e/o ridurre i comportamenti suicidari** e i tentati suicidi dei pazienti afferenti nei CSM e nelle strutture sanitarie ospedaliere (Pronto Soccorso ed SPDC)

Rappresenta un prezioso contributo per rendere più competenti gli operatori nell'applicare quanto viene raccomandato a livello scientifico nei vari setting in cui si trovano ad operare.

3. Procedure per l'operatore che incontra un paziente a rischio di suicidio

L'operatore può porsi il problema nella sua pratica clinica se è necessario proporre un **ricovero** o mettere in atto **altre strategie assistenziali**. L'operatore dovrebbe valutare l'entità del rischio sulla base di elementi anamnestici, cioè la presenza, ad esempio, di precedenti tentati suicidi o la determinazione del paziente a mettere in pratica il suo progetto. Se invece i fattori di rischio non sono rilevanti può, in accordo con la persona e con i familiari, concordare altri interventi terapeutici e di supporto, oltre la terapia farmacologica, con un numero frequente di incontri settimanali, sia domiciliari che ambulatoriali.

Eventualmente, tenendo presente le competenze e l'orientamento degli operatori, può essere impostato un approccio di tipo cognitivo comportamentale utile per aumentare i pensieri positivi e diminuire quelli disfunzionali improntati alla disperazione e alla drammatizzazione. Tale approccio si basa su ampie evidenze scientifiche (Jacobs DG, Brewer ML. *Behavioural therapy of suicidality; Application of The APA Practice Guidelines on Suicide to Clinical Practice*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2012 Nov; 262 Suppl 2:S123-8. Epub 2012 Aug 28. CNS Spectr. 2006 Jun;11(6):447-54. Review).

In ogni caso, la responsabilità sul decidere se ci sono gli estremi per un ricovero ospedaliero oppure se optare su una terapia combinata domiciliare, farmacologica e non farmacologica, spesso è di competenza del medico del Servizio che ha in cura il paziente.

Il ricovero in SPDC di pazienti a rischio suicidario può essere proposto (vedi Figura 1) dai Servizi territoriali **(A)** o dal Pronto Soccorso o da altre Unità Operative Ospedaliere, successivamente alla consulenza psichiatrica **(B)**.

1. Il ruolo del CSM. Lo psichiatra del Centro di Salute Mentale, nella valutazione di una persona con rischio suicidario decide sull'opportunità del ricovero, effettuando una valutazione in collaborazione con gli altri componenti dell'èquipe, coinvolgendo il paziente, i suoi familiari, il Medico di Medicina Generale e, se necessario, il Servizio di Continuità Assistenziale, che possono essere chiamati e coinvolti nella decisione di effettuare un ricovero.

Una volta compilata, la "scheda di invio" verrà trasmessa al Servizio di destinazione (Pronto Soccorso o SPDC) assieme ad una copia della documentazione clinica inerente il caso.

Infine, il medico del CSM contatterà i colleghi del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per informarsi sulla disponibilità di un posto letto. Il paziente a questo punto potrà avviato in P.S. e poi in SPDC.

2. Ruolo del Pronto Soccorso. A volte il paziente può arrivare direttamente in P.S. perché ha espresso una progettualità auto-lesiva o ha messo in atto un tentativo vero e proprio, accompagnato dal 118, dalle forze dell'ordine o dai familiari. E' compito del

medico del Pronto Soccorso fare una preliminare valutazione medico-laboratoristica che potrebbe richiedere un ricovero intermedio in un reparto internistico o di rianimazione. È necessario riportare in cartella tutte le informazioni utili su ogni altra comorbidità internistica o psichiatrica e sugli accertamenti e le terapie effettuate. Esclusi problemi medici rilevanti o la necessità di ricovero in altre Unità Operative, lo Psichiatra consulente deve trascrivere il referto di consulenza e, se decide di ricoverare, trasmette in SPDC tutta la documentazione sanitaria acquisita e disponibile inerente il caso.

3. Ruolo della psichiatria di consultazione-collegamento. Lo psichiatra di consulenza può trovarsi a dover affrontare in Ospedale due situazioni diverse da quelle già elencate, alle quali è necessario porre attenzione per il potenziale rischio suicidario. La prima è quella dei *pazienti con sospetto clinico di possibile comportamento autolesivo*, ad esempio pazienti che nel corso delle degenza manifestino intenzionalità o in cui siano evidenti, o anche solo dubbi, segni o sintomi di progettualità autolesiva. La seconda riguarda le *categorie di pazienti con rischio suicidario correlato allo stato psicofisico*, come i pazienti in depressione post-partum, i soggetti con patologia oncologia grave con elevato distress (per la comunicazione della diagnosi oncologica o di una prognosi infausta, o per il passaggio da una terapia curativa ad una palliativa), i soggetti con dolore cronico non rispondente al trattamento, i soggetti con sindrome organica confusionale (di natura organica o farmacologica, o anziani defedati), i soggetti che hanno subito una grave perdita (comunicazione del decesso del neonato, amputazione di una parte del corpo). In tutti i casi, la consulenza psichiatrica fornisce indicazioni sulle modalità di gestione della degenza che possono andare la terapia farmacologica e psicosociale in regime di ricovero, al trasferimento in ambiente specialistico protetto (SPDC, in funzione della gravità rilevata), alla presa in carico programmata alla dimissione (Centro di Salute Mentale).

Figura 1. Percorso terapeutico-assistenziale del paziente a rischio suicidario



3.4 Quando è indicato il ricovero in SPDC

***Il ricovero è indicato** dopo un tentativo di suicidio (o tentativo di suicidio interrotto) se:*

A)- Il paziente è in una fase florida di malattia, con aspetti deliranti e allucinatori e scarsa consapevolezza e ridotta capacità di giudizio; 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

- 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

- 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; 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) presso il Servizio di Diagnosi e Cura.

3.5 Quando *non* è indicato il ricovero in SPDC

Il ricovero potrebbe invece *non* essere necessario e quindi il paziente potrebbe essere dimesso dal Pronto Soccorso ,con raccomandazioni di controlli di follow-up, quando:

- L'ideazione suicidaria è una reazione ad eventi scatenanti (es., fallimento di un esame, difficoltà relazionali), soprattutto se il punto di vista del paziente sulla situazione è cambiato da quando è giunto al Pronto Soccorso
- Il piano /metodi e di intenti hanno bassa letalità
- Il paziente ha condizioni di vita affettivamente stabili e supportanti
- Il paziente è in grado di cooperare con le raccomandazioni per il follow-up, ha una buona aderenza alle cure, può essere facilmente contattabile e monitorato periodicamente a domicilio

4. IL RICOVERO IN SPDC di un paziente a rischio suicidario

Nell'**Allegato 1** vengono sintetizzati gli interventi operativi di prevenzione del rischio nella fase di accoglienza, nella fase di ricovero e nella fase di dimissione. Come si vedrà, ogni fase ha una sua peculiarità che va tenuta presente.

4.1 Fase di accoglienza e prime misure di sicurezza

Nei casi in cui vengano ricoverati pazienti che abbiano già tentato in passato il suicidio o che provengano dal Pronto Soccorso per un tentato suicidio o che abbiano manifestato intenzioni auto lesive al medico curante, è necessario mettere in atto delle procedure scritte finalizzate a diminuire il rischio suicidario in reparto. In **allegato 2/A e 2/B** sono rappresentate due schede che possono essere compilate dal Dirigente Medico e dalla Caposala (o dall'Infermiere) e che rappresentano una sorta di promemoria per ricordare a tutto il personale alcune semplici, ma utili, misure preventive da tenere presente. Tale elenco può essere modificato e arricchito dai singoli Servizi.

Qui di seguito vengono consigliati alcuni provvedimenti utili, sia strutturali che organizzativi:

4.1.1. Strutturali

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

- presenza di 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 la possibilità di accedere a mezzi per togliersi la vita (oggetti taglienti, vetro, lacci, farmaci, etc.)

