

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

VALUTAZIONE DEI RISCHI NEI PAZIENTI RICOVERATI IN S.P.D.C.

REVISIONE DI LETTERATURA

Relatore: Dott. Liziero Luciano

Laureando: Ciorba Cornelia

Matricola n° 1235502

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

Sfondo: Le aree in cui vengono forniti servizi di salute mentale, come l'S.P.D.C., si trovano ad affrontare numerosi rischi a causa delle complessità delle patologie di cui soffrono i pazienti. Il paziente psichiatrico è un paziente che con le modalità che ha di comportamento, di atteggiamento potrebbe sembrare a volte imprevedibile. La valutazione del rischio che può presentare, sia per sé stesso che per gli altri è una responsabilità, nonché uno dei compiti più importanti, di tutti coloro che sono impegnati nei servizi di salute mentale. Esistono prove ragionevoli che strumenti strutturati di valutazione possono ridurre l'incidenza della manifestazione di questi rischi. A differenza dei rischi comuni di un ricovero ospedaliero, in psichiatria la valutazione avviene anche sulla presenza di rischio aggressività o violenza e rischio suicidario.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati e validati più strumenti per la valutazione dei rischi per il paziente psichiatrico, che saranno analizzati in questa revisione della letteratura.

Obiettivo: Questo studio mira ad individuare quali e di che tipo sono i rischi per il paziente ricoverato in S.P.D.C. individuando i giusti strumenti di valutazione.

Materiali e Metodi: Per lo sviluppo della revisione della letteratura sono state consultate le banche dati: *PubMed: National Library of Medicine, CINAHL Complete, Scopus, Science direct, APA PsycINFO e Goolge scholar*, inserendo come limite temporario gli ultimi 15 anni (2008-2023).

Risultati: Sono stati presi in considerazione 18 studi, che rispondevano ai criteri di inclusione. Sono stati identificati 12 strumenti di valutazione dei rischi, 8 strumenti per l'identificazione del rischio aggressione/violenza, 3 strumenti per identificare il rischio suicidio e 1 strumento per identificare il rischio aggressione e autolesionismo.

Conclusioni: Nel corso degli anni sono state effettuati più tentativi di sviluppo e validazione di uno strumento capace ad identificare i rischi per il paziente psichiatrico ricoverato in un contesto come S.P.D.C. Ad oggi, esistono numerosi strumenti di valutazione dei rischi, alcuni di essi però necessitano di ulteriori ricerche e prove pratiche per garantire l'efficacia.

Keywords: *assessment, assesment tools, assesment method, assessing, risk assessment, psychiatric patient*

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag 3
CAPITOLO 1: PROBLEMA.....	pag 5
1.1 Dati relativi alla cura in S.P.D.C.....	pag 5
1.2 I rischi per il paziente psichiatrico ricoverato in S.P.D.C.....	pag 6
1.3 Rischio aggressività/violenza.....	pag 8
1.4 Rischio suicidario.....	pag 9
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI.....	pag 13
2.1 Problema.....	pag 13
2.2 Obiettivo.....	pag 13
2.3 Quesito di ricerca.....	pag 13
2.4 Strategie di ricerca.....	pag 14
2.5 Criteri di selezione.....	pag 15
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA.....	pag 17
3.1 Presentazione degli studi selezionati.....	pag 17
3.2 Sintesi dei risultati.....	pag 19
3.3 Strumenti di valutazione rischio aggressività o violenza.....	pag 19
3.4 Strumenti di valutazione rischio suicidario.....	pag 37
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	pag 49
4.1 Discussione.....	pag 49
4.2 Conclusione.....	pag 52
BIBLIOGRAFIA.....	pag 53
ALLEGATI.....	pag 57

Allegato 1: Tabella 2. Schedatura degli articoli.....	pag 57
Allegato 2: Scala valutazione Historical Clinical Risk Management 20	pag 73
Allegato 3: SIBAT-Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool.....	pag 74
Allegato 4: La versione italiana della Nurses' Global Assessment Suicide Risk.....	pag 75
Allegato 5: Violence risk -10 (V-RISK-10).....	pag 76
Allegato 6: Scala di valutazione ROVA.....	pag 77

INTRODUZIONE

La decisione di sviluppare la tesi sull'argomento dei rischi per il paziente psichiatrico ricoverato nasce dal mio tirocinio presso S.P.D.C., un modo per scoprire meglio la rilevanza del problema e quanto viene affrontato dalla letteratura.

L'accertamento e la presa in carico del paziente con un disturbo mentale, richiede una visione più ampia e dettagliata, e degli strumenti adatti non solo per l'identificazione delle problematiche relative alla patologia ma anche dei rispettivi rischi che possono rappresentare sia per il paziente stesso quanto per il personale sanitario.

La valutazione e la gestione dei rischi sono diventate una parte esplicita dell'erogazione dell'assistenza sanitaria in salute mentale. Nella pratica della salute mentale, il processo di valutazione dei rischi si riferisce in particolare al rischio suicidario piuttosto che al rischio dell'agito aggressivo. L'uso degli strumenti di valutazione dei rischi può anche aiutare a focalizzare il personale sul processo di valutazione del rischio e quindi facilitare la produzione di un piano di gestione del rischio efficace. (S. Brown et al.,2011)

L'aggressività e la violenza nei reparti psichiatrici rimangono un importante problema. (E. J. R. Florisse et al., 2020). Quando l'aggressività è grave, sono tipicamente gli altri pazienti, piuttosto che il personale, a esserne vittime. (J.Barry-Walsh et al.,2009). Le stime sulla percentuale di pazienti aggressivi durante la degenza nei reparti psichiatrici per acuti sono estremamente variabili, con cifre tra l'8% e il 44% citate in letteratura. Un terzo dei pazienti ricoverati riferisce di aver sperimentato comportamenti violenti o minacciosi durante la cura psichiatrica. Le cifre per il personale erano leggermente più alte con il 41% per il personale clinico e quasi l'80% del personale infermieristico che lavorava in unità di degenza che riferivano di aver avuto un comportamento aggressivo. Questi episodi di aggressione possono anche avere un impatto fisico e psicologico negativo sui pazienti e sul personale. È importante, quindi, conoscere la forza dell'associazione tra i fattori di rischio per l'aggressione in regime di ricovero e la misura in cui questi eventi dirompenti e angoscianti possono essere previsti e prevenuti. (C.Dack et al., 2013)

Il suicidio è un grave problema di salute pubblica e dal 2008 è la decima causa di morte negli Stati Uniti. Il tasso di suicidio aggiustato per età è aumentato del 33% su una media di 2 % ogni anno dal 2006. (S. Barzilay et al., 2020). Secondo l'Organizzazione Mondiale della

Sanità (OMS), il suicidio è la quarta causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni. (World Health Organization,2023). Anche nel panorama italiano il problema è molto presente. (L'infermiere, 2020). In Italia si registrano ogni anno circa 4000 morti per suicidio. Il tasso (grezzo) di mortalità per suicidio per gli uomini è stato pari a 11,8 per 100.000 abitanti mentre per le donne è 3,0 per 100.000. Il 78,8% dei morti per suicidio sono uomini. I tassi di mortalità per suicidio sono più elevati nel Nord Italia e, in particolare per gli uomini, nelle Regioni del Nord-Est. Sia per gli uomini che per le donne i valori più bassi del tasso di suicidio si registrano nelle Regioni del Sud-Italia. (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

Dalla letteratura possiamo dedurre l'importanza e la rilevanza del problema a livello sanitario e mondiale e il fatto che sono necessari molti elementi e cambiamenti per ridurre ed eliminare i rischi dei pazienti ricoverati in S.P.D.C. Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi interventi specifici per prevenire questi rischi, alcuni di questi sono le varie scale di valutazione dei rischi.

In questa tesi saranno riportati ed approfonditi i maggiori rischi per il paziente ricoverato in S.P.D.C. e saranno illustrati 12 strumenti di identificazione dei rischi.

L'elaborato si articola nei seguenti capitoli:

- Capitolo 1 di background, in cui vengono riportati i dati relativi alla cura in S.P.D.C., un inquadramento sui rischi che presenta il paziente ricoverato, quali sono i rischi maggiori e la rilevanza di quest'ultimi a livello sanitario;
- Capitolo 2 metodologia della ricerca con quesito di ricerca, parole chiave, fonte dei dati, strategia di ricerca e criteri di selezione degli studi;
- Capitolo 3 presentazione degli studi selezionati, con i rispettivi strumenti di valutazione divisi in base ai rischi che indentificano;
- Capitolo 4 discussione e valutazione critica degli studi presi in esame, confronto dei risultati;
- Capitolo 5 la conclusione.

CAPITOLO 1: PROBLEMA

1.1 Dati relativi alla cura in S.P.D.C.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è la struttura di degenza del Dipartimento di Salute Mentale, inserito nell'ambito dell'ospedale, destinata al trattamento di patologie acute mentali non trattabili ambulatorialmente e che necessitano pertanto di ricovero. *(Dipartimento salute mentale, 24/07/2023)*

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è impegnato nella cura e nell'assistenza di persone con disturbo psichico critico e grave. Garantisce: ricoveri volontari, ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e attività di consulenza urgente attraverso l'accesso al Pronto Soccorso. *(Unità Operative Semplici- U.O.S. Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura, 2023)*

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari).

Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni. *(Ministero della salute, 3/08/2023)*

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, lo si deduce dalla definizione di salute della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità". La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da diversi di fattori socio-economici sui quali è necessario agire con strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government globale. *(Ministero della salute, 20 gennaio 2022)*

Dalla letteratura si evince che gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici italiani, nel corso del 2021 ammontano a 778.737 unità (mancano i dati della Regione Calabria) con tassi standardizzati che vanno da 113,7 per 10.000 abitanti adulti nel Lazio fino a 363,2 nella P.A. di Bolzano (valore totale Italia 158,4).

Nel 2021 si registrano 129.891 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere (pubbliche e private), per un totale di 1.124.778 giornate di degenza con una degenza media di 12,8 giorni. Con riferimento ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), le riammissioni non programmate entro 30 giorni rappresentano il 14,0% del totale delle

dimissioni, mentre quelle a 7 giorni rappresentano il 7,7%. Nel 2021 sono stati registrati 5.538 trattamenti sanitari obbligatori nei SPDC che rappresentano il 7,0% dei ricoveri avvenuti nei reparti psichiatrici pubblici (78.950).

Il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso per patologie psichiatriche ammonta a 479.276 che costituiscono il 3,3% del numero totale di accessi al pronto soccorso a livello nazionale (n = 14.526.916).

I tassi degli utenti trattati per gruppo diagnostico si evidenziano importanti differenze legate al genere. I tassi relativi ai disturbi schizofrenici, ai disturbi di personalità, ai disturbi da abuso di sostanze e al ritardo mentale sono maggiori nel sesso maschile rispetto a quello femminile, mentre l'opposto avviene per i disturbi affettivi, nevrotici e depressivi. In particolare per la depressione il tasso degli utenti di sesso femminile è quasi doppio rispetto a quello del sesso maschile (25,6 per 10.000 abitanti nei maschi e 43,5 per 10.000 abitanti nelle femmine).