4.1.2. Organizzativo-Assistenziali

E' necessario:

- informare l'équipe della presenza in reparto del paziente a rischio di suicidio con tempestiva segnalazione al medico di guardia e ai medici dei turni successivi di ogni situazione di potenziale pericolo per il paziente;
- evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità di vigilanza, proporzionale alla gravità del rischio con precise disposizioni al personale
- accogliere il paziente in una stanza di degenza in cui sia più facile il controllo da parte del personale di assistenza; valutare attentamente la posizione del letto nella stanza affinché la sorveglianza del paziente sia più agevole e, se è possibile, evitare il posizionamento del letto vicino alle finestre; preferire la sistemazione del paziente in stanze dove ci siano anche altre degenti
- prendere in consegna oggetti pericolosi come farmaci, sostanze tossiche o attrezzature da toeletta taglienti o in vetro, o altri oggetti personali o di abbigliamento potenzialmente a rischio di provocare asfissia o strangolamento, oppure fonti di fiamma libera;
- porre in atto misure che impediscano alla persona a rischio di accedere ad ambienti (ad es. docce) e mezzi (ad es. oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci di altri) atti a ledersi o togliersi la vita; adottare misure di sicurezza, dotando, ad esempio, gli ambienti

potenzialmente pericolosi di dispositivi di sicurezza, come serrature (garantendone la sostituzione immediata in caso di rottura o danno);

- evitare che il paziente possa accedere a sostanze potenzialmente pericolose limitandone l'accesso (farmaci, detersivi, veleni, ecc.) e potenziando l'osservazione da parte del personale;
- osservare accuratamente ma discretamente il comportamento del paziente in modo continuativo ed eventualmente definire modalità per la vigilanza, sulla base della gravità del rischio.
- Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali, notturne, e nei giorni festivi, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti potrebbe essere ridotto, ma anche durante le fasi della giornata in cui il personale è impegnato in attività di routine o di emergenza che possono distrarre l'attenzione dal "soggetto a rischio".

Per ogni paziente sarà fornita l'indicazione del rischio di suicidio a tutto lo staff. Sulla lavagna riassuntiva dell'occupazione dei posti letto, accanto a ciascun nome, dovrà essere riportata un segno convenzionale di allerta.

Figure quali tirocinanti, frequentatori scientifici, allievi infermieri, volontari e affini non potranno accompagnare il paziente fuori del reparto qualora vi sia anche il minimo rischio di suicidio. Particolare attenzione dovrà essere fatta nelle ore di visita da parte dei familiari quando l'attenzione del personale potrebbe essere più problematica visto l'affluenza dei visitatori in corsia.

Nel caso che il paziente a rischio di suicidio debba essere trasferito in altro reparto dell'ospedale, si dovrà informare il personale medico e infermieristico del reparto di destinazione circa il rischio di suicidio. Lo psichiatra scriverà, sulla cartella clinica del nuovo reparto, chiare misure preventive da adottare.

4.1.3. La raccolta della storia, l'esame obiettivo e il colloquio clinico

Nell'ambito di una visita psichiatrica ambulatoriale, durante una consulenza psichiatrica o al momento dell'ingresso del paziente in SPDC, viene raccolta la **storia recente e passata del soggetto** (*vedi Allegato 3*).

Accanto agli avvenimenti più recenti che possono aver indotto la persona a progettare il suicidio, può essere utile indagare nel passato, anche lontano, la condizione familiare in cui il paziente è cresciuto, la familiarità per suicidio, eventi vissuti nell'infanzia di particolare rilevanza (come abusi e aggressioni), eventuale presenza di una Doppia Diagnosi con una Dipendenza da Sostanze che potrebbe aumentare l'impulsività della persona. Utile anche un esame obiettivo per cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcol e/o sostanze stupefacenti, nonché di un'eventuale sindrome da astinenza, ma anche segni auto-lesivi pregressi.

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

La presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede l'integrazione delle diverse competenze (operatori sanitari e informal caregiver) presenti nell'unità operativa, al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidario.

È importante stimolare il coinvolgimento delle famiglie e degli amici sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio. Eventualmente, si può prevedere il coinvolgimento di volontari preparati all'assistenza.

La presenza di una patologia organica a cattiva prognosi può generare uno stato di cupa depressione, così come un dolore fisico protratto ed intenso può prostrare l'individuo fino a determinarlo alla auto-soppressione. Vi sono poi i fattori predisponenti e di rischio ben noti associati alla presenza di disturbi psichiatrici e soprattutto di precedenti autolesivi. Particolare attenzione meritano poi la presenza accertata di *hopelessness* (*vedi allegato 4/B*) ed impulsività (*vedi allegato 4/C*). Non da ultimo bisogna accertare l'esistenza di fattori avversi come l'assenza dell'osservazione e del supporto di familiari ed amici o la presenza di mezzi utilizzabili per il tentativo suicidario.

L'Allegato 3 descrive i potenziali fattori di rischio derivabili durante la raccolta della storia del soggetto. Vengono riportati 7 fattori la cui presenza può rappresentare un elemento di attenzione in soggetti che hanno tentato il suicidio o che hanno una intenzione suicidaria.

4.1.4 Come strutturare un buon colloquio clinico

E' necessario che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia; è pertanto opportuno, ove possibile, scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni, ove venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E' importante, inoltre, esprimere un'attenzione a quanto riferito dal paziente.

E' bene tenere presente che il paziente potrebbe anche mascherare i motivi e i sentimenti legati al gesto, oppure "simulare" di stare bene nonostante l'elevata intenzionalità di morire. Qualora necessario, utilizzare sempre ed esclusivamente il termine "*tentativo di suicidio*" tutte le volte in cui sia rilevabile anche il minimo desiderio di morire. Non usare *mai* termini come "ingestione incongrua di farmaci" oppure "comportamento anticonservativo" in quanto non conformi alla nomenclature ufficiale sul suicidio e fuorvianti.

I pensieri suicidari vanno semplicemente riconosciuti e ascoltati, stando attenti a non negarli o sottovalutarli.

Vengono qui suggerite all'operatore una **serie di domande** che potrebbero facilitare l'approfondimento delle intenzioni suicidarie del soggetto, partendo da domande generali, e poi cercando di raggiungere progressivamente il centro del problema, al fine di evidenziare eventuali idee di suicidio e valutarne l'entità e l'intenzionalità:

- *Come si sente?*
- *Si sente giù di umore?*
- *Si è mai sentito così in precedenza?*
- *E' successo qualcosa recentemente che la ha molto turbata?*
- *Si è sentito oppresso in modo insopportabile da un grande peso?*
- *Si sente in colpa per qualcosa? Anche per errori commessi in passato? Ci pensa spesso?*
- *C'è qualcosa che la preoccupa o la turba molto in questo periodo?*

- *La sua mente si sofferma in modo ripetitivo su preoccupazioni senza riuscire a trovare una via d'uscita?*
- *Le è capitato di pensare che la vita non ha senso o che non valga la pena di essere vissuta?*
- *Le capita di pensare che sarebbe meglio morire piuttosto che sopportare tutto questo?*
- *Ha mai desiderato di essere morto?*
- *Ha mai pensato seriamente al suicidio?*
- *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 fatto qualcosa di concreto per realizzarlo? Che cosa l'ha trattenuta a farlo? (chiedersi quale era il rischio effettivo di morte).*
- *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 pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (se ha famiglia)*

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.

4.2 Fase del RICOVERO

Durante la fase del ricovero è necessario mettere in atto le seguenti azioni:

A) Osservazione del paziente e valutazione del rischio

- È importante la rilevazione, mediante l'osservazione diretta del paziente durante tutto l'arco del ricovero, per cogliere segni che possono essere indicativi di rischio di suicidio. Si ricorda che il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero.
- Durante la degenza, il colloquio giornaliero col paziente è utile per indagare se i pensieri pessimistici sono in attenuazione a favore di quelli più improntati alla speranza.
- Possono essere altresì impiegati utili strumenti psicometrici che permettono di monitorare nel tempo l'intenzione suicidaria (**Allegato 4/A e 4/B**)

E' stato dimostrato scientificamente che è utile che l'operatore, durante gli incontri col paziente, affronti con delicatezza ma apertamente l'argomento "suicidio", superando la sua ritrosia ad affrontare tale argomento, temendo di riattivare progetti suicidari. Invece è stato dimostrato che parlarne facilita l'approfondimento di un rapporto empatico tra operatore e paziente che ne apprezza il suo autentico interessamento (Jacobs DG, Brewer ML. *Application of The APA Practice Guidelines on Suicide to Clinical Practice*. CNS Spectr. 2006 Jun;11(6):447-54; Schwartz R. *Suicide assessment and evaluation strategies: a primer for counseling psychologists*. Counselling Psychology Quarterly, Vol. 17, No. 1, 2004, pp. 89-97; Michel K. *Suicide prevention and primary care*. In: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: Wiley; 2000).

B) Comunicazione in équipe

- Gli esiti dei colloqui clinici giornalieri devono essere condivisi all'interno dell'équipe al fine di impostare una rivalutazione del rischio attenta e periodica. Ogni membro dell'équipe, al di là del proprio ruolo, può contribuire al riscontro della diminuzione o permanenza di pensieri pessimisti/sucidari. Dopo i singoli incontri si dovrà avere una

discussione collegiale sulle risultanze dei vari colloqui per mantenere, se necessario, il livello di attenzione ancora alto.

- Le osservazioni dovrebbero essere trascritte nel diario medico e nel diario infermieristico per essere rese note e condivise, ad ogni cambio turno, all'interno dell'équipe
- E' opportuno che quanto evidenziato e condiviso nell'ambito dell'équipe del reparto sia trasmesso anche agli operatori del territorio che hanno in carico l'utente, in modo tale da porre le basi per la dimissione quando le condizioni del paziente lo permetteranno, mettendo in atto tutte le procedure previste per la suddetta fase.

C) Attività utili durante il ricovero:

- Aiutare il paziente a raggiungere e mantenere il livello di autonomia nella cura adeguata di sé e del proprio aspetto
- Favorire l'attività fisica durante il giorno, consigliare di leggere un libro o guardare la TV, invitare a partecipare alle varie attività del reparto (come la musicoterapia e la psicomotricità)

D) Terapia

Durante il ricovero è opportuno mettere in atto un intervento integrato, sia **farmacologico**, sia **non farmacologico**. La ricerca di una adeguata adesione all'intervento proposto dipende dal valutare attentamente la percezione soggettiva dei pazienti rispetto ai farmaci e dal mettere in atto misure che rendano le terapie farmacologiche più efficaci e tollerabili.

Terapia farmacologica

Durante la degenza il paziente verrà sottoposto alle terapie psicofarmacologiche opportune, ricordando che nel caso dei disturbi depressivi, durante il periodo di latenza dell'effetto terapeutico, il rischio di suicidio può aumentare in quanto la persona può trovare una spinta all'azione auto-lesiva in assenza del miglioramento dello stato depressivo

Sebbene la diagnosi ed il trattamento del disturbo dell'umore risulti un aspetto cardine nella riduzione del rischio suicidario, la relazione tra i trattamenti – in particolare gli antidepressivi – e il rischio suicidario è dibattuta. Recenti revisioni sistematiche hanno evidenziato una

riduzione del rischio suicidario associata all'uso di SSRI negli adulti con depressione. Diversi sono i dati per gli adolescenti, dove sembra che l'uso degli stessi farmaci SSRI possa aumentare in rischio. Esistono inoltre dei *warning* da parte di agenzie di regolamentazione relative all'uso degli SSRI in bambini e adolescenti per il possibile incremento del rischio di ideazione suicidaria e tentativi non fatali di suicidio. Le linee guida raccomandano che gli antidepressivi vengano dati solo in adolescenti con depressione moderata-grave e in associazione ad una terapia di tipo psicologico. Altri farmaci antidepressivi, come i triciclici, dovrebbero essere usati con cautela data la loro potenziale letalità in overdose.

Prove di efficacia preventiva sul rischio suicidario esistono invece per i **sali di Litio** e per la **Clozapina** (Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. *Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis*. BMJ. 2013 Jun 27; 346: f3646; Wasserman D et al. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. Neuropsychopharmacol Hung. 2012 Jun;14 (2): 113-36). La scelta di questi farmaci però è a volte condizionata dalla necessità di un monitoraggio ematico stretto e a lungo termine che potrebbe rendere problematico in alcuni setting il loro uso.

Terapia non farmacologica

Accanto alle terapie farmacologiche, sono di particolare utilità anche tecniche di **terapia cognitivo-comportamentale**. Esse sono utilizzate per correggere i pensieri o credenze disfunzionali (schemi), come ad esempio la drammatizzazione degli avvenimenti che coinvolgono il paziente, la perdita della speranza per il futuro, ecc. che determinano profondi sentimenti depressivo di auto-svalutazione o di auto-accusa. Il paziente è aiutato dall'operatore a sostituire il suo pensiero disfunzionale con uno più funzionale al suo benessere.

In sostanza, questo approccio aiuta il paziente a:

1. riconoscere i propri pensieri automatici negativi
2. riconoscere le connessioni tra cognizione, emozioni, comportamento
3. esaminare l'evidenza pro e contro il pensiero automatico distorto
4. sostituire le proprie interpretazioni disfunzionali con quelle più realistiche e adattative

I benefici di una terapia cognitivo-comportamentale potrebbero includere un'attenuazione del rischio di suicidalità durante il trattamento farmacologico.

4.3 FASE della DIMISSIONE dal SPDC e pianificazione della continuità assistenziale

E' consigliabile **concordare** per tempo con il paziente la data della probabile dimissione ("**dimissione protetta**") dal reparto per verificare con lui le sue capacità di ri-affrontare la vita quotidiana.

Gli operatori decidono la dimissione del paziente quando il quadro psicopatologico di fondo è migliorato, ma soprattutto dopo aver indagato in profondità **l'attenuazione dei pensieri disfunzionali** quali la ridotta speranza per il futuro, l'idea di non essere all'altezza delle proprie responsabilità, la incapacità di programmare e progettare la propria vita.

A questo punto l'operatore rivolgerà la domanda: "*pensa che ci siano dei buoni motivi per continuare a vivere la sua vita?*"; e soprattutto chiederà alla persona se è diventata più competente nel fronteggiare eventuali improvvisi pensieri auto-lesivi, chiedendo ad esempio: "*qualora si ripresentassero quei brutti pensieri che la hanno spinta a pensare o attuare un gesto suicidario, sarebbe in grado di contrastarli? Cosa penserebbe di alternativo?*"

Il paziente può essere dimesso se non presenta gli elementi tipici del rischio di suicidio descritti in precedenza, se i punteggi degli strumenti psicometrici sono nel **range di sicurezza** e se concorda le sue dimissioni con l'operatore (*Allegato 2/A*).

Gli operatori possono riconsiderare le valutazioni dei due strumenti suggeriti (SSI e BHS), ma anche l'item "suicidio" dell'Hamilton Rating Scale, della BPRS, della PANSS, della MINI, della Calgary Depression Scale e della Montgomery Asberg Depression Rating Scale.

Per la dimissione di un paziente che si è confrontato col problema della morte viene utilizzata una **dimissione così detta "protetta"**. Infatti, una volta concordata la dimissione, è opportuno il coinvolgimento del Servizio territoriale che dovrà prendere il carico del paziente dopo la dimissione.

Pertanto nella cartella clinica è opportuno far risultare che la **dimissione è stata concordata** con il paziente in presenza degli operatori del servizio territoriale di competenza e dei familiari cui verranno fornite alcune preziose informazioni per facilitare, in caso di necessità, il rapporto con gli operatori del Centro di Salute Mentale o del Diagnosi e Cura dove il paziente è stato ricoverato.

Nella cartella clinica andrà scritto con chiarezza il giorno e l'ora in cui il Servizio territoriale incontrerà il paziente dopo la dimissione, o presso il suo domicilio o presso il CSM.

Verrà consegnato al paziente e ai familiari una **relazione di degenza/promemoria** in cui è chiaramente indicato e prescritto il giorno e l'ora della visita ambulatoriale o domiciliare e i recapiti telefonici del Centro di Salute Mentale e del reparto di Diagnosi e Cura da chiamare in caso di necessità, facendo comunque presente che **"in caso di bisogno non esiti a contattare il servizio di emergenza chiamando il 118"**.

La letteratura scientifica e l'esperienza clinica hanno dimostrato che il periodo post dimissione è particolarmente delicato per il paziente ed infatti il rischio di suicidio aumenta drasticamente nelle prime quattro settimane dalla dimissione dall'Ospedale e soprattutto nella prima. Pertanto viene raccomandata una particolare attenzione dei Servizi Territoriali, monitorizzando in modo molto ravvicinato le condizioni psicopatologiche e l'ideazione suicidaria del paziente nel suo non sempre facile reinserimento sociale (Ho TP. *The suicide risk of discharged psychiatric patients*. J Clin Psychiatry 2003; 64: 702-7; Pirkola S, Sohlman B, Wahlbeck K. *The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation - a nationwide register study*. BMC Psychiatry 2005 Aug 25;5:32; Kan CK et al. *Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007 Mar;42(3):208-14. Epub 2007 Jan 31).

Le ragioni dell'aumento del rischio post-dimissioni sono molteplici, sicuramente l'impatto del soggetto col mondo reale potrebbe far riemergere i pensieri disfunzionali sopiti che potrebbero portarlo anche ad un profondo stato di disperazione e di solitudine.

Nel periodo post-dimissione, infatti, è raccomandato agli operatori con cui il paziente ha familiarizzato maggiormente durante il ricovero di prendere contatto telefonicamente con

l'utente in modo da far percepire una vicinanza e un supporto, offrendo in caso di necessità la propria disponibilità ad ulteriori incontri.

5. Azioni da intraprendere dopo un suicidio in Ospedale

Sono stati proposti diversi interventi da attuare nelle fasi successive al suicidio di un paziente avvenuto durante una degenza, distinguendo tra interventi immediati, di medio e di lungo termine. Nell'immediato è importante identificare un responsabile che coordini gli interventi e a cui venga affidata la gestione di una riunione con il personale coinvolto per la pianificazione a breve termine. È necessario identificare le persone che hanno bisogno di attenzione clinica, come i testimoni all'evento (la famiglia e altri visitatori), altri pazienti a rischio di suicidio, i pazienti vicino alla persona deceduta, il personale che si è preso cura del paziente.