Nel 2021 il numero dei SPDC attivi in Italia è pari a 329 con complessivi 4.039 posti letto per ricoveri ordinari e 294 posti letto per ricoveri in day hospital; le strutture ospedaliere in convenzione che erogano attività di assistenza psichiatrica sono pari a 18 con un totale di posti letto per degenza ordinaria pari a 764 e a 2 posti per day hospital. Per il totale Italia, l'offerta per i posti letto in degenza ordinaria è di 9,6 ogni 100.000 abitanti maggiorenni. La dotazione complessiva del personale all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche, risulta pari a 29.785 unità. Di queste il 17,9% è rappresentato da medici (psichiatri e con altra specializzazione), il 6,9% da psicologi; il personale infermieristico rappresenta la figura professionale maggiormente rappresentata (42,9%), seguita dagli OTA/OSS con l'11,6%, dagli educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica pari all' 8,6% e dagli assistenti sociali con il 4,1%. (*Ministero della salute, 2022*)

1.2 I rischi per il paziente psichiatrico ricoverato in S.P.D.C.

Il termine rischio si riferisce alla probabilità che un particolare evento avverso si verifichi in un momento specifico o derivi da una particolare circostanza avversa. La valutazione del rischio è il processo di determinazione delle potenziali conseguenze benefiche o dannose di un evento per un individuo e/o altri. Lo scopo della valutazione del rischio è limitare quanto più possibile gli esiti avversi in tutte le aree correlate al rischio. (F. Ayhan et al.,2021)

La valutazione del rischio è una responsabilità, nonché uno dei compiti più importanti, di tutti coloro che sono impegnati nei servizi di salute mentale. Le aree in cui vengono forniti servizi di salute mentale si trovano ad affrontare numerosi rischi a causa della natura delle malattie coinvolte. Le politiche sanitarie rivelano chiaramente la necessità di servizi forniti in conformità con i principi di qualità e sicurezza, con particolare attenzione alla sicurezza degli utenti dei servizi, degli operatori sanitari, del personale e della comunità. (F. Ayhan et al.,2021)

Nella valutazione del rischio vengono considerati tre approcci fondamentali: giudizio clinico non strutturato, metodi attuariali e giudizio clinico strutturato. Il giudizio clinico non strutturato, a volte indicato anche come valutazione del rischio "impressionistica" o di "prima generazione", comporta tipicamente una valutazione che porta a un giudizio sulla base della "percezione" o del "sentimento" alla luce di un'esperienza retrospettiva. I metodi di valutazione del rischio, o approcci di "seconda generazione", implicano l'uso di un approccio formale per valutare i fattori di rischio misurati sperimentalmente con strumenti o scale non convalidati. Il terzo approccio, il giudizio clinico strutturato, considera la valutazione del rischio come un processo dinamico processo e utilizza una combinazione degli altri due approcci. Il terzo approccio offre al professionista la flessibilità di combinare le informazioni della letteratura con le scale quando le prove della ricerca sono appropriate. (F. Ayhan et al.,2021)

Nella pratica centrata sul paziente, il rischio dovrebbe essere considerato principalmente in termini di rischio per il paziente e la valutazione e la gestione del rischio dovrebbero essere intraprese come un processo consensuale in modo da affrontare le ansie sottostanti del paziente. Questo dovrebbe essere un principio guida anche se il processo può essere difficile in un paziente gravemente disturbato. Esistono prove ragionevoli che uno strumento strutturato di valutazione del rischio può ridurre l'incidenza della violenza e degli interventi coercitivi nei reparti psichiatrici per acuti, anche se gli intervalli di confidenza su molti strumenti sono troppo ampi per prevedere utilmente l'aggressività individuale. L'uso di uno strumento di valutazione del rischio può anche aiutare a focalizzare il personale sul processo di valutazione del rischio e quindi facilitare la produzione di un piano di gestione del rischio efficace. (S. Brown et al.,2011)

La valutazione e la gestione del rischio sono diventate una parte esplicita dell'erogazione dell'assistenza sanitaria mentale. Nella pratica della salute mentale, il processo di valutazione del rischio si riferisce solitamente alla possibilità che un paziente possa suicidarsi o causare gravi danni a un'altra persona. (S. Brown et al.,2011)

La violenza è comune nelle strutture ospedaliere psichiatriche e minaccia la sicurezza e il benessere sia del personale che dei pazienti (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Anche altri domini di rischio come il suicidio, l'abuso di sostanze, il congedo non autorizzato e la vittimizzazione sono componenti essenziali della valutazione del rischio. (Siu et al., 2020)

Il paziente psichiatrico a causa delle complessità delle patologie coinvolte, in certe situazioni può risultare imprevedibile. L'uso di appositi strumenti per l'identificazione dei rischi che può presentare, sia per sé stesso che per gli altri, risulta abbastanza necessario. A differenza dei rischi comuni di un ricovero ospedaliero, in psichiatria la valutazione avviene anche sulla presenza di rischio di aggressività o violenza e rischio suicidario.

1.3 Rischio aggressività / violenza.

L'aggressività è un'azione intenzionale, forte e diretta a un obiettivo: rabbia, ostilità, alterco o aggressione, il risultato è un danno fisico o mentale alla vittima. L'aggressione da parte dell'aggressore proietta una minaccia o l'uso della forza su un'altra persona o proprietà, la persona avverte un danno imminente o un contatto offensivo. (D. Lynch et al.,2010)

I disturbi psicotici sono stati costantemente associati al comportamento aggressivo. (L. F. Meyer et al.,2018)

La valutazione del rischio di violenza è una parte di routine dei servizi clinici nella salute mentale, e in particolare negli ospedali psichiatrici sicuri. L'uso di modelli di previsione e strumenti di rischio può aiutare il processo decisionale clinico sulla gestione del rischio, comprese le decisioni su ulteriori valutazioni, rinvio, ricovero e trattamento. (Zhong et al., 2021).

Uno degli obiettivi principali dei reparti di degenza per acuti è garantire che i pazienti e il personale siano al sicuro da eventuali danni. Tuttavia, il comportamento del paziente può essere aggressivo, in alcuni casi violento e talvolta suicida. Ciò può rendere il trattamento e

la supervisione un compito molto difficile per il personale psichiatrico coinvolto nella loro cura, oltre a mettere a rischio la sicurezza sia dei pazienti che del personale. (C.Dack et al., 2013)

Le stime sulla percentuale di pazienti aggressivi durante la degenza nei reparti psichiatrici per acuti sono estremamente variabili, con cifre citate in letteratura tra l'8% e il 44%. Un terzo dei pazienti ricoverati riferisce di aver sperimentato comportamenti violenti o minacciosi durante il trattamento psichiatrico. I dati relativi al personale erano leggermente più alti, con il 41% del personale clinico e quasi l'80% del personale infermieristico che lavora nelle unità di degenza che riferivano di aver sperimentato comportamenti aggressivi. Questi episodi di aggressione possono anche avere un impatto fisico e psicologico negativo sui pazienti e sul personale. È importante, quindi, conoscere la forza dell'associazione tra i fattori di rischio per l'aggressività del ricoverato e la misura in cui questi eventi distruttivi e angoscianti possono essere previsti e prevenuti. (C.Dack et al., 2013)

1.4 Rischio suicidario.

Il suicidio è un grave problema di salute pubblica e dal 2008 è la decima causa di morte negli Stati Uniti. Il tasso di suicidio aggiustato per età è aumentato del 33% su una media di 2 % ogni anno dal 2006. Secondo un sondaggio del 2016 della Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 9,8 milioni di adulti di età pari o superiore a 18 anni (4%) hanno riferito di avere gravi idee suicidarie. Di questi, 2,8 milioni hanno riferito di aver elaborato piani di suicidio e 1,3 milioni di tentato suicidio non fatale. Strumenti affidabili per valutare il rischio di suicidio imminente sono particolarmente necessari per indirizzare gli sforzi di prevenzione. (S. Barzilay et al., 2020)

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il suicidio è la quarta causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni. (World Health Organization, 2023) Gli atti suicidari costituiscono perciò un serio problema di sanità pubblica a livello mondiale, anche alla luce delle conseguenze che, in termini economici, ammontano a miliardi di euro senza dimenticare le ricadute di natura clinica ed etico-deontologica per tutti i professionisti coinvolti. Questi dati evidenziano la dimensione del problema e la necessità di farvi fronte con valide strategie preventive motivo per cui, nel 2014, l'OMS ha pubblicato il primo

rapporto “Preventing Suicide: a global imperative”, volto ad accrescere la consapevolezza del problema e ad incoraggiare e sostenere i paesi a sviluppare o rafforzare strategie globali di prevenzione del suicidio. Anche nel panorama italiano il problema è molto presente. (L’infermiere, 2020). In Italia si registrano ogni anno circa 4000 morti per suicidio. (Istituto Superiore di Sanità., 2020)

Attualmente, i predittori di idee suicide e del tentato suicidio non fatale, più comunemente utilizzati includono la presenza di disturbi mentali (in particolare depressione e abuso di sostanze), precedente tentato suicidio e storia familiare di disturbi mentali, abuso di sostanze, suicidio, violenza e abuso. Tuttavia, questi indicatori demografici e clinici hanno un debole valore predittivo e teorico. Inoltre, un’ampia meta-analisi ha rivelato che meno dell’1% degli studi aveva una durata di follow-up di un mese o meno e che non vi erano dimensioni dell’effetto valide per l’intervallo 0-6 mesi che prevedessero il tentato suicidio non fatale. (S. Barzilay et al., 2020)

Il comportamento suicidario può essere meglio visto come un fenomeno dinamico temporale, che emerge come il risultato di interazioni complesse tra più componenti presentate all’epoca. (S. Barzilay et al., 2020)

I pazienti dimessi da un’unità psichiatrica rappresentano un gruppo particolarmente ad alto rischio suicidio, poiché il rischio di suicidio completo nella prima settimana post-dimissione è aumentato di 250 volte per le donne e di 100 volte per gli uomini, rispetto a quelli dimessi da un’unità psichiatrica alla popolazione generale. Con tassi di suicidio così drammaticamente aumentati c’è un disperato bisogno di una valutazione accurata del rischio di suicidio a breve termine per indirizzare un trattamento appropriato. I fattori di rischio di suicidio a lungo termine sono stati ben caratterizzati. È stato dimostrato che l’ideazione suicidaria nel corso della vita, i precedenti tentativi di suicidio, le condizioni di salute mentale preesistenti e il contatto con un professionista della salute mentale sono predittivi del rischio a lungo termine. (I.Galynker et al., 2016)

Uno studio riporta che il 58% dei suicidi è stato preceduto da una visita al pronto soccorso e il 28% sono stati preceduti da una dimissione ospedaliera nell’anno precedente . Data la frequenza di contatto con i servizi sanitari prima del suicidio, un’accurata identificazione e stratificazione del rischio è un passo importante per garantire che vengano forniti interventi adeguati alle persone a rischio elevato. (E.C. Chan et al.,2021)

La National Action Alliance for Suicide Prevention negli Stati Uniti ha raccomandato che tutti i pazienti identificati come a rischio di suicidio siano valutati utilizzando uno strumento o una scala standardizzata. Non esiste consenso, tuttavia, sui migliori strumenti di screening e valutazione da utilizzare in contesti clinici. Numerosi studi recenti che hanno valutato l'utilità degli strumenti attualmente disponibili indicano che nessuno ha previsto il suicidio o il comportamento suicidario con una precisione sufficiente su cui fare affidamento in questo contesto. Allo stesso modo, la terza edizione delle Linee guida pratiche dell'American Psychiatric Association rileva che, mentre gli strumenti di valutazione del suicidio possono avere un'utilità clinica nell'aiutare il medico a sviluppare una linea approfondita di domande, nessuna scala ha dimostrato di produrre un punteggio clinicamente utile per la previsione del suicidio. (E.C. Chan et al.,2021)

Uno dei principali fattori che limitano la validità predittiva degli strumenti per la valutazione del rischio di suicidio è la rarità del suicidio come evento. La stima del rischio di suicidio è ulteriormente complicata dalla natura multifattoriale del suicidio. Il suicidio è influenzato da un'ampia varietà di fattori biologici, psicologici e sociali. Alcuni di questi fattori, come la salute fisica e i legami familiari, possono cambiare drasticamente in brevi periodi di tempo. Inoltre, dati recenti suggeriscono che la stessa tendenza suicidaria può fluttuare nel corso dei giorni e forse anche delle ore. (E.C. Chan et al.,2021)

Il suicidio è un fenomeno complesso e dunque di difficile inquadramento poiché numerosi sono i fattori che concorrono al suo verificarsi. In considerazione di ciò, la valutazione del rischio, in particolare nei setting psichiatrici, richiede una risposta di natura multidimensionale nell'ambito della quale la valutazione infermieristica al momento della presa in carico è mirata alla ricerca di predittivi e specifici fattori di rischio. La valutazione di questi aspetti può aiutare l'infermiere a inquadrare i soggetti maggiormente a rischio e conseguentemente a mettere in atto interventi assistenziali mirati a ridurre la probabilità che le condotte suicidarie possano essere sviluppate. (L'infermiere, 2022)

CAPITOLO 2. MATERIALE E METODI

2.1 Problema.

La valutazione del paziente ricoverato in S.P.D.C. è un ruolo importante e complesso che spetta all'infermiere. A causa della complessità delle malattie coinvolte, l'accertamento nel paziente psichiatrico risulta diverso e necessita di prestare attenzione a determinati rischi che si riscontrano meno frequentemente in altri reparti. Le scale di valutazione sono un valido aiuto e possono facilitarne questo compito indirizzando il professionista della salute sui giusti obiettivi da porsi e migliorando l'assistenza.