Nel medio termine (le due settimane successive all'evento) è importante l'attenzione prestata ai familiari, con l'ascolto della loro versione dei fatti e una aperta discussione su quanto viene da loro riferito. Inoltre è necessario analizzare gli errori eventuali che hanno accompagnato o determinato l'evento. Questo processo viene attuato attraverso la corretta conduzione di una *root cause analysis* (RCA). La procedura RCA deve analizzare i processi istituzionali che possono aver contribuito al suicidio (o al tentato suicidio), evitando di colpevolizzare i singoli operatori come responsabili dell'evento. In base a quanto viene accertato, l'azienda ospedaliera organizza poi un piano d'azione per prevenire ulteriori tentativi suicidari.

Nel lungo termine (dopo le prime due settimane) si attua infine il processo di riorganizzazione collegato all'analisi effettuata. È fortemente raccomandata l'istituzione di un responsabile del processo di cambiamento, per monitorare le varie fasi di attuazione delle disposizioni che sono state deliberate.

Un aspetto importante da considerare è il cosiddetto "debriefing", termine con cui si indica un intervento finalizzato a fornire una prima risposta ad un evento fortemente traumatico, per condividere pensieri, esperienze ed emozioni suscitate dall'evento. L'obiettivo del debriefing è di ridurre lo stress e prevenire sequele psichiatriche come il disturbo da stress acuto o un disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

6. PROBLEMATICHE MEDICO – LEGALI del suicidio in ambito psichiatrico

Posizione giuridica del suicidio

Il Codice Penale Italiano non punisce colui che sopravvive al tentativo di suicidio pur non essendovi alcuna disposizione di legge che autorizzi il cittadino a disporre in questo modo della propria vita .

Partecipazione al suicidio

La disposizione di legge prevede quattro diversi tipo di suicidio ovvero il **suicidio istigato** (attuato mediante il concorso morale determinando o rafforzando l'altrui proposito suicidiario), il **suicidio agevolato** (mediante l'aiuto materiale all'esecuzione del fatto), il **suicidio consumato** (ovvero che avviene realmente) ed il **suicidio tentato** (quando il soggetto sopravvive riportando eventualmente lesioni personali).

Agevolare il suicidio, secondo la dottrina medico – legale, significa prestare aiuto materiale ed effettivo fornendo i mezzi necessari (un'arma o un veleno) oppure partecipando con attività accessoria all'esecuzione, ad es. fornendo una stanza, ovvero aiutando il suicidio anche attraverso omissioni da parte di chi aveva l'obbligo giuridico di impedire il fatto (medico, infermiere, agente penitenziario, ecc., come vedremo meglio successivamente).

Va tenuto presente che l'art. 580 C.P. prevede due *circostanze aggravanti speciali* di particolare interesse per gli psichiatri e psicoterapeuti, ovvero che l'una comporta un aumento della pena se la persona istigata, eccitata o aiutata ha compiuto i 14 anni ma non ancora i 18, ovvero si trovi in uno stato di parziale incapacità di intendere e di volere per deficienza psichica, abuso di sostanze stupefacenti o alcoliche o altra infermità; l'altra invece comporta la stessa pena dell'omicidio doloso se la persona istigata è minore di anni 14 ovvero è totalmente incapace di intendere e di volere.

Come si vede al di là dei fatti dolosi, ovvero in cui sia ravvisabile il DOLO, esistono tutta una serie di situazioni che sia nell'ambito delle strutture pubbliche (Dipartimenti di Salute Mentale , Cliniche Psichiatriche Universitarie, ambulatori) che nell'ambito dell'attività privata (sia

psichiatrica che psicoterapeutica) possono configurare soprattutto laddove sia ravvisabile un'ipotesi di reato problematiche complesse di responsabilità professionale.

La responsabilità professionale dello psichiatra

Come è noto il medico (ed anche lo psichiatra) dispone "non del diritto di curare ma della facoltà o potestà di curare che gli deriva prima di tutto dalla laurea in Medicina e Chirurgia e dall'abilitazione all'esercizio professionale ma che per potersi estrinsecare richiede il consenso della persona che deve sottoporsi al trattamento" (Fiori 1999).

La potestà di curare di cui i medici sono investiti trova di norma un limite nella volontà del paziente, purché psichicamente capace di autodeterminarsi in relazione ai propri bisogni di salute, salvi i casi di trattamento obbligatorio previsti dalla Legge o le situazioni di urgenza che ne mettono in grave pericolo la salute e la vita.

Ne consegue che "il consenso informato all'atto medico" non ha dunque una rilevanza unicamente deontologica, ovvero contrattuale nella prestazione d'opera del medico, ma costituisce un presupposto per la legittimità dei trattamenti medico chirurgici. Pertanto dalla violazione di questo obbligo conseguono sia una responsabilità disciplinare che una responsabilità medica penale e civile".

Anche in riferimento ai suicidi e tentati suicidi vige il principio secondo il quale la responsabilità professionale del medico implica il dovere di rispondere del proprio operato e di assoggettarsi alle sanzioni di ordine penale, civile, deontologico ed amministrativo disciplinare previsto dalla normativa vigente.

Perché si possa riconoscere una responsabilità legale da parte del sanitario è necessario, come è noto, che sussistano alcune condizioni:

- in primo luogo vi deve essere una condotta professionale che possa configurare un comportamento colposo
- che da tale condotta derivi un danno
- e infine che questo possa essere attribuito, secondo i principi della causalità, alla non corretta esecuzione da parte del professionista.

In giurisprudenza è affermato che quella del medico nei confronti del paziente è una responsabilità che, tranne rari casi, attiene i mezzi e non i risultati. Ovvero il medico è tenuto a mettere in atto comportamenti obiettivamente idonei, utilizzando tutti i mezzi necessari per il raggiungimento del fine desiderato.

In ambito penale per lungo tempo la giurisprudenza è stata concorde nel riconoscere la responsabilità in ambito penale solo nell'errore non scusabile e cioè dovuto a grossolana trascuratezza di norme elementari che ogni professionista non può ignorare o omettere ovvero per macroscopica povertà di cognizioni scientifiche.

Come è noto infatti, come da Sentenza della Cass. Pen., IV Sez., Sent. Del 01/12/04, "gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto dagli articoli 2 e 32 della Costituzione, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo ne minacci l'integrità; e tale obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro".

Tale obbligo riguarda certamente i pazienti ricoverati in TSO (Cass. Sez.IV Pen. N° 13241/2005) nel caso di specie per il medico di turno ed il capo reparto di Psichiatria di una città toscana vi è stata condanna per omicidio colposo in pregiudizio di un paziente, ricoverato in regime di TSO presso la struttura il quale, dopo avere in precedenza tentato il suicidio, realizzava il suo proposito impiccandosi nel bagno ove si era recato senza alcun controllo. La Cassazione di merito ha affermato che l'evento era in rapporto di stretta consequenzialità rispetto alla condotta omissiva dei due medici, essendo il fatto delittuoso derivato dal non avere rappresentato agli infermieri di turno le peculiarità del caso e l'elevato rischio con un surplus di prescrizioni, cosa che ha comportato una minore vigilanza ed un meno accurato controllo. La particolare gravità della depressione del paziente doveva comportare l'eliminazione o comunque il controllo degli strumenti idonei a tentare il suicidio. Occorre necessariamente *operare un giudizio controfattuale* che sia in grado di spiegare quale condotta si sarebbe dovuta adottare per riuscire ad evitare l'evento addebitato. Tale principio trova numerosi riscontri nella giurisprudenza di legittimità che ha tra l'altro ritenuto che il giudizio controfattuale debba basarsi su un alto grado di credibilità razionale o probabilità logica (Cassazione, Sez.Penali Unite, sentenza 30328/2002).

Successivamente la giurisprudenza ha allargato tale applicazione anche nei confronti dei ricoveri volontari, ritenendo che il potere – dovere di sorveglianza in capo al personale medico sussiste anche a prescindere dall'applicazione delle norme sul TSO, ricollegandosi direttamente alla posizione di garanzia e più in generale all'obbligo di curare il paziente che fa capo al sanitario, per evitare casi di autolesioni o eterolesioni (Cass. Sez.IV Penale, Sentenza 10430/2004).

La Società Italiana di Psichiatria ha da tempo elaborato alcuni rilievi critici in riferimento alla concreta applicazione della cosiddetta posizione di garanzia, in quanto nell'ambito dei doveri di protezione si è troppo posto l'accento su quello custodialistico e di controllo sociale, rispetto alla cura.

Del tutto recentemente, la Sentenza N°16975/2013 sempre della IV Sez. Penale della Cassazione, in riferimento ad un suicidio avvenuto in un CSM, ha ritenuto la non sussistenza di margini di responsabilità sia per il Direttore del DSM che per gli psichiatri in servizio, confermando il giudizio di assoluzione da parte del Tribunale di Udine e della Corte di Appello di Trieste, in riferimento al caso di una donna affetta da una grave forma di depressione con manifeste idee suicidarie, che aveva attraversato una recinzione in parte divelta, cadendo in un torrente, non si sa se accidentalmente o per un gesto suicidario, con alcune considerazioni in tema di CSM, struttura aperta non assimilabile ad un SPDC, e circa l'eventuale omessa sorveglianza da parte dei sanitari, che fanno ipotizzare una maggiore considerazione degli spazi di autonomia del paziente.

In ambito civile la valutazione del grado di colpa è regolata, come è noto, dall'art. 1176 c.c. che impone anche al professionista di usare nell'adempimento delle obbligazioni inerenti la sua attività la diligenza del buon padre di famiglia.

Responsabilità nel lavoro d'equipe

L'attuale organizzazione dell'attività sanitaria prevede una articolazione centrata, anche e soprattutto in ambito psichiatrico in équipe. In un simile contesto diventa a volte ardua la ricerca di una attribuzione individuale di responsabilità.

Secondo la classica impostazione dottrina uno degli elementi dirimenti va cercato nel cosiddetto *principio dell'affidamento*, ovvero in una precisa divisione di compiti secondo

specifiche competenze in modo che ognuno debba rispondere per il proprio operato, senza rinunciare a studiare contestualmente l'operato del collega per potere correggere eventuali errori .

In ambito ospedaliero a tale principio si sovrappongono *precise responsabilita' gerarchiche* per cui il Dirigente di II livello o quello responsabile essendo tenuto a tutelare la salute di tutti i ricoverati è coinvolto in ogni azione e quindi anche in eventuali azioni dannose rispetto ai pazienti ricoverati o seguiti da un Centro di Salute Mentale.

7. CONCLUSIONI

Questo protocollo minimo, elaborato dal gruppo di lavoro SIP, verrà sottoposto al giudizio dei Dipartimenti di Salute Mentale a cui verrà inviato.

La prima fase dovrebbe essere quindi quella della **diffusione**, una volta concordato il testo.

La seconda sfida è quella di **trovare gli strumenti per verificare** se l'attivazione di tali procedure riduce realmente nella pratica clinica la prevalenza dei suicidi e dei tentati suicidi.

Si è comunque consapevoli che i protocolli, come le linee guida, sono un importante punto di riferimento ma non possono garantire la completa eliminazione di un fenomeno che spesso è non preventivabile, non solo per l'operatore ma anche per lo stesso autore.

Comunque l'adesione alle procedure è una prova tangibile dell'attenzione e della professionalità della Dirigenza di un Servizio che si impegna concretamente con tutte le sue energie a ridurre il rischio di suicidio nei suoi pazienti.

Il protocollo presenta degli allegati che possono essere divisi in:

A) **scale di valutazione** sul rischio di suicidio, che sono in letteratura molteplici. In queste procedure sono state suggerite la BHS e la SSI

B) **Scheda "Potenziali fattori di rischio** durante l'anamnesi"

C) Scheda "Segni e **comportamenti suggestivi di rischio**" rilevabili durante la degenza

D) Scheda dei **comportamenti operativi**

E) Scheda di **sintesi e riassunto delle procedure** durante ricovero e dimessi

8. NOMENCLATURA MINIMA

- **Autolesionismo deliberato:** atti volontari auto-inflitti, dolorosi, distruttivi o lesivi senza l'intenzione di morire.
- **Comportamento parasuicidario:** condotte che comportano un inconsapevole o latente desiderio di morte, in cui viene ricercato un rischio estremo ed una sfida con la vita, quali ad esempio sport pericolosi, taluni incidenti stradali, gli abusi di sostanze, e via dicendo.
- **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 di piani di suicidio e dal grado dell'intento suicidarlo.
- **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 portare al suicidio.
- **Intento suicidario:** il paziente è in procinto di commettere l'atto con chiara progettualità.
- **Gesto suicidario:** minaccia di suicidio accompagnata da un gesto suicidario (che il paziente ritiene) di ridotta letalità. Il termine parasuicidio (da non utilizzare) denota un comportamento che manca della vera intenzione ad uccidersi, ma che comunica in una certa misura l'intento suicidarlo.
- **Tentativo di suicidio:** secondo la suicidologia classica questo termine dovrebbe essere usato per coloro che volendo commettere il suicidio non vi riescono per cause indipendenti dalla loro volontà. Si tratta del termine più usato nel modo sbagliato. La difficoltà risiede nel fatto che in realtà l'individuo può tentare di tentare, tentare di commettere, tentare di non essere letale. In altre parole maggiori chiarimenti si otterrebbero se si valutasse la letalità dell'atto potendo quindi discriminare tra atti a bassa ed alta letalità.
- **Suicidio mancato:** Comportamento fallito di auto-soppressione, che si differenzia dal tentato suicidio per le modalità con cui è stato attuato, chiaramente letali e senza spazio intenzionale per l'evitamento della morte.

ALLEGATO 1. Scheda interventi operativi

<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">INVIO DA SERVIZIO TERRITORIALE</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">R</p> <p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p style="text-align: center;">V</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p style="text-align: center;">R</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">N</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">C</p>	<p style="text-align: center;">FASE DI ACCOGLIENZA</p>	<p style="text-align: center;">PRIMA VALUTAZIONE DEL RISCHIO</p>
<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">INVIO DA P.S. O DA ALTRA U.O. OSPEDALIERA</p>		<p style="text-align: center;">FASE DI RICOVERO</p>	<p style="text-align: center;">ANAMNESI MEDICA E INFERMIERISTICA</p>
		<p style="text-align: center;">COMUNICAZIONE IN EQUIPE</p>	
		<p style="text-align: center;">OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO</p>	
		<p style="text-align: center;">TERAPIA</p>	
		<p style="text-align: center;">FASE DI DIMISSIONE</p>	<p style="text-align: center;">DIMISSIONE E PIANIFICAZIONE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE</p>



ALLEGATO 2/A Scheda da compilare a cura del Dirigente Medico e dalla Caposala/Infermiere in modo da sensibilizzare tutto il personale medico e infermieristico alla messa in atto di misure preventive, sia durante il ricovero che alla dimissione

SCHEDA INTERVENTI PREVENTIVI E DI SICUREZZA La presente scheda, da compilare nel momento in cui l'équipe avrà "valutato un paziente a rischio suicidiario", costituisce una traccia per l'identificazione e l'attuazione di misure preventive e di sicurezza. Le misure preventive attivate dovranno essere portate a conoscenza di tutto il personale, inserendo, ad esempio, la presente scheda nel registro delle consegne degli infermieri, dei medici strutturati e dei medici specializzandi

COGNOME E NOME _____ **DATA** _____

MISURE PREVENTIVE ATTIVATE

DURANTE IL PERIODO DI RICOVERO:

- ALLERTATO TUTTO IL PERSONALE
- Osservazione costante del paziente
- Sensibilizzare i familiari sulla necessità di contribuire al controllo costante del paziente
- Sensibilizzare i familiari e gli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltellini, oggetti in vetro, farmaci)
- Controllare costantemente la stanza di degenza ed il bagno, ed allontanare qualunque oggetto possa costituire pericolo
- Vigilare che il paziente non acceda a sostanze potenzialmente pericolose (farmaci, detersivi, presidi)
- Chiudere a chiave la medicheria
- Chiudere a chiave tutti i magazzini contenenti detersivi e presidi potenzialmente pericolosi.
- Attivare familiare e/o volontariato e/o personale integrativo per osservazione del pz.
- Porre particolare attenzione durante le ore serali e notturne
- Porre particolare attenzione quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine

ALLA DIMISSIONE:

- Fornire tutte le informazioni utili sul rischio potenziale ai medici del reparto medico in cui potrebbe essere trasferito, ai medici del Servizio territoriale nell'ottica della continuità
- Fornire recapiti telefonici utili in caso di necessità o di bisogno
- Verificare che i punteggi alla Scale for Suicide Ideation (SSI) e alla Beck Hopelessness Scale (BHS) si siano normalizzati
- Altro(specificare)_____

IL MEDICO

LA CAPOSALA (o INFERMIERE)

ALLEGATO 2/B

SCHEDA delle procedure di PREVENZIONE durante il ricovero (a cura del Medico o dell'infermiere)

COGNOME E NOME _____ **Data** _____

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

ALLEGATO 3

POTENZIALI FATTORI DI RISCHIO rilevabili durante la raccolta della storia

CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE		
Cognome e Nome	Età	Sesso F [] M []
Nato/a il		

RICOSTRUZIONE STORICA DELLA VITA DEL PAZIENTE <i>(se il fattore di rischio è presente, specificare nelle righe sottostanti)</i>	SI *	NO*
Pregressi tentati suicidi (specificare data e tipo) :		
Pregressi gesti o atti auto lesivi, anche mascherati (considerando in particolare incidenti stradali ripetuti, etc.) :		
Familiarità per il suicidio (grado di parentela):		
Vissuti traumatici o conflittuali che il paziente può aver solo apparentemente superato (ad es. abusi sessuali subiti, allontanamento dai cari, separazione o divorzio, etc):		
Perdite (ad es. recente licenziamento, separazione, lutto, etc.)		
Isolamento sociale		
Abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, da gioco)		

ALLEGATO 4/A:

SCALE FOR SUICIDE IDEATION*** (*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 ≤ 5** sono stati considerati non a rischio di suicidio, mentre quelli con **punteggi > 5** a rischio di suicidio.