2.2 Obiettivo.

La seguente tesi si pone come obiettivo:

- 1) Identificare i rischi del paziente ricoverato in ambito di salute mentale, in S.P.D.C.;
- 2) Ricercare gli strumenti per la valutazione dei rischi in ambito psichiatrico.

2.3 Quesito di ricerca.

- 1) Quali sono i rischi più frequenti del paziente psichiatrico?
- 2) Quali sono gli strumenti di valutazione per identificare i rischi che il paziente psichiatrico presenta?

<i>Paziente, problema o popolazione</i> <i>Patient, problem or population</i>	<i>Intervento o esposizione ad un trattamento</i> <i>Intervention or exposure to a treatment</i>	<i>Outcome</i>
Paziente psichiatrico Psychiatric patient	Identificazione dei rischi Risk assessment	Strumenti di valutazione Assessment tools
<i>Paziente, problema o popolazione</i> <i>Patient, problem or population</i>	<i>Situazione, esposizione</i> <i>Situation</i>	
Paziente psichiatrico Psychiatric patient	Rischi più frequenti More frequent risk	

2.4 Strategie di ricerca.

È stata effettuata una ricerca di letteratura tra il 2008 e 2023 nelle seguenti banche dati: *PubMed: National Library of Medicine, CINAHL Complete, Scopus, Science direct, APA PsycINFO e Goolge scholar.*

Sono state utilizzate le seguenti *keywords: assessment, assesment tools, assesment method, assessing, risk assessment, psychiatric patient.* Le parole chiave sono state impiegate in stringhe di ricerca con l'utilizzo, principalmente, degli operatori booleani AND e OR.

Le tipologie di studi selezionati sono stati: revisioni sistematiche con o senza meta-analisi, studi randomizzati controllati, studi di coorte, studi trasversali.

Tabella I. Stringhe di ricerca.

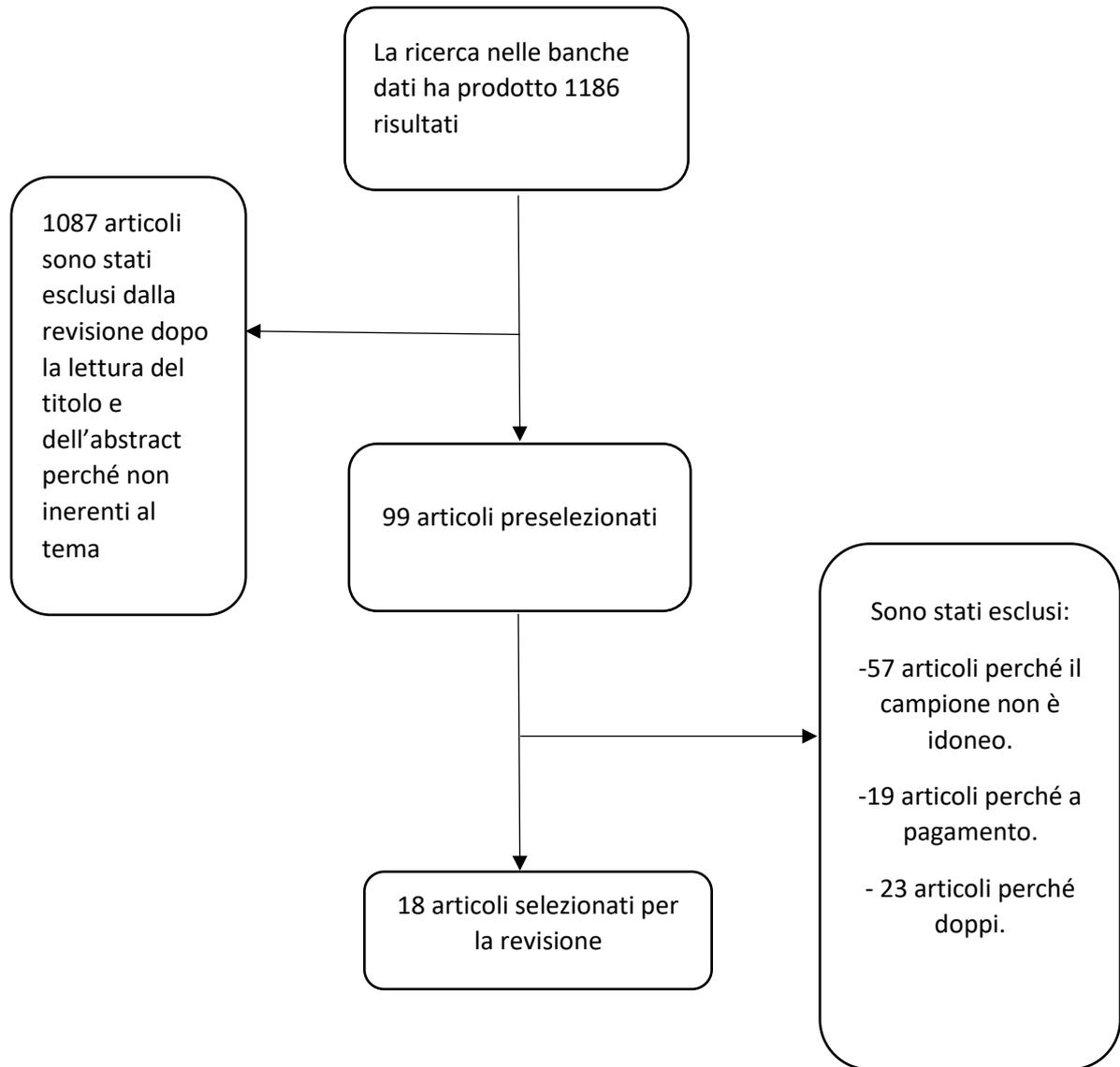
Banca dati	Parole chiave	Articoli trovati	Articoli selezionati
PubMed	'assessment tools' AND 'risk assessment' AND 'psychiatric patients'	268	10
Cinahl	'assessment tools OR assment method OR assessing' AND 'psichiatric patient' AND 'risk assessment'	206	4
Science direct	'assessment tools' AND 'psychiatric patient'	378	3
Scopus	'Risk assessment' AND 'assessment tools' AND 'psychiatric patient'	87	0

ApaPsycnet	'Risk assessment' AND 'assessment tools' AND 'psychiatric patient'	7	0
Google scholar	'Risk assessment' AND 'psychiatric patient'	240 (pag in italiano)	1

2.5 Criteri di selezione.

- Genere umano
- Popolazione: paziente psichiatrico
- Pazienti adulti (età >18 anni)
- Articoli pubblicati dal 2008-2023
- Full text
- Letteratura pubblicata in lingua inglese o italiana

Figura 1. Flow chart del processo di selezione degli studi



CAPITOLO 3. RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Presentazione degli studi selezionati.

Per lo sviluppo della tesi sono stati selezionati 18 articoli, in particolare: 3 revisioni sistematiche della letteratura, 4 RCT, 1 trial controllato non randomizzato, 6 studi di coorte, 3 studi osservazionali prospettici, 1 caso-controllo prospettico.

Una revisione sistematica della letteratura ha analizzato la validità predittiva degli strumenti di valutazione del rischio più comunemente utilizzati oggi sul campo, prendendo in esame 9 strumenti, che sono stati riportati nella tabella 3:

Tabella II:

Historical, Clinical, Risk Management – 20 (HCR-20),	Level of Service Inventory – Revised (LSI-R)	Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)
Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)	Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)	Static-99
Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)	Spousal Assault Risk Assessment (SARA)	Sexual Violence Risk – 20 (SVR-20),

La seconda revisione ha preso in esame 18 strumenti, riportati nella tabella 4:

Tabella III:

Functional Analysis of Care Environments (FACE)	Generic Integrated Risk Assessment for Forensic Environments (GIRAFFE)	The Social Performance Schedule (SPC)	Threshold Assessment Grid (TAG)
Galatean Risk and Safety Tool (GRIST)	Brief Risk Assessment	Risk Assessment Checklist (RiO)	Psychiatric Risk Assessment Scale (PRAS)

Clinical Risk Management (CRM)	Risk Assessment for People with Mental Health Problems	The Psychogeriatric and Risk Behavior Assessment Scale (PARBAS)	Forensicare Risk Assessment and Management Exercise (F.R.A.M.E.)
Clinical Assessment of Risks to Self & Others (CARSO)	Risk Assessment and Management (RAM)	Risk Assessment and Management Self-Efficacy Study (RAMSES)	Short-Term Assessment of Risk And Treatability (START)
Sainsbury Risk Assessment Tool	Risk Assessment Management and Audit Systems (RAMAS)		

La terza revisione sistematica con meta-analisi indaga sulle variabili più frequentemente associate all'aggressività o alla violenza nei pazienti psichiatrici prendendo in considerazione 34 studi.

Uno studio parla della progettazione e validazione di uno strumento di valutazione del rischio introdotto in una unità di terapia intensiva psichiatrica di Southampton, lo strumento è stato progettato per prevedere comportamenti violenti e gravi autolesionisti. Uno studio è su Historical, Clinical, Risk Management – 20 (HCR-20) e prende in considerazione anche Modified Overt Aggression Scale (MOAS). Due studi sono su Crisis Monitor. Un altro studio è su Forensic Psychiatry and Violence tool Oxford (FoVox), uno su Risk of Violence Assessment (ROVA), uno su Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), uno su Violence risk (V-RISK-10), uno su Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument (DASA), due su Suicide crisis inventory (SCI), due studi su Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT), uno studio prende in considerazione Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR), e un altro Brøset Violence Checklist (BVC-CH).

Nella Tabella IV, presente tra gli allegati, è stata eseguita la schedatura degli articoli selezionati, di cui sono stati sintetizzati obiettivo, campione, interventi/metodi, risultati/conclusioni.

3.2 Sintesi dei risultati.

Questa revisione della letteratura si concentra sulla valutazione dei rischi nei pazienti ricoverati in SPDC attraverso l'uso di appositi strumenti di valutazione. Sono stati presi in esame 18 studi ed identificati 12 strumenti di valutazione, 8 strumenti valutano il rischio violenza o aggressività e 3 strumenti valutano il rischio suicidario e 1 strumento valuta il rischio autolesionismo e violenza.

La maggior parte degli strumenti presi in esame sono stati validati nel ambiente del ospedale psichiatrico per il ricovero ordinario, tuttavia sono stati presi in esame anche studi che trattavano strumenti sviluppati nell'ambiente ospedaliero forense, ma che sono stati messi alla prova anche fuori da quest'ambito.

Uno strumento di valutazione del rischio risulta indispensabile in alcuni contesti e sono un aiuto, ma uno strumento disfunzionale ha il potenziale di peggiorare la gestione del rischio. I pazienti e i servizi di salute mentale probabilmente trarrebbero beneficio anche da una cultura che richiedesse che i cambiamenti dei servizi, come l'introduzione di strumenti di valutazione del rischio, fossero soggetti a un adeguato pilotaggio e valutazione. (S. Brown et al.,2011)

Nei paragrafi successivi verranno analizzati gli strumenti di valutazione in base al rischio identificato: strumenti di valutazione rischio aggressività o violenza e strumenti di valutazione rischio suicidio.

3.3 Strumenti di valutazione rischio aggressività o violenza.

L'aggressività e la violenza nei reparti psichiatrici rimangono un grave problema. L'uso di strumenti di valutazione del rischio negli ambienti psichiatrici ospedalieri può aiutare a gestire questo problema. Sono stati sviluppati strumenti di valutazione del rischio per monitorare la possibilità di comportamenti aggressivi nei singoli pazienti e consentire al personale di anticipare i problemi e prendere decisioni per adeguare le strategie di gestione e prevenire un'ulteriore escalation. (E. J. R. Florisse et al., 2020)

I pazienti che ottengono punteggi elevati negli strumenti convenzionali di valutazione del rischio di violenza spesso commettono aggressioni durante il ricovero in ospedale. Tuttavia, la maggior parte delle misure ampiamente utilizzate disponibili per supportare la valutazione del rischio di violenza da parte dei professionisti della salute mentale sono quelle precedentemente sviluppate per previsioni puntuali dello stato di rischio. Questi sono stati

sviluppati e inizialmente testati su detenuti considerati per il rilascio sulla parola o su pazienti psichiatrici forensi considerati per la dimissione dall'ospedale alla comunità. Questi strumenti comprendono generalmente fattori di rischio statici che non cambiano in base alle fluttuazioni dello stato mentale, che sono fondamentali per la valutazione del rischio di violenza durante la fase acuta della malattia psichiatrica. In quanto tali, non sono in grado di valutare la “variabilità interindividuale del potenziale di violenza”, il cosiddetto “stato di rischio”, che può indicare che l’aggressività è imminente. All’interno degli ospedali psichiatrici, lo stato di rischio è di primaria importanza. Il monitoraggio continuo dello stato di rischio è necessario per aiutare il personale dell'unità a decidere se e come avvicinarsi ai pazienti o avanzare richieste nei loro confronti, se è necessario intervenire in modo proattivo per ridurre la probabilità di aggressione, se ai pazienti dovrebbe essere consentito l'accesso a particolari trattamenti, riabilitazione e attività ricreative, o se debba essere concesso un congedo temporaneo. (J.Barry-Walsh et al.,2009)

Si presume che la valutazione strutturata del rischio a breve termine riduca gli episodi di aggressione e isolamento nei reparti psichiatrici per acuti. Gli studi controllati su questo approccio sono scarsi. Tuttavia, diversi autori sostengono che la valutazione strutturata del rischio a breve termine può migliorare il processo decisionale clinico e può portare ad azioni tempestive di riduzione dell’escalation, evitando così interventi coercitivi intrusivi come l’isolamento, la contenzione e la somministrazione forzata di farmaci. (R. Van de Sande et al.,2011)

Dalla letteratura evince che la violenza commessa dai pazienti ospedalizzati è più spesso correlata a molteplici fattori di rischio che a un singolo fattore o a una singola diagnosi psichiatrica. Nonostante decenni di ricerca, il contesto clinico per gli infermieri psichiatrici manca di uno strumento unico, oggettivo, di facile utilizzo, standardizzato e basato sull’evidenza per prevedere il rischio di violenza. (D. Lynch et al.,2010)

I nove strumenti identificati (è stato incluso anche quello che valuta rischio violenza e autolesionismo) vengono presentati di seguito.

Tabella V: Crisis monitor

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Crisis Monitor (2 studi)	Valutazione rischio di violenza	Il Crisis Monitor, sviluppato da Van de Sande et al., è un metodo di valutazione del rischio che combina cinque scale di osservazione standard (Kennedy breve e lunga, BVC, BPRS, SDAS) per oggettivare il rischio di comportamenti violenti in ambienti psichiatrici ospedalieri.	Reparto psichiatrico per acuti	<ul style="list-style-type: none"> • 1 studio suggerisce che una valutazione strutturata del rischio a breve termine incorporata nella pianificazione delle cure di routine ha portato a riduzioni significative del numero di episodi di aggressione e del ricorso all'isolamento, ma anche un tasso di riduzione del rischio superiore al 50% • 2 studio non ha confermato l'effetto benefico previsto dell'uso di uno strumento strutturato di valutazione del rischio a breve

				<p>termine in un reparto di ricovero psichiatrico acuto. I risultati non hanno mostrato alcuna riduzione dell'aggressività né dell'uso di interventi coercitivi. Il tempo trascorso in isolamento è aumentato in modo significativo, con una media di oltre 10 ore dopo l'introduzione del Crisis Monitor nel periodo di stato stazionario post-implementazione, quando le procedure erano di routine.</p>
--	--	--	--	--

Crisis monitor, formato da 5 scale di valutazione: Kennedy breve e lunga, BVC, BPRS, SDAS.

Kennedy-Asse V: Il Kennedy ha sette scale; i) compromissione psicologica, ii) abilità sociali, iii) violenza, iv) abilità professionali nelle attività della vita quotidiana (ADL), v) abuso di sostanze, vi) compromissione medica, vii) compromissione accessoria. Genera una valutazione del funzionamento globale ed è un'alternativa alla scala GAF dell'Asse 5 del DSM-IV-TR. Nella versione olandese viene aggiunta un'ottava scala (“motivazione al trattamento”). L'attendibilità tra gli intervistatori per la versione olandese valutata dagli infermieri era 0,79.

BVC (Brøset Violence Checklist) - sei item (i) confusione, ii) irritabilità, iii) chiassosità, iv) trattamento fisico, v) trattamento verbale, vi) attacco agli oggetti) viene valutato come presente o assente. Ha una sensibilità del 63% e una specificità del 92% con il punteggio limite suggerito di 2.

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale): la BPRS, inizialmente sviluppata da Global et al., consisteva di 16 item. La scala si concentra principalmente sulla psicopatologia ospedaliera ed è particolarmente adatta ai pazienti psicotici. Il BPRS è stato modificato e ampliato. Il Crisis Monitor utilizza la versione BPRS di Bigelow et al.. Si tratta di una scala di 26 item valutati da 1 a 7 ed è stata misurata su base settimanale. L'analisi fattoriale produce 5 cluster; “sintomi positivi/disturbo del pensiero”, “depressione”, “sintomi negativi/anergia”, “mania”, “disorientamento”.

SDAS (Social Dysfunction and Aggression Scale): la misura dell'esito primario è il tipo e la gravità dell'aggressività, registrati con la SDAS. Tale strumento veniva completato ogni settimana (o il giorno della dimissione) per ogni paziente ricoverato per più di tre giorni. L'SDAS è composto da 9 item che coprono l'aggressività esteriore e due domande (9 e 11) che valutano l'aggressività interiore: i) aggressione verbale non diretta, ii) aggressione verbale diretta, iii) irritabilità, iv) negativismo, v) umore disforico, vi) comportamenti socialmente disturbanti, vii) violenza fisica verso il personale, viii) violenza fisica verso altri, ix) automutilazione, x) violenza fisica sulle cose, xi) pensieri e impulsi suicidari. (E. J. R. Florisse et al.,2020)

Crisis monitor viene trattato da 2 studi, uno riscontra un esito favorevole mentre l'altro no, inoltre quest'ultimo ha valutato anche il comportamento degli infermieri prima e dopo l'utilizzo della valutazione del rischio. Ci sono stati solo effetti negativi sul comportamento e sulle esperienze degli infermieri, dopo l'implementazione si sono sentiti più stressati,

hanno dedicato più tempo alle attività amministrative e hanno trascorso meno tempo con i pazienti. (E. J. R.Florisse et al.,2020)

Tabella VI: Historical, Clinical and Risk Management Scales-20 (HCR-20)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Historical, Clinical, and Risk Management-20 (HCR-20)	Valutazione del rischio aggressività	HCR-20 è una scala psicométrica originariamente sviluppata per la valutazione del rischio violenza in pazienti malati di mente in contesti forensi. È stato inoltre convalidato per l'uso nella popolazione psichiatrica generale.HCR-20 è diviso in tre sotto scale: Storico, Clinico e Gestione del rischio. Ad ogni item viene assegnato un punteggio pari a 0 (caratteristica assente), 1 (caratteristica parzialmente presente) o 2	Pazienti ricoverati in un ospedale psichiatrico generale con diagnosi di schizofrenia	L'HCR-20 si è rivelato utile e affidabile per distinguere tra pazienti schizofrenici violenti e non violenti nel contesto clinico psichiatrico. L'analisi degli item ha identificato le caratteristiche più rilevanti in ciascun gruppo. L'uso dell'HCR-20 in contesti clinici psichiatrici dovrebbe essere incoraggiato.

		<p>(caratteristica presente). Queste sotto scale coprono tre diversi momenti dell'evoluzione del paziente: passato (storico), presente (clinico) e futuro (gestione del rischio). Il rischio di violenza viene valutato come basso, medio o alto. Questo strumento non ha un punto limite per identificare comportamenti violenti: il punteggio finale dovrebbe essere contestualizzato individualmente.</p>		
--	--	--	--	--

Historical, Clinical and Risk Management Scales-20 (HCR-20) formulata inizialmente per la valutazione del rischio nel contesto di psichiatria forense e poi validata anche nel contesto del ospedale psichiatrico. Lo strumento è stato testato e validato in più paesi, studiato anche in pazienti con specifici disturbi, le prove disponibili suggeriscono che l'HCR-20 è più efficace nella schizofrenia e nel ritardo mentale che nei disturbi affettivi e di personalità. (L. F. Meyer et al.,2018)

La validità per un livello di violenza previsto è limitata nel tempo a una specifica fase di trattamento. La raccolta dei dati include fonti documentate, interviste con altri e osservazioni del personale. (D. M. Lynch et al.,2010)

Questo strumento non ha un punto limite per identificare comportamenti violenti: il punteggio finale dovrebbe essere contestualizzato individualmente. Il rischio di violenza viene valutato come basso, medio o alto. (L. F. Meyer et al.,2018)

Nello studio preso in esame l'HCR-20 viene impiegato per valutare la violenza nei pazienti affetti da schizofrenia ricoverati nel ospedale psichiatrico. Dodici dei 20 item dell'HCR-20 sono stati utili, quelli che hanno maggiormente aiutato a differenziare tra gruppi di pazienti violenti e non violenti sono stati, nell'ordine: C4 (impulsività), H1 (violenza precedente), R5 (stress), H2 (giovane età al primo episodio violento), H3 (instabilità relazionale) e H5 (problemi legati all'uso di sostanze) ($p < 0,01$). Gli elementi H7 (psicopatia), H8 (disadattamento precoce), C2 (atteggiamenti negativi), C1 (mancanza di insight), R1 (mancanza di fattibilità dei piani) e R3 (mancanza di supporto personale) hanno mostrato una significatività statistica inferiore ($p < 0,05$). Gli item H6 (malattia mentale grave) e C3 (sintomi attivi di malattia mentale grave) hanno mostrato punteggi uguali. (L. F. Meyer et al.,2018)