SCALE FOR SUICIDE IDEATION SSI - # 770	
Cognome e Nome..... Data di nascita.....	
Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....	
1. DESIDERIO DI VIVERE 0. Da moderato a forte 1. Debole 2. Assente	1. Periodi più lunghi 2. Continua (cronica) o pressoché continua
2. DESIDERIO DI MORIRE 0. Assente 1. Debole 2. Da moderato a forte	7. DIMENSIONE TEMPORALE: FREQUENZA DEL SUICIDIO 0. Rara, occasionale 1. Intermittente 2. Continua (cronica) o pressoché continua
3. RAGIONI PER VIVERE/MORIRE 0. Le ragioni per vivere superano quelle per morire 1. All'incirca uguali 2. Le ragioni per morire superano quelle per vivere	8. ATTEGGIAMENTO VERSO L'IDEAZIONE, IL DESIDERIO 0. Rifiutante 1. Ambivalente; indifferente 2. Accettante
4. DESIDERIO DI METTERE IN ATTO UN TENTATIVO DI SUICIDIO 0. Nessuno 1. Debole 2. Da moderato a forte	9. CONTROLLO SUL GESTO SUICIDARIO, SUL DESIDERIO DI REAZIONE IMPULSIVA 0. Ha la sensazione di avere il controllo 1. Non è sicuro di avere il controllo 2. Non sente di avere il controllo
5. DESIDERIO PASSIVO DI SUICIDIO 0. Prenderebbe delle precauzioni per salvare la vita 1. Lascerebbe al destino la vita/morte 2. Eviterebbe di fare i passi necessari per salvarsi o mantenersi in vita	10. DETERRENTI NEI CONFRONTI DEL TENTATIVO DI SUICIDIO (p. es., famiglia, religione, senso dell'irreversibilità) 0. Non tenterebbe il suicidio a causa dei deterrenti 1. Qualche preoccupazione circa i deterrenti 2. Preoccupazione minima o assente circa i deterrenti
6. DIMENSIONE TEMPORALE: DURATA DELL'IDEAZIONE/DESIDERIO DI SUICIDIO 0. Periodi brevi, passeggeri	

<p>11. MOTIVI PER PRENDERE IN CONSIDERAZIONE IL TENTATIVO</p> <p>0. Per manipolare l'ambiente, attirare l'attenzione, vendicarsi</p> <p>1. Una combinazione di 0 e 2</p> <p>2. Fuggire, chiudere, risolvere dei problemi</p>	<p>15. ATTESA/PREVISIONE DEL REALE TENTATIVO</p> <p>0. Nessuna</p> <p>1. Incerta, insicura</p> <p>2. Sì</p>
<p>12. METODO: ADEGUATEZZA/PIANIFICAZIONE DEL TENTATIVO PROGETTATO</p> <p>0. Non considerata</p> <p>1. Considerata, ma dettagli non calcolati</p> <p>2. Dettagli calcolati/ben previsti</p>	<p>16. EFFETTIVA PREPARAZIONE DEL TENTATIVO PROGETTATO</p> <p>0. Nessuna</p> <p>1. Parziale (p.es., incominciare ad accumulare pillole)</p> <p>2. Completa (p.es., ha le pillole, ha la pistola carica)</p>
<p>13. METODO: DISPONIBILITÀ/OPPORTUNITÀ PER IL TENTATIVO PROGETTATO</p> <p>0. Metodo non disponibile; mancanza di opportunità</p> <p>1. Il metodo richiede tempo/sforzo; l'opportunità non è facilmente disponibile</p> <p>2a. Disponibili sia il metodo che l'opportunità</p> <p>2b. Prevedibilmente prossima l'opportunità o la disponibilità del metodo</p>	<p>17. SCRITTI SUICIDARI</p> <p>0. Nessuno</p> <p>1. Ha incominciato a scrivere senza portare a termine; ci ha solo pensato</p> <p>2. Li ha preparati</p>
<p>14. SENSAZIONE DI "CAPACITÀ" DI REALIZZARE IL TENTATIVO</p> <p>0. Mancanza di coraggio, troppo debole, timoroso, incapace</p> <p>1. Insicuro del proprio coraggio, della propria capacità</p> <p>2. Sicuro della capacità, del coraggio</p>	<p>18. ATTI FINALI IN PREPARAZIONE DELLA MORTE (p.es., assicurazioni, testamento)</p> <p>0. Nessuno</p> <p>1. Ci ha pensato o ha sistemato qualcosa</p> <p>2. Ha fatto pianificato con precisione o ha sistemato ogni cosa</p>
	<p>19. DISSIMULAZIONE / OCCULTAMENTO DEL TENTATIVO PROGETTATO</p> <p>0. Ha comunicato apertamente le sue idee</p> <p>1. È reticente nel comunicare</p> <p>2. Tenta di dissimulare, occultare, mentire</p>

PUNTEGGIO TOTALE _____

ALLEGATO 4/B

BECK'S HOPELESSNESS SCALE (BHS) (Beck, 1974)

SCORING: 0 -3 (*Pessimismo nella norma*); 4 -8 (*Pessimismo lieve*); 9 -14 (*Pessimismo moderato*); 15 -20 (*Pessimismo grave*)

La *Beck Hopelessness Scale (BHS)* misura la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro (pessimismo), come indicatore indiretto di rischio di suicidio in soggetti depressi o individui che hanno tentato il suicidio. Composta da 20 affermazioni con modalità di risposta "Vero/Falso" cui corrisponde un punteggio rispettivamente di 0 o 1, i punteggi vanno sommati e il *range* del punteggio totale va quindi da 0 a 20. Gli Autori hanno isolato anche 3 fattori: il primo, denominato **Sentimenti**, esprime gli aspetti affettivi, quali la speranza e l'entusiasmo, la fiducia, eccetera (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, dalla rinuncia (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, le cose che non vanno, un futuro vago ed incerto, eccetera (item **4, 7, 8, 14 e 18**)

COGNOME E NOME _____ DATA _____

	VERO	FALSO
1. Attendo il futuro con speranza ed entusiasmo	0	1
2. Potrei anche desistere perché non c'è niente che io possa fare per migliorare le cose	1	0
3. Quando le cose vanno male mi aiuta sapere che non può rimanere così per sempre	0	1
4. Non riesco ad immaginare come sarà la mia vita tra dieci anni	1	0
5. Ho abbastanza tempo per realizzare le cose che più desidero	0	1
6. In futuro mi aspetto di riuscire in quello che più mi interessa(preoccupa)	0	1
7. Il mio futuro mi sembra buio	1	0
8. Mi sembra di essere particolarmente fortunato e mi aspetto di ottenere cose belle dalla vita rispetto agli altri	0	1
9. Non riesco a prendere delle pause e non c'è motivo di credere che ci sarò in futuro	1	0
10. Le mie esperienze passate mi hanno preparato bene per affrontare il futuro	0	1
11. Tutto quello che posso vedere davanti a me è sgradevole anziché piacevole	1	0
12. Non mi aspetto di ottenere quello che voglio	1	0
13. Quando guardo al futuro mi aspetto che per me sarà più felice di adesso	0	1
14. Le cose non vanno come vorrei	1	0
15. Ho una grande fiducia nel futuro	0	1
16. Non ho mai ottenuto quello che volevo quindi è sciocco desiderare qualcosa	1	0
17. È molto improbabile che io ottenga qualche soddisfazione in futuro	1	0
18. Il futuro mi sembra vago e incerto	1	0
19. Riesco a guardare al futuro più in bene che in male, a volte	0	1
20. Non serve a nulla cercare di ottenere quello che voglio tanto probabilmente non lo otterrò	1	0

TOT _____ /20

ALLEGATO 4/C

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 19)