Tabella VII: Modified Overt Aggression Scale (MOAS)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Modified Overt Aggression Scale (MOAS)	Utilizzata per caratterizzare il comportamento aggressivo osservato.	MOAS esplora il comportamento del paziente fino a sette giorni prima dell'applicazione della scala. Lo strumento è suddiviso in quattro sotto scale: aggressione verbale,	Pazienti ricoverati in un ospedale psichiatrico generale con diagnosi di schizofrenia	I punteggi MOAS non hanno rilevato una grave aggressività nei partecipanti. L'aggressività verbale e l'autoaggressione non è stata segnalata. La consistenza interna del MOAS era soddisfacente sia per l'aggressione contro la

		<p>aggressione contro la proprietà, autoaggressione e aggressione contro gli altri. I sotto punteggi sono direttamente correlati al grado di gravità nei diversi sottotipi di comportamento aggressivo analizzati.</p>		<p>proprietà che per l'aggressione fisica ($\alpha = 0,75$ e $0,76$, rispettivamente). Nell'insieme non abbastanza utile se utilizzata da sola.</p>
--	--	--	--	---

MOAS è la versione modificata della Overt Aggression Scale (OAS), utilizzata per caratterizzare il comportamento aggressivo osservato. È stata applicata insieme all' HCR-20, non ha mostrato alti gradi di gravità per i tipi di aggressività osservati nei partecipanti. (L. F. Meyer et al.,2018)

Tabella VIII: Forensic Psychiatry and Violence tool Oxford (FoVox)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Forensic Psychiatry and Violence tool Oxford (FoVox)	Valutazione del rischio aggressività.	Lo strumento FoVOx è stato sviluppato utilizzando uno studio di coorte longitudinale su 2248 pazienti in Svezia. Questo strumento è rapido e semplice da usare	Pazienti psichiatrici provenienti da sette istituti psichiatrici forensi in Cina.	Dato che lo strumento si basa su fattori di rischio replicati, supportati da una chiara base di prove, la maggior parte dei quali sono classificati in modo semplice e dicotomico, FoVOx può essere utilizzato con un

		<p>ed è costituito da 12 fattori di rischio raccolti regolarmente, tra cui fattori demografici (ovvero sesso, età e occupazione al momento del ricovero), penali (ovvero precedenti crimini violenti, precedenti crimini violenti gravi) e fattori clinici (ovvero dimissione primaria diagnosi, disturbo da uso di droghe al momento del ricovero o della dimissione, qualsiasi disturbo da uso di droghe nell'arco della vita, disturbo da uso di alcol al momento del ricovero o della dimissione, disturbo di personalità alla dimissione).</p>		<p>dispendio minimo di risorse. Inoltre, la scalabilità, la trasparenza e i risultati facilmente comprensibili dello strumento sottolineano il suo potenziale di informare l'assistenza clinica in gruppi di pazienti ad alto rischio</p>
--	--	---	--	---

Forensic Psychiatry and Violence tool Oxford (FoVox) sviluppato in un contesto di ospedale psichiatrico forense, è stato validato internamente e ha una buona accuratezza predittiva (area sotto la curva = 0,77 a 12 e 24 mesi). Sebbene sviluppato in Svezia, è stato dimostrato che FoVOx era fattibile e praticabile per essere utilizzato in un altro paese, la Cina, con prove che potrebbe potenzialmente avere un impatto sulla gestione dei pazienti. Inoltre uno studio recente ha dimostrato che lo strumento può essere adattato per l'uso negli ospedali carcerari in Germania con buone prestazioni nella previsione della violenza ospedaliera. Dato che lo strumento si basa su fattori di rischio replicati, supportati da una chiara base di prove, la maggior parte dei quali sono classificati in modo semplice e dicotomico, FoVOx può essere utilizzato con un dispendio minimo di risorse. La scalabilità, la trasparenza e i risultati facilmente comprensibili dello strumento sottolineano il suo potenziale di informare l'assistenza clinica in gruppi di pazienti ad alto rischio.

È stato riferito che l'utilizzo del punteggio FoVOx può facilitare il collegamento con terze parti senza esperienza professionale. *“I punteggi sono intuitivi e facili da comprendere per le persone senza un background professionale. Potrebbero essere usati come base per comunicare con i pazienti”*. Potrebbe anche migliorare la condivisione delle informazioni tra il personale medico. (S. Zhong et al.,2021)

Tabella IX: Risk of Violence Assessment (ROVA)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Risk of Violence Assessment (ROVA)	Valutazione del rischio aggressività	La scala ROVA contiene quattro parti: (i) disturbi clinici dell'Asse I; (ii) disturbo di personalità di Asse II; (iii) problemi psicosociali e ambientali dell'Asse IV e gravi fattori di stress psicosociali	Contesto psichiatrico ospedaliero acuto	La scala ROVA fornisce una valutazione multiassiale del DSM-IV dei fattori dell'Asse I, dell'Asse II e dell'Asse IV per classificare il livello di rischio di violenza.

		<p>associati; e (iv) valutazione e intervento del rischio. Il formato integra, 13 fattori di rischio integrali all'Asse I, Asse II e Asse IV del DSM-IV. Il punteggio sommativo semplice classifica il grado di rischio. Ad ogni fattore viene assegnato un punteggio "1" (Si) o "0" (No). Il punteggio di rischio totale viene utilizzato per assegnare il livello di rischio come basso (da uno a due fattori di rischio), medio (tre fattori di rischio) o alto (quattro o più fattori di rischio).</p>	<p>Suggerisce validità e sensibilità per la valutazione dei fattori dell'Asse I, dell'Asse II e dell'Asse IV e dei fattori di stress psicosociali per prevedere il rischio di violenza durante il ricovero.</p>
--	--	--	---

Risk of Violence Assessment (ROVA) scala di valutazione basata sull'evidenza, sviluppata per essere eseguita da infermieri psichiatrici nel pronto soccorso psichiatrico. Nel costruire la scala ROVA, sono stati applicati elementi chiave integrati dalla ricerca: (i) ottimizzare l'obiettività durante la raccolta dei dati; (ii) stabilire definizioni operative standardizzate per ciascuna variabile predittiva; (iii) chiarire cosa osservare e cosa misurare; (iv) implementare

una scala sommativa standardizzata di variabili predittive; (v) definire le categorie di rischio da basso ad alto; e (vi) sviluppare uno strumento di raccolta dati per documentare la violenza reale durante il ricovero ospedaliero. (D. M. Lynch et al,2010)

La scala ROVA è progettata per massimizzare l'accuratezza predittiva e ridurre al minimo gli errori nel punteggio legati alla soggettività o all'errata interpretazione. Il punteggio di rischio totale sulla scala, il grado di rischio e particolari fattori di rischio vengono utilizzati per prevedere il livello di rischio di violenza successiva. Il punteggio di rischio totale viene utilizzato per assegnare il livello di rischio come basso (da uno a due fattori di rischio), medio (tre fattori di rischio) o alto (quattro o più fattori di rischio). La demenza, il comportamento aggressivo e l'autolesionismo rappresentano ciascuno un elevato rischio indipendente di violenza.

La scala contiene quattro parti: (i) disturbi clinici dell'Asse I; (ii) disturbo di personalità di Asse II; (iii) problemi psicosociali e ambientali dell'Asse IV e gravi fattori di stress psicosociali associati; e (iv) valutazione e intervento del rischio.

I predittori clinici dell'Asse I includono cinque fattori: demenza, disturbi dell'umore, schizofrenia, abuso di alcol e abuso di sostanze non alcoliche. Il disturbo da abuso di alcol e il disturbo da abuso di sostanze insieme o indipendentemente rappresentano un alto rischio di violenza. L'Asse II comprende il disturbo della personalità. Il disturbo di personalità aumenta il rischio di violenza, in particolare tra i pazienti con un disturbo clinico di Asse I coesistente. I problemi psicosociali e ambientali di Asse IV aumentano il rischio di violenza nei pazienti con un disturbo coesistente di Asse I e/o Asse II, soprattutto per i pazienti con una storia di violenza, ricovero ordinato dal tribunale, e/o occultamento di armi. L'Asse IV rappresenta un costrutto sfaccettato che amalgama problemi psicosociali e ambientali e gravi fattori di stress psicosociali associati. Sette elementi della scala ROVA comprendono fattori di rischio multiformi: questioni legali al momento del ricovero, rischio di autolesionismo, rischio di aggressione, stato lavorativo, stato di residenza e sistema di supporto. (D. M. Lynch et al,2010)

Lo studio ha dimostrato che la scala ROVA basata sull'evidenza può identificare precocemente i pazienti ad alto rischio di violenza e che l'utilizzo clinico e l'accuratezza della scala ROVA richiedono la formazione del personale, l'integrazione delle definizioni operative e la raccolta di dati oggettivi. (D. M. Lynch et al,2010)

Tabella X: Brøset Violence Checklist (BVC-CH)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Brøset Violence Checklist (BVC-CH)	Valutazione rischio aggressività.	La BVC-CH richiede agli infermieri di valutare sei comportamenti dei pazienti (confusione, irritabilità, turbolenza, minacce verbali, minacce fisiche e attacchi agli oggetti) e di eseguire una valutazione soggettiva complessiva del rischio di violenza imminente utilizzando un regolo calcolatore scala analogica visiva. Queste valutazioni combinate producono un punteggio compreso tra 0 (rischio molto	Reparti psichiatrici per acuti.	L'affidabilità tra valutatori dello strumento valutata in uno studio separato su tre reparti ha prodotto coefficienti di correlazione intraclasse compresi tra 0,85 e 0,93 per il punteggio di rischio da 0 a 12 punti.

		basso) e 12 (rischio elevato)		
--	--	-------------------------------	--	--

Brøset Violence Checklist (BVC-CH) la versione svizzera estesa, usato per uno studio prospettico multicentrico randomizzato controllato. Valuta i pazienti per fattori precipitanti identificabili all'aggressività ed è rapido a somministrarlo da infermieri psichiatrici. (J. Barry-Walsh et al.,2009). Si è verificato che l'utilizzo di una valutazione strutturata del rischio di violenza a breve termine nei reparti psichiatrici per acuti ha sostanzialmente ridotto gli eventi gravi di aggressività del paziente (riduzione del rischio aggiustata del 41%) e ha anche ridotto la necessità di misure coercitive (riduzione del rischio aggiustata del 27%). (C. Abderhalden et al.,2008)

Tabella XI: Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument (DASA)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument (DASA)	Valutazione dinamica dell'aggressività situazionale.	Il DASA comprende sette elementi: atteggiamenti negativi e impulsività (dall'HCR-20), irritabilità e minacce verbali (dalla BVC), e sensibilità alla provocazione percepita, si arrabbia facilmente quando le richieste vengono respinte e la riluttanza a seguire le indicazioni. I sette elementi, che	Pazienti ricoverati nel reparto di psichiatria	Il DASA ha dimostrato di predire violenza entro 24 ore con un AUC di 0,82. Ha mostrato una forte validità predittiva; è supportato il suo utilizzo in aggiunta alla valutazione clinica nella valutazione dei pazienti psichiatrici ricoverati a rischio di aggressione imminente.

		compongono il DASA, sono tutti indipendentemente moderatamente correlati all'aggressione entro le 24 ore successive (area sotto la curva, AUC > 0,70)		
--	--	---	--	--

Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument (DASA) - i sette elementi che lo compongono, sono tutti indipendentemente moderatamente correlati all'aggressione entro le 24 ore successive. Nello studio di sviluppo, il DASA ha dimostrato di predire violenza entro 24 ore con un AUC di 0,82. Ha mostrato una forte validità predittiva, è supportato il suo utilizzo in aggiunta alla valutazione clinica nella valutazione dei pazienti psichiatrici ricoverati a rischio di aggressione imminente. Inoltre, questi risultati indicano che gli indicatori osservabili di uno stato spiacevole e irritabile, che possono essere identificati in modo affidabile dal personale infermieristico utilizzando il DASA, generalmente precedono l'aggressività. La validità predittiva del DASA è stata dimostrata anche nei pazienti ricoverati con disturbi mentali e, in misura minore, con disturbi di personalità. (J. Barry-Walsh et al.,2009)

Tabella XII: Violence risk (v-risk-10)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Violence risk (V-RISK-10)	Valutazione del rischio aggressività.	Il test ha 10 elementi è facile da usare, fa risparmiare tempo e può essere utilizzato per lo screening del	Contesti psichiatrici acuti in Norvegia	I risultati forniscono prove della validità predittiva del V-RISK-10. Inoltre, la notevole dispersione nei punteggi dello screening suggerisce

		<p>rischio di violenza durante la degenza ospedaliera e dopo la dimissione nella comunità. è uno strumento clinico strutturato con elementi di valutazione del rischio storico, clinico e futuro.</p>		<p>che esso sia potenzialmente utile per distinguere i pazienti sia al momento del ricovero che alla dimissione. Uno dei vantaggi di uno screening clinico è la sua brevità; tuttavia, la probabilità di ottenere valori ICC elevati in una scala si riduce quando il numero di elementi è basso.</p>
--	--	---	--	---

Violence risk -10(V-RISK-10) è uno strumento clinico strutturato con elementi di valutazione del rischio storico, clinico e futuro. È composto da 10 item e al singolo item viene assegnato un punteggio su una scala a 3 punti. Sembra essere ugualmente applicabile ad entrambi i sessi. La raccomandazione per il V-RISK-10 è che dovrebbe essere utilizzato come parte di un sistema che porti ad una valutazione più completa. Ciò potrebbe promuovere un migliore utilizzo di approcci mirati e strutturati di valutazione e gestione del rischio per gli utenti dei servizi in contesti acuti e impedire loro in modo ottimale di intraprendere la carriera forense. Il suo principale vantaggio è la brevità, il basso numero di categorie di risposta e l'assenza di valori di correzione o calcoli di ponderazione. La sua brevità è anche più congruente con la pratica psichiatrica acuta, con le sue brevi e frequenti interazioni con i pazienti. Per la sua semplicità, il V-RISK-10 non richiede una formazione specifica e si spera che il suo utilizzo possa aumentare la consapevolezza dei professionisti della salute mentale sulla valutazione del rischio di violenza in psichiatria acuta.

Ha una buona accuratezza predittiva fino a 1 anno dopo la dimissione dalle strutture psichiatriche acute. (S. Bjørkly et al.,2009)

Tabella XIII: *START- Short-Term Assessment of Risk and Treatability*

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)	Valutazione rischio aggressività e autolesionismo.	Vengono considerate 20 elementi sia come fattori di rischio (“Vulnerabilità”) che come fattori protettivi (“Punti di forza”). Si effettua una stima del rischio specifico in sette ambiti di rischio: violenza verso gli altri, autolesionismo, suicidio, abuso di sostanze, vittimizzazione, congedo non autorizzato e auto abbandono.	Pazienti ricoverati in una struttura psichiatrica in Regno Unito.	L’analisi ha rivelato che, per l’intera coorte, i punteggi di Forza e Vulnerabilità hanno predetto in modo significativo tutti gli esiti del rischio. Sebbene lo START sia promettente, attualmente viene presentato come un strumento con molteplici scopi, una semplificazione eccessiva che porta, paradossalmente, alla complessità del suo funzionamento effettivo. Non vi sono validi motivi per sostenere l'uso dello START senza riserve o nella sua interezza né tra i diversi gruppi

				diagnostici, né in termini di quale dei suoi
--	--	--	--	--

Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) offre un quadro per monitorare i progressi, pianificare il trattamento e valutare il rischio. Sebbene possa essere utilizzato per valutare il rischio in un arco di tempo molto più breve (circa 1 mese), il tempo necessario per il follow-up richiede più tempo. (J. Barry-Walsh et al.,2009).

Lo START è apprezzato dagli operatori della salute mentale che lo trovano facile da usare e ha un'affidabilità inter-valutatore accettabile e una buona validità predittiva per la violenza e l'autolesionismo. La validità predittiva dello strumento per l'aggressività negli studi classificati come a basso rischio di bias varia da 0,65 a 0,84 (scala della forza), da 0,66 a 0,82 (scala delle vulnerabilità) e da 0,52 a 0,89 (stima del rischio di violenza). Lo studio preso in esame ha rivelato che, per l'intera coorte, i punteggi di Forza e Vulnerabilità hanno predetto in modo significativo tutti gli esiti del rischio, però potrebbe essere utile considerare START non come un unico strumento di valutazione del rischio che può essere opportunamente classificato come avente proprietà psicometriche accettabili o inaccettabili. Si tratta piuttosto di un compendio o di una serie di strumenti di valutazione. Pertanto, sebbene lo START sia promettente, attualmente viene presentato come un unico strumento con molteplici scopi, una semplificazione eccessiva che porta, paradossalmente, alla complessità del suo funzionamento effettivo. (R. Marriott et al.,2017

3.4 Strumenti di valutazione rischio suicidario.

La sindrome da crisi suicidaria (SCS) descrive uno stato mentale pre-suicidio caratterizzato da intrappolamento accompagnato da disturbi affettivi, perdita di controllo cognitivo, ipereccitazione e ritiro sociale. La sindrome da crisi suicida, originariamente chiamato Suicide Trigger State, è stato proposto come una nuova diagnosi DSM di uno stato mentale acuto che può identificare gli individui a rischio di impegnarsi in comportamenti suicidari a breve termine (ovvero, entro ore, giorni e settimane). La sindrome condivide concetti teorici ben noti che vedono il suicidio come una fuga da un dolore emotivo insopportabile e deriva

dalla letteratura basata sull'evidenza sui fattori di rischio a breve termine che indicano un elevato grado di rischio suicidario.

Prove emergenti sulla previsione a breve termine del rischio di suicidio hanno identificato diversi predittori promettenti, tra cui una rapida escalation di: (a) disregolazione emotiva (b) relazioni interpersonali disfunzionali (ad es. , disconnessione sociale;) e (c) disturbi dell'arousal, in particolare insonnia. Basandosi su queste prove, la Sindrome da Crisi Suicida è caratterizzata da un sentimento pervasivo di frenetica disperazione o intrappolamento. (S. Barzilay et al., 2020)

Ogni individuo può sviluppare pensieri di morte, che in certi casi si traducono in condotte suicidarie. La letteratura internazionale suggerisce tuttavia che i soggetti affetti da disturbi mentali siano maggiormente esposti al problema e in particolare, la diagnosi di schizofrenia e il disturbo depressivo maggiore, che pare associarsi al rischio di suicidio approssimativamente 20 volte di più rispetto alla popolazione non affetta da tale disturbo. Il quadro delineato pone in evidenza dunque la necessità, per i professionisti e le organizzazioni sanitarie, di una piena comprensione del problema e la conseguente implementazione di validi interventi preventivi. (L'infermiere, 2020)

I tre strumenti per la l'identificazione del rischio suicidio sono presentati nella tabella 4.

Tabella XIV: Suicidal crisis inventory (SCI)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Suicide crisis inventory (SCI)	Valutazione del rischio suicidio. (valuta l'intensità della sindrome da crisi suicidaria, uno stato acuto che si	Nota precedentemente come Suicide Trigger Scale (STS) è uno strumento di valutazione composto da 49 item utilizzato per misurare il rischio di	Pazienti psichiatrici adulti ricoverati in ospedale per alto rischio di suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> I punteggi SCI prevedevano specificamente i tentativi di suicidio con un'AUC di 0,733 e un odds ratio = 8,62 ($p < 0,001$) al punto di cut-off ottimale. La validità predittiva

	<p>ipotizza preceda il tentativo di suicidio.)</p>	<p>suicidio a breve termine. Questa scala è composta da cinque componenti sottoscala: intrappolamento (13 item, ad esempio “Hai sentito che non c'era via d'uscita?”), dissociazione da panico (9 item, ad esempio “Hai avuto strane sensazioni nel tuo corpo o sulla tua pelle?”), flusso ruminativo (7 item, ad esempio “Hai sentito pressione nella testa a causa del pensiero eccessivo?”), dolore emotivo (4 item, ad esempio “Hai sentito un dolore emotivo</p>		<p>incrementale della SCI al di là dell'ideazione suicidaria e della storia dei tentativi riportati al basale è stata supportata per la previsione dei tentativi di suicidio ($\beta = 0,012$, $SE = 0,006$; $p = 0,046$). La SCI è suggerita come uno strumento che potrebbe aiutare nella valutazione completa di uno stato mentale pre-suicidio all'interno di popolazioni a rischio da moderato ad alto, indipendentemente dall'autovalutazione dell'intento suicidario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La SCI ha un'eccellente coerenza interna ($\alpha 0,970$). Il punteggio totale della SCI alla dimissione
--	--	--	--	---

		<p>implacabile e agonizzante?") e paura di morire (3 item, ad esempio "Hai avuto paura di morire?"); i restanti 13 elementi contribuiscono al punteggio totale, ma non si inseriscono in una delle cinque sottoscale. Gli item sono valutati tramite autovalutazione su una scala a cinque punti che va da per niente (0) a estremo (4). Ai partecipanti viene chiesto di valutare gli elementi relativi agli ultimi giorni in cui si sentivano peggio.</p>		<p>prevedeva comportamento suicidario a breve termine con sensibilità del 64% e specificità dell'88% (OR = 13, P = 0,003) al punteggio di taglio ottimale.</p>
--	--	---	--	--

Suicide crisis inventory (SCI) è una misura proposta della gravità della sindrome da crisi suicidaria, uno stato acuto che si ipotizza preceda il tentativo di suicidio. È composta da 49 voci e valuta principalmente le componenti della sindrome da crisi suicidaria tra cui intrappolamento, disturbo affettivo, perdita di controllo cognitivo e ipereccitazione, con l'eccezione del ritiro sociale, che verrà aggiunto nel prossimo sviluppo della scala. La misura di validazione utilizzata è la Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) che è un'intervista clinica semi-strutturata altamente consolidata per la valutazione della presenza di idee suicidarie o di tentati suicidi non fatali.