BARRATT IMPULSIVENESS SCALE, Version II BIS-11 # 758					
Cognome e Nome.....		Data di nascita.....			
Codice Paziente.....		Valutatore.....		Data valutazione.....	
ISTRUZIONI					
Le persone agiscono e pensano in maniera diversa nelle diverse situazioni. Questo è un test per valutare alcuni modi in cui lei agisce e pensa. Legga attentamente ciascuna affermazione ed annerisca il quadratino che corrisponde alla risposta che più si adatta a lei. Risponda rapidamente e sinceramente.		Raramente/Mai	Occasionalmente	Spesso	Quasi sempre/ Sempre
1.	Io programmo accuratamente le attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Faccio le cose senza pensare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Decido con molta rapidità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Prendo il mondo come viene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Non presto attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	I miei pensieri "corrono"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Programmo i miei viaggi con molto anticipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Sono padrone di me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mi concentro facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Io risparmio con regolarità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Sto sulle spine al teatro o alle conferenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Sono uno che pensa accuratamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Faccio piani per un investimento per il futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Dico le cose senza pensare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Mi piace pensare a problemi complessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Cambio spesso lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Io agisco d'impulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Mi annoio facilmente quando affronto ragionamenti complessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Agisco sotto l'impulso del momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Sono uno che pensa con serietà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Cambio spesso abitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Compro le cose impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Posso pensare solo ad un problema alla volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Raramente/Mai	Occasionalmente	Spesso	Quasi sempre/ Sempre
24. Cambio spesso i miei hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Spendo o addebito sul mio conto più di quello che guadagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Quando penso ho pensieri estranei, parassitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. So più interessato al presente che al futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sono irrequieto alle conferenze o ai discorsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Mi piacciono i puzzle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Faccio progetti per il futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLEGATO 4/D

INTENT SCORE SCALE (ISS)***

(DW Pierce, 1981)

La ISS è utilizzata per valutare, nei soggetti che hanno messo in atto un tentativo di suicidio, il livello di **intenzionalità suicidaria** in un periodo successivo al tentativo di suicidio. La ISS è composta da 12 item articolati in tre sezioni: la prima (*circostanze relative al tentativo di suicidio*), composta da 6 item; la seconda (*considerazioni personali*), composta da 4 item; la terza (*rischio*), composta da 2 item. Gli item sono valutati su di una scala a 3 punti, da 0 a 2 (con l'eccezione del terzo item della seconda sezione, che è valutato su una scala da 0 a 3), per cui il punteggio delle tre sezioni può oscillare: fra 0 e 12 per la prima sezione (*circostanze relative al tentativo di suicidio*); fra 0 e 9 per la seconda sezione (*considerazioni personali*); fra 0 e 4 per la terza (*rischio*).

Il punteggio totale può oscillare fra **0 e 25**; Valori compresi **tra 0 e 3 sono indice di basso rischio, tra 4 e 10 di rischio medio e, superiori a 10, di rischio elevato.**

L'ISS è risultato un valido strumento per la valutazione clinica del rischio di suicidio (Stefansson J et al. *Suicide Intent Scale in the prediction of suicide*. J Affect Disord. 2012 Jan;136(1-2):167-71).

INTENT SCORE SCALE		
ISS - # 775		
Cognome e Nome.....		Data di nascita.....
Codice Paziente.....		Valutatore.....
		Data valutazione.....
Sezione	Item	Punteggio
CIRCOSTANZE RELATIVE AL TENTATIVO DI SUICIDIO	1. Isolamento	0 - Qualcuno presente 1 - Qualcuno nelle vicinanze o in contatto (p.es., per telefono) 2 - Nessuno vicino o in contatto
	2. Scelta del momento	0 - Calcolato in modo tale da rendere probabile un intervento 1 - Calcolato in modo tale da rendere improbabile un intervento 2 - Calcolato in modo tale da rendere altamente improbabile un intervento
	3. Precauzioni contro la scoperta e/o l'intervento	0 - Nessuna precauzione 1 - Precauzioni passive, come evitare gli altri, ma senza fare niente per impedire il loro intervento (p.es., solo nella stanza con la porta aperta) 2 - Precauzioni attive (p.es., porte chiuse)
	4. Azioni per richiedere aiuto durante o dopo il tentativo	0 - Mettere al corrente del tentativo qualcuno che potrebbe prestare soccorso 1 - Contattare qualcuno che potrebbe prestare soccorso, ma senza metterlo specificamente al corrente del tentativo 2 - Non contattare o mettere al corrente del tentativo nessuno che potrebbe prestare soccorso
	5. Azioni finali in previsione della morte	0 - Nessuna 1 - Progetti o parziale preparazione 2 - Attuazione di specifiche azioni (p.es., modifiche testamentarie, stipula di assicurazioni)
	6. Scritti suicidari	0 - Nessuno scritto 1 - Note scritte ma strappate 2 - Presenza di scritti
CONSIDERAZIONI SOGGETTIVE	1. Considerazioni del paziente sulla letalità	0 - Pensava che ciò che ha fatto non sarebbe stato letale 1 - Incerto sulla letalità di ciò che ha fatto 2 - Pensava che ciò che ha fatto sarebbe stato letale

	2. Intento dichiarato	0 - Non voleva morire 1 - Incerto o non preoccupato di vivere o morire 2 - Voleva morire
	3. Premeditazione	0 - Gesto impulsivo, nessuna premeditazione 1 - Ha preso in considerazione il gesto per circa un'ora 2 - Ha preso in considerazione il gesto per circa un giorno 3 - Ha preso in considerazione il gesto per più di un giorno
	4. Reazione all'atto	0 - Paziente contento di essere stato salvato 1 - Paziente incerto se essere contento o dispiaciuto 2 - Paziente dispiaciuto di essere stato salvato
<i>RISCHIO</i>	1. Esito prevedibile in termini di letalità dell'atto del paziente e delle circostanze a lui note	0 - Sopravvivenza certa 1 - Morte improbabile 2 - Morte probabile o certa
	2. Sarebbe deceduto senza cure mediche?	0 - No 1 - Non è certo 2 - Sì

*** **La scala Intent Score Scale - ISS** appare particolarmente utile per approfondire l'intenzione suicidaria degli utenti che hanno tentato il suicidio (per esempio, la risposta del paziente alla domanda 4 "Reazione all'atto" è particolarmente rilevante per capire la sua intenzione di morire). Questo strumento non viene utilizzato per monitorare la dimensione suicidaria nel tempo. Ciò nonostante, tanto più è stata profonda la sua intenzione, seppur fallita, tanto più resterà alto il rischio che il paziente possa ripetere l'atto in futuro.

Diverso è il caso dell'altra scala da noi proposta, **la Scale for Suicide Ideation - SSI**, che invece appare di grande utilità nell'approfondire l'ideazione del paziente e la sua determinazione (lieve o forte) nel realizzare l'atto. Pertanto questa scala può essere utilizzata nel monitorare l'ideazione suicidaria in pazienti che hanno messo in atto un tentativo di suicidio o in pazienti che durante il colloquio clinico fanno intendere di pensare all'idea di morire.

P4 SCREENER

(Priyanka D. et al., 2010)

Il P4 screener è uno strumento semplice, da utilizzare come screening generale sull'ideazione suicidaria e sui comportamenti successivi nei pazienti che non sono necessariamente a rischio di suicidio. Nel caso in cui la risposta all'item 3 delle 4 domande sia positivo, lo psichiatra ne viene informato per una valutazione clinica circostanziata e per eventuali provvedimenti terapeutici

Hai mai avuto pensieri di farti del male?

NO

SI

4 Domande

1. Hai mai tentato di farti del male in passato?

NO

SI

2. Hai mai pensato a come avresti potuto farti concretamente del male?

NO

SI

Come? _____

3. C'è una grande differenza tra pensare e mettere in atto un pensiero. Quanto pensi sia probabile che tu metta in atto i tuoi pensieri di farti del male o di terminare la tua vita nel corso del prossimo mese?

- a) del tutto improbabile
- b) poco probabile
- c) molto probabile

4. C'è qualcosa o qualcuno che potrebbe aiutarti a non mettere in atto i propositi di farti del male?

SI

NO

Cosa?

- Famiglia (o amici)
- Speranza nel futuro
- Fede
- Paura di fallire il tentativo
- Altro _____



BIBLIOGRAFIA

Agree Collaboration (2001). Appraisal of guidelines for research and valuation instrument. Available: <http://www.agreecollaboration.org>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Practice guideline for the assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

Alvidrez J, Areán PA. Physician willingness to The assessment and management of people at risk suicide. New Zealand Guidelines Group, 2003.

Guideliness for Identification Assessment and Treatment Planning for Suicidality, Risk management Foundation Harvard Medical Institution, 1996.