Nel primo studio preso in esame di S. Barzilay et al., i punteggi del SCI hanno indicato associazioni significative ma non ridondanti con depressione, ansia e indipendenza da altre dimensioni del disagio psichiatrico. I punteggi SCI prevedevano specificamente i tentativi di suicidio con un'AUC di 0,733 e un odds ratio = 8,62 ($p < 0,001$) al punto di cut-off ottimale. Secondo lo studio il Suicide Crisis Inventory è il primo strumento che può essere utilizzato come ausilio al giudizio dei co-clinici nella valutazione del rischio di suicidio nei casi in cui non è espresso alcuna idea suicidaria al momento della valutazione, in situazioni in cui i pazienti non hanno ancora sperimentato idee suicidarie coscienti o non hanno rivelato le idee suicidarie ai loro medici per altri motivi. La SCI è facile da amministrare come misura di autovalutazione e può essere utilizzata per guidare il giudizio dei professionisti in una serie di contesti clinici oltre ai consueti metodi di valutazione del rischio. (S. Barzilay et al., 2020)

Nel secondo studio I. Galynker et al., supportano l'ipotesi che la SCI sia una misura dello stato acuto di una sindrome da crisi suicida proposta, lo studio documenta che il numero di precedenti tentativi di suicidio falliti, così come l'idea suicidaria al ricovero, erano più fortemente correlati con i punteggi SCI al ricovero, mentre i punteggi SCI alla dimissione mostravano relazioni più forti con il comportamento suicidario post-dimissione. Pur facendo affidamento sulle autodichiarazioni dei pazienti, la SCI non ha domande sul suicidio. Ciò può renderlo particolarmente utile nella valutazione di pazienti con ambivalenza o scarsa comprensione della loro tendenza suicidaria. I risultati dello studio suggeriscono che gli operatori che valutano il rischio suicidario dovrebbero porre domande dettagliate sul senso di intrappolamento del paziente, come "Ti senti intrappolato nella tua situazione di vita?" "Vedi qualche possibile soluzione ai tuoi problemi di vita?" e "Quanto è difficile per te smettere di pensare di essere intrappolato?". Le risposte dei pazienti in questa linea di

indagine più indiretta possono riflettere l'intensità della loro crisi suicidaria e il rischio a breve termine in modo più accurato rispetto alle risposte a domande dirette sull'idea suicidaria palese, e possono rivelare importanti percorsi verso un trattamento individualizzato efficace. Nonostante i suoi limiti, lo studio indica che la SCI era predittiva del comportamento suicidario nei pazienti ricoverati psichiatrici ad alto rischio durante le prime settimane successive alla dimissione ospedaliera e aveva una validità predittiva incrementale rispetto ai tradizionali fattori di rischio. (I. Galynker et al., 2017)

Tabella XV: Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT)	Valutazione dell'ideazione e del comportamento suicidario.	Comprende 5 moduli segnalati dal paziente e 3 moduli segnalati dal medico che facilitano la valutazione dell'autolesionismo in modo coerente e strutturato. I moduli 1-5 sono auto-riferiti dai pazienti e forniscono informazioni di base complete relative all'autolesionismo, ai rischi percepiti e ai fattori protettivi. Dopo il completamento dei moduli riportati dal paziente, il medico	1) Studenti e tirocinanti dell'Università di Alberta. 2) 130 partecipanti con diversi livelli di suicidalità, identificati per lo studio provenienti da pronto soccorso, unità psichiatriche e ospedaliere per acuti e	<ul style="list-style-type: none"> Il SIBAT ha dimostrato affidabilità inter e intra-valutatore e un'adeguata mappatura rispetto all'algoritmo di classificazione della valutazione del suicidio della Columbia. Ha dimostrato un'elevata coerenza interna e validità concorrente nella

		<p>esamina le informazioni riportate dal paziente e conduce un'intervista semi-strutturata (Modulo 6) per chiarire le questioni necessarie per finalizzare le valutazioni dei Moduli 7 e 8. Il punteggio del Modulo 7 si basa sulla valutazione del medico utilizzando le informazioni raccolte dai moduli riportati dal paziente e dall'intervista semi-strutturata. Il Modulo 8 consente la documentazione della valutazione del medico sulla gestione ottimale del suicidio in un contesto ideale. Il Modulo 1 sono risposte categoriche e non hanno punteggio. Il Modulo 2 è composto da 21 item che valutano</p>	<p>contesti di ricerca clinica in psichiatria.</p>	<p>popolazione studiata.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I risultati hanno dimostrato che il SIBAT può essere utilizzato con un livello accettabile di accordo da un gruppo di valutatori clinici addestrati in un'ampia coorte di partecipanti con un'ampia gamma di gravità dell'autolesionismo e condizioni psichiatriche comorbili. L'affidabilità specifica è stata stabilita anche in un sotto-campione
--	--	---	--	---

		<p>fattori di rischio e protettivi come stato emotivo, relazioni interpersonali e altri sintomi psichiatrici e 10 item categorici (binari e ordinali) senza punteggio che valutano l'uso di sostanze e la storia di detenzione. Il Modulo 3 è composto da 48 item che valutano i pensieri legati a fattori di rischio, tra cui pensieri di morte/morente, disperazione, impotenza, senso di colpa, fattori di stress e autostima. Il modulo 5 è composto da 4 item che valutano l'idea/intento suicidario attivo. I moduli 2, 3 e 5 hanno un totale di 73 elementi.</p>		<p>clinicamente depresso. L'affidabilità intra e inter-valutatore è stata buona per tutte e quattro le misure cliniche nel Modulo 7 (ovvero FoST, CGI-SS-r, CGI-SR-I e CGI-SR-LT) e adeguata per il Modulo 8.</p>
--	--	---	--	---

Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT) è una nuova scala di valutazione computerizzata sviluppata per la valutazione e il monitoraggio della suicidio da un gruppo di studi clinici ed esperti accademici nello sviluppo della scala. Si tratta di uno strumento completo composto sia da componenti valutati dal clinico sia da componenti self-report e i dati precedenti indicano che è sensibile ai cambiamenti nel tempo. (E.C. Chan et al.,2021)

Nel primo studio sono stati inclusi come valutatori clinici professionisti qualificati della salute mentale con esperienza nella valutazione dei sintomi legati al suicidio e nel processo decisionale riguardante la gestione clinica dei partecipanti al suicidio. Uno dei valutatori utilizzati è stato la Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) e la scala Clinician Global Impression (CGI) della gravità del suicidio e del rischio di suicidio. Il presente studio supporta l’uso del SIBAT come strumento per valutare l’autolesionismo come endpoint di efficacia e sicurezza negli studi clinici, tuttavia consiglia un’ulteriore validazione del SIBAT per accertarne la sensibilità ai rapidi cambiamenti nell’ideazione suicidaria nel tempo nei pazienti con disturbi depressivi. (L. Alphas et al., 2020)

Nel secondo studio l’obiettivo era valutare la coerenza interna del SIBAT e validarlo in modo incrociato con la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), al fine di valutare la validità concorrente delle risposte ottenute. La MINI è stata completata separatamente dalla SIBAT. Si è concluso che la SIBAT potrebbe essere combinato con strategie di machine learning in vari modi, e potrebbe essere utile come misura standard dei fattori associati al suicidio, in quanto potrebbe consentire di combinare dati provenienti da diversi studi e diversi gruppi di studio per l’analisi utilizzando approcci di apprendimento automatico. Sebbene i risultati dello studio siano promettenti per il potenziale del SIBAT, dovrebbero essere considerati preliminari in quanto sono necessarie ulteriori indagini su popolazioni più rilevanti e utilizzando le tecniche sopra menzionate per determinare se la SIBAT è una scala valida e affidabile. (E.C. Chan et al.,2021)

Tabella XVI: Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) (versione italiana)

Strumento	Utilità	Descrizione	Campione di studio	Risultato studio
Nurses’ Global Assessment	Valutazione del rischio suicidario	Creata da Cutcliffe & Barker nel 2004 in Canada. La versione	soggetti a rischio di suicidio in	La curva ROC conferma la buona capacità

<p>of Suicide Risk (NGASR) (versione italiana)</p>		<p>italiana della scala (NGASR-ita) è composta dai 15 items dello strumento originale che indagano la sfera psicosociale e quella patologica della persona: tutti gli items prevedono una risposta dicotomica, cinque di questi (item 1,4,7,9,12) attribuiscono un punteggio di 3 se presente la situazione/caratteristica descritta, 0 se assente; i restanti 10 items hanno come punteggio 1 se presente la situazione, 0 in caso contrario. Il punteggio complessivo che esprime il livello globale di rischio, varia dunque da 0 a 25</p>	<p>ospedale e in particolare all'interno di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura</p>	<p>della scala di distinguere i pazienti a rischio dagli altri. Tale curva rappresenta graficamente la sensibilità e la specificità; una scala perfetta, ossia in grado di distinguere sempre i pazienti a rischio dagli altri, avrebbe un'area sottesa dalla curva pari a 1 (100% sensibilità e 100% specificità). L'unico parametro non soddisfacente è rappresentato dal valore predittivo positivo; il punteggio</p>
--	--	---	---	--

				<p>ottenuto (23.53%) suggerisce la tendenza della scala a sovrastimare il problema inquadrando come a rischio soggetti che poi effettivamente non hanno mostrato una reale o perlomeno immediata intenzione suicidaria o gravemente autolesiva.</p>
--	--	--	--	---

Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)- la versione italiana, è composta dai 15 items dello strumento originale che indagano la sfera psicosociale e quella patologica della persona. La NGASR-ita è stata compilata per la valutazione del rischio suicidario da parte del personale infermieristico in turno entro 2 ore dal momento del ricovero. L'età media dei pazienti era di 36±5 anni; la diagnosi di base prevalente era il Disturbo Psicotico (n=47), seguita dal Disturbo Borderline di Personalità (n=25), Disturbo Bipolare (n=24) e Disturbo Depressivo Maggiore (n=21); meno rappresentati erano i quadri di Disturbo d'ansia (n=6) e Disturbo della Condotta Alimentare (DCA) (n=4); 4 soggetti non avevano una diagnosi di base al momento del ricovero. Il test di Kruskal-Wallis è stato utilizzato per indagare se le

diverse categorie diagnostiche presentassero differenze significative nei punteggi della NGASR. Per tutte le analisi, la soglia di significatività è stata fissata al 5%. L'analisi dei dati è stata eseguita attraverso il software SAS 9. Ad oggi l'assenza di lavori che abbiano indagato la predittività della NGASR durante la degenza ospedaliera non rende possibile il confronto con i risultati ottenuti con questa ricerca. La curva ROC ha evidenziato un'AUC di 0.793, ed è da considerarsi soddisfacente poiché indica che le doti di sensibilità e specificità sono entrambe buone e conferma la buona capacità della scala di distinguere i pazienti a rischio dagli altri. L'unico parametro non soddisfacente è rappresentato dal valore predittivo positivo; il punteggio ottenuto (23.53%) suggerisce la tendenza della scala a sovrastimare il problema. (L'infermiere, 2020)

CAPITOLO 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

L'obiettivo di questa revisione della letteratura era ricercare ed individuare quali sono i rischi per il paziente ricoverato in S.P.D.C. ed individuare i giusti strumenti di valutazione, applicabili nel contesto, per identificare questi rischi.

4.1 Discussione.

Dalla letteratura evince che i rischi più spesso presi in esame e discussi per il paziente psichiatrico sono il rischio aggressività/violenza e rischio suicidio. L'aggressività ed il suicidio sono un problema rilevante nei servizi di salute mentale in quanto il paziente psichiatrico può risultare imprevedibile, spesso mancano i segnali premonitori, ed ogni patologia presenta atteggiamenti e caratteristiche tipiche, anche se alcune patologie sono più spesso associati ai fattori di rischio. Trattandosi di un paziente più particolare e di una presa in carico diversa del paziente con un disturbo somatico, il professionista della salute potrebbe essere sollevato nel suo carico di lavoro ed aiutato, dall'esistenza di validi strumenti di valutazione. La maggior parte degli studi riporta l'importanza e la necessità di uno strumento abile.