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

O.Bennewith, D.Gunnel, T.Peters, et al., "Variations in the hospital management of self harm in adults in England: observational study.", *BMJ*, 2004, N°328, pagg.1108-1109.

Physicians and Nurses Are key in Assessing Suicide Risk. Joint Commission: The Source, Volume 2, Number 1, January 2004, pp. 5-7(3).

JCAHO. 1998. Sentinel Event Alert. Accessed: 03/07/03 www.jcaho.org.

F.G.Pajonk, K.A.Gruenberg, H.Moecke, et al., "Suicides and suicide attempts in emergency medicine.", *Crisis*, 2002, N°23, pagg.68-73.

Shea S. *The Practical Art of Suicide Assessment*, John Wiley & Sons, 1999; Evidence-based Protocol. Elderly suicide: secondary prevention, National Guideline Clearinghouse, USA;

Suicide Risk Assessment and Management Protocols- General Hospital Ward, NSW Department of Health, North Sidney, Australia

Andreoli V., *Voglia di ammazzare. Analisi di una pulsione*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 2002 Davison G., Neale J.M., *Psicologia clinica*, Ed. Zanichelli, Bologna, 1994.

Bowlby J, *Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo*. Riv. *Psichiatria* 23:57-68, 1988.

Crepet P., Florenzano F., *Il rifiuto di vivere. Anatomia del suicidio*, Editori Riuniti, Roma, 1998.

Curran DK, *Adolescent suicidal behavior*. Hemisphere, New York, 1987.

Davison G., Neal J.M., *Psicologia clinica*, Ed. Zanichelli, Bologna, 1994.

Davison G., Neale J.M., *Psicologia clinica*, Ed. Zanichelli, Bologna, 1994.

De Fazio F, Liberto S, Galliani I, *Criminological Expertise and evaluation of dangerousity: the medico-legal approach*, *Annales Internationales de Criminologie*, n. 19, 1981.

De Risio S., Sarchiapone M., *Il suicidio. Aspetti biologici psicologici e sociali*, Biblioteca Masson, Milano, 2002.

Ferrari G., Amore M., *Diagnosi e trattamento del comportamento violento in psichiatria*, *Nòos – Aggiornamenti in psichiatria*, vol.4, n.2, Aprile-Giugno, 1998.

Freud S. (1915), *Lutto e melanconia*. Trad. it. In *Opere*. Vol.8. Boringhieri, Torino, 1976.

Freud S. (1922), *L'io e l'Es*. Trad. it. in *Opere*. Vol.9, Boringhieri, Torino, 1977.

Garry M., Pear J., *Strategie e tecniche per il cambiamento. La via comportamentale*, Ed. Italiana a cura di Moderato P. e Rovetto F., Ed. McGrawHill, Milano, 2000.

Kaplan H., Sadock B. J., *Psichiatria clinica*, Centro Scientifico editore, Torino, 1989.

Kaplan HI, Sadock BJ, et al., *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*, VII ed., Trad. it. Centro Scientifico Internazionale, Torino, 1996.

Leeners AA, Maltzberger JT, Neimeyer RA, *Treatment of suicidal patients*, Taylor & Francis, London, 1994.

Lester D, *Association of alcohol use and suicide in 27 nations*, *Psychol Rep* 88 (3 Pt2): 1129, 2001.

McNiel D.E., Binder L., *Predictive Validity of Judgments of dangerousness in emergency civil commitment*, *Am J Psychiatry*, 144, pp. 197-200.

Merzagora I., *Demoni del focolare*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.

Roy A, *Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide*, *Am J Psychiatry* 158: 1215-1219, 2001.

Sarteschi P., Maggini C., *Manuale di Psichiatria*, Ed. SBM, Bologna, 1992.

Tardiff K., *Assessment and Management of Violent Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1988.



McKey PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.

Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 1979, 9: 205-218.

Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403.

Weissman MM *et al.* Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.

Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419-423.

Alaska Department of Health and Social Services, Commissioner's Office. (2004). *Alaska Suicide Prevention Plan*. 751 Old Richardson Hwy., Suite 100A, Fairbanks, AK, (907) 451-2017.

Aseltine, R. H. & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am. J. Public Health*, 94(3), 446-51, (ISSN: 0090-0036).

Beals, J., Manson, S. M., Whitesell, N. R., Mitchell, C. M., Novins, D. K., Simpson, S., Spicer, P. (2005). Prevalence of major depressive episode in two American Indian reservation populations: unexpected findings with a structured interview. *Am. J. Psychiatry*, 162(9), 1713-22

Beals, J., Manson, S. M., Whitesell, N. R., Spicer, P., Novins, D. K., Mitchell, C. M. (2005). Prevalence of DSM-IV disorders and attendant help-seeking in 2 American Indian reservation populations. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62(1), 99-108

Beals, J., Novins, D. K., Whitesell, N. R., Spicer, P., Mitchell, C. M., Manson, S. M. (2005). Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two American Indian reservation populations: mental health disparities in a national context. *Am. J. Psychiatry*, 162(9), 1723-32

Beauvais, F., Jumper-Thurman, P., Helm, H., Plested, B., Burnside, M. (2004). Surveillance of drug use among American Indian adolescents: patterns over 25 years. *J. Adolesc. Health*, 34(6), 493-500

Beauvais, F., Wayman, J. C., Jumper-Thurman, P., Plested, B., Helm, H. (2002). Inhalant abuse among American Indian, Mexican American, and non-Latino white adolescents. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 28(1), 171-87



- Davis, S. M., Clay, T., Smyth, M., Gittelsohn, J., Arviso, V., Flint-Wagner, H., Rock, B. H., Brice, R. A., Metcalfe, L., Stewart, D., Vu, M., Stone, E. J. (2003). Pathways curriculum and family interventions to promote healthful eating and physical activity in American Indian schoolchildren. *Prev. Med.*, 37(6Pt 2), S24-34
- Fisher, P. A. & Ball, T. J. (2002). The Indian Family Wellness project: an application of the tribal participatory research model. *Prev. Sci.*, 3(3), 235-40
- Fleming, C. B., Haggerty, K. P., Catalano, R. F., Harachi, T. W., Mazza, J. J., & Gruman, D. H. (2005). Do social and behavioral characteristics targeted by preventive interventions predict standardized test scores and grades? *Journal of School Health*, 75(9), 342.
- Freedenthal, S. & Stiffman, A. R. (2004). Suicidal behavior in urban American Indian adolescents: a comparison with reservation youth in a southwestern state. *Suicide Life Threat Behav.*, 34(2), 160-71
- Garrouste, E. M., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., Manson, S. M. (2003). Spirituality and attempted suicide among American Indians. *Soc. Sci. Med.*, 56(7), 1571-9
- Gary, F. A., Baker, M. & Grandbois, D. M. (2005). Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents; a call for help. *Online J. Issues Nurs.*, 10(2), 6
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, d. M., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and prevalence: a review of the past ten years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42(4), 386-405
- Guthrie, E. Kapur, N. Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., and Tomenson, B. (2001). Randomised controlled brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. *British Medical Journal*, 323, 1-5.
- Hobson, R. F. (1985). *Forms of Feeling*. London: Tavistock. King, K. A. & Smith, J. (2000). Project SOAR: a training program to increase school counselors' knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. *J. Sch. Health*, 70(10), 402-7
- Lazear, K., Roggenbaum, S., & Blase, K. (2003). Youth suicide prevention school-based guide.
- Tampa, FL: Department of Child and Family Studies, Division of State and Local Support, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.
- Letiecq, B. L. & Bailey, S. J. (2004). Evaluating from the outside: conducting cross-cultural evaluation research on an American Indian reservation. *Eval. Rev.*, 28(4), 342-57



Mann, J.J., et al. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association* , 294, (16), 2064-2074

Manson, S.M., Walker, R.D. & Kivlahan, D.R. (1987) Psychiatric Assessment and Treatment of American Indians and Alaska Natives. *Hospital and Community Psychiatry*,38,165173.

Maris, R. W. & Silverman, M. M. (1995). Postscript: Summary and synthesis. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25, 205-209.

Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Mail, P. D., Hawkins, E. H., Cummins, L. H., Blume, A. W., Lonczak, H. S., Burns, K. M., Chan, K. K., Crouce, J. M., La Marr, C. J., Radin, S., Forquera, R., Gonzales, R., Tetrick, C., Gallion, S. (2003). Journeys of the Circle: a culturally congruent life skills intervention for adolescent Indian drinking. *Alcohol Clin. Exp.Res.*, 27 (8), 1327-9

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *National Strategy for Prevention: Goals and Objectives for Action*. Center for Mental Health Services' Knowledge Exchange Network, Document No. 3517, (800) 789-2647, www.mentalhealth.org/suicideprevention.