Nel corso degli anni sono state effettuati più tentativi di sviluppo e validazione di uno strumento capace ad identificare i rischi per il paziente psichiatrico ricoverato. Ad oggi, esistono numerosi strumenti di valutazione dei rischi, nella tesi sono stati riportati dodici strumenti, alcuni di essi trattati da più studi. Ogni strumento preso in esame ha dimostrato una buona affidabilità e coerenza interna, una forte validità predittiva ed è risultato promettente per gli studiosi. Alcuni di essi però necessitano di ulteriori ricerche e prove pratiche su campioni più ampi per garantire l'efficacia. Le scale di valutazione del rischio impiegate nel campo della salute mentale sono programmi basati sul web o formati scritti basati su giudizio clinico non strutturato, valutazione attuariale e giudizio clinico strutturato. Gli strumenti di valutazione del rischio basati sul web presentano vantaggi quali la capacità di andare oltre i confini geografici e organizzativi, un linguaggio universalmente comprensibile, basso costo, portabilità, completamento in breve tempo e feedback rapido. (F. Ayhan et al.,2021)

La provenienza degli studi indica che il problema è stato oggetto di studio a livello internazionale, la maggior parte degli studi presi in esame provengono da paesi occidentali,

ma c'è anche uno studio cinese. Esistono variazioni significative nella pratica di valutazione del rischio in tutto il mondo, i professionisti in Asia utilizzano strumenti di valutazione dei rischi meno frequentemente che in Europa e Nord America. (S. Zhong et al., 2021). A differenza dei paesi occidentali, nello studio di S. Zhong et al. (2021), i pazienti in Cina avevano maggiori probabilità di avere una diagnosi primaria di schizofrenia e il disturbo di personalità era meno comune. I disturbi da uso di sostanze, sia per alcol che per droghe, erano meno diffusi nel campione cinese, la maggioranza erano uomini. I risultati di alcuni studi riportano che gli strumenti di valutazione del rischio producono previsioni di rischio più valide per gli individui bianchi più anziani e possibilmente per le donne, secondo J. P. Singh et al. (2011) gli strumenti di valutazione del rischio hanno tassi di validità predittiva più elevati nelle donne rispetto agli uomini.

Quello che accomuna gli studi presi in esame è la necessità di strumenti di valutazione dei rischi liberamente disponibili, trasparenti, scalabili e ben progettati, che siano facilmente applicabili e non richiedano troppo tempo. Tuttavia non tutti gli studi hanno confermato l'effetto benefico previsto dell'uso di uno strumento strutturato di valutazione del rischio a breve termine, come lo studio di E.J.R. Florisse et al. (2020) i cui risultati non hanno mostrato alcuna riduzione dell'aggressività né dell'uso di interventi coercitivi, ed è aumentato in modo significativo il tempo trascorso in isolamento con una media di oltre 10 ore dopo l'introduzione del Crisis Monitor. Alcuni strumenti inoltre prevedevano una formazione specifica del personale prima di applicarlo, come il Crisis Monitor ed il ROVA.

La quasi totalità degli studi, inoltre, ha preso in esame i pazienti del contesto psichiatrico ospedaliero acuto, solo nello studio di E.C. Chan et al. (2021) il campione è rappresentato dagli studenti universitari e nello studio di S. Zhong et al. (2021) la valutazione avviene sui pazienti di un ospedale psichiatrico forense.

I nove strumenti per la valutazione del rischio aggressività/violenza vengono trattati da 10 studi, 2 valutano lo stesso strumento: Crisis Monitor. La maggior parte di essi sono stati verificati e messi in pratica in più contesti, c'è un'unità di confronto fra gli esiti, tuttavia alcuni vengono trattati per la prima volta quindi necessitano di più convalide. Fra gli strumenti più validi affrontati e con migliori criteri di esito, quindi ritenuti anche più importanti sono stati Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument (DASA), Brøset Violence Checklist (BVC-CH), Violence risk -10(V-RISK-10) e Risk of Violence

Assessment (ROVA) in quanto più completi e specifici per il contesto e rispondono in miglior modo ai requisiti. DASA contiene elementi sia del HCR-20, sia del BVC ed inoltre elementi tratti da precedenti ricerche condotte all'interno di un ospedale psichiatrico forense. Sebbene il confronto non sia stato effettuato in questo studio, ricerche precedenti suggeriscono che l'accuratezza predittiva delle previsioni dinamiche strutturate di aggressione imminente nei pazienti psichiatrici ricoverati è superiore ai giudizi clinici non assistiti (J. Barry-Walsh et al., 2009). Sia DASA che BVC valutano i pazienti per fattori precipitanti identificabili all'aggressività e sono rapidi a somministrati da infermieri psichiatrici, si concentrano esclusivamente su una breve valutazione del rischio, richiedono meno di 5 minuti per essere completati, e per un'aggressione imminente (entro le prossime 24 ore). Ugualmente anche il V-RISK-10 è facile da usare, fa risparmiare tempo e può essere utilizzato per lo screening del rischio di violenza durante la degenza ospedaliera e dopo la dimissione nella comunità. La ROVA, scala basata sull'evidenza che incorpora i fattori di rischio dell'Asse II e dell'Asse IV nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) in uno strumento multiassiale per testare la relazione tra il rischio previsto di violenza valutato durante la fase acuta ricovero al pronto soccorso psichiatrico e violenza reale durante il ricovero nell'unità psichiatrica chiusa, si raccomandano studi di replica su campioni più grandi per rafforzare la validità della scala.

Historical, Clinical, and Risk Management-20 (HCR-20), Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) e Forensic Psychiatry and Violence tool Oxford (FoVox) essendo degli strumenti nati nel contesto di psichiatria forense hanno mostrato un buon esito applicati anche fuori dal contesto originario, tuttavia c'è la raccomandazione di replicare gli studi per garantire la completa affidabilità, raccomandazione valida anche per il Risk of Violence Assessment (ROVA) e per il Crisis Monitor, i due studi in cui viene trattato mostrano risultati opposti. HCR-20 richiede un'amministrazione e uno sforzo da parte degli esperti, requisiti che vietano valutazioni quotidiane. Non è nota nemmeno la validità predittiva nelle valutazioni quotidiane del rischio di violenza dello START, che sebbene possa essere utilizzato per valutare il rischio in un arco di tempo più breve (1 mese), le ricerche si aggirano per un periodo di follow-up di 12 mesi. (J. Barry-Walsh et al., 2009)

I tre strumenti per la valutazione del rischio suicidio vengono trattati da 5 studi. Tutti 3 si sono dimostrati validi e utili, tuttavia il SIBAT necessita di un'ulteriore validazione, visto che il campione preso in esame per il primo studio è rappresentato da studenti universitari.

Gli altri due alla luce dei risultati ottenuti, ritengo che siano più importanti. Il suicide crisis inventory (SCI) ha mostrato un'ottima validità interna, una buona struttura, validità convergente e discriminante, e la sua generalizzabilità a pazienti con un'ampia gamma di psicopatologie e acutezza. Il Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-ita) è l'unico strumento fra quelli affrontati validato in Italia, con buoni criteri di esito, in grado di supportare l'infermiere nella complessa valutazione dell'intenzionalità suicidaria, quindi ritenuto uno fra i più conosciuti nel ambiente italiano.

4.2 Conclusione.

In questa revisione abbiamo parlato della valutazione dei rischi nei pazienti psichiatrici ricoverati in S.P.D.C.. I maggiori rischi individuati sono stati rischio aggressione/violenza e rischio suicidio. Gli studi presi in considerazione riportano la necessità di uno strumento abile di valutazione di questi rischi per il paziente psichiatrico, la mia ricerca si basa sull'identificazione degli strumenti più usati nell'ambito del ricovero ospedaliero psichiatrico. Nel corso degli anni sono state effettuati più tentativi di sviluppo e validazione di uno strumento capace ad identificare i rischi per il paziente psichiatrico, ad oggi, esistono numerosi strumenti di valutazione dei rischi. Gli strumenti per individuare i rischi utilizzati in questa revisione della letteratura sono stati 12, 9 strumenti per rischio aggressività/violenza e 3 strumenti per il rischio suicidio. Anche se la maggioranza degli studi raccomandano ulteriori ricerche e repliche su campioni diversi o più ampi, ritengo che dei 9 strumenti per il rischio aggressività/violenza quelli che hanno più importanza in questa revisione sono stati Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument (DASA), Brøset Violence Checklist (BVC-CH), Violence risk -10(V-RISK-10) e Risk of Violence Assessment (ROVA), e dei 3 strumenti per il rischio suicidio il Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-ita) risulta più importante in quanto è l'unico strumento validato nella versione italiana quindi valido per i professionisti sanitari in Italia, tuttavia anche il suicide crisis inventory (SCI) ha dimostrato di essere un ottimo strumento.

BIBLIOGRAFIA:

Florisse, E. J. R., & Delespaul, P. A. E. G. (2020). Monitoring risk assessment on an acute psychiatric ward: Effects on aggression, seclusion and nurse behaviour. *PloS one*, *15*(10), e0240163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240163>)

Meyer, L. F., Telles, L. E. B., Mecler, K., Soares, A. L. A. G., Alves, R. S., & Valença, A. M. (2018). Schizophrenia and violence: study in a general psychiatric hospital with HCR-20 and MOAS. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *40*(4), 310–317. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0039>

Zhong, S., Yu, R., Cornish, R., Wang, X., Fazel, S., & FoVOx group (2021). Assessment of violence risk in 440 psychiatric patients in China: examining the feasibility and acceptability of a novel and scalable approach (FoVOx). *BMC psychiatry*, *21*(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03115-3>

Brown, S., & Langrish, M. (2012). Evaluation of a risk assessment tool to predict violent behaviour by patients detained in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, *8*(1), 35–41. <https://doi.org/10.1017/S1742646411000264>

Lynch, D. M., & Noel, H. C. (2010). Integrating DSM-IV factors to predict violence in high-risk psychiatric patients. *Journal of forensic sciences*, *55*(1), 121–128. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2009.01197.x>

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *193*(1), 44–50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045534>

Barry-Walsh, J., Daffern, M., Duncan, S., & Ogloff, J. (2009). The prediction of imminent aggression in patients with mental illness and/or intellectual disability using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument. *Australasian Psychiatry*, *17*(6), 493–496. <https://doi.org/10.1080/10398560903289975>

Singh J. P., Grann M., Fazel S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 499-513.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009>

Bjørkly, S., Hartvig, P., Heggen, F. A., Brauer, H., & Moger, T. A. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(6), 388–394.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.004>

Barzilay, S., Assounga, K., Veras, J., Beaubian, C., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2020). Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory. *Journal of affective disorders*, 276, 183–190.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.053>

Galynker, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depression and Anxiety*, 34(2), 147–158.

<https://doi.org/10.1002/da.22559>

Chan E.C., Wallace K, Yang E.H., Roper L., Aryal G., Lodhi R. J., Baskys A., Isenberg R., Carnes P., Green P., Aitchison K. J. (2021). Internal consistency and concurrent validity of self-report components of a new instrument for the assessment of suicidality, the Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT). *Psychiatry Research*, 304.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114128>

Marriott, R., O'Shea, L. E., Picchioni, M. M., & Dickens, G. L. (2017). Predictive validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for multiple adverse outcomes: The effect of diagnosis. *Psychiatry research*, 256, 435–443.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.009>

Alphs L., Fu D.-J., Williamson D., Turkoz I., Jamieson C., Revicki D., Canuso M. C. (2020). Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT): Evaluation of Intra- and Inter-Rater Reliability, Validity, and Mapping to Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment. *Psychiatry Research*, 294.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113495>

Ayhan, F., & Üstün, B. (2021). Examination of risk assessment tools developed to evaluate risks in mental health areas: A systematic review. *Nursing Forum*, 56(2), 330–340.

<https://doi.org/10.1111/nuf.12557>

van de Sande, R., Nijman, H. L., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., van der Staak, C., & Mulder, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 473–478. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095141>

Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255–268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>

Turton, E., Myles, L., Lee, J., Saffin, V., & Lawson, A. (2022). Improving awareness of the HCR-20 and risk assessment process. *The International journal of risk & safety in medicine*, 33(S1), S79–S83. <https://doi.org/10.3233/JRS-227029>

SITOGRAFIA:

L'infermiere, 2020. Recuperato dal sito web:

<https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/03/LInfermiere-57-1-2020-MARCH-pages-e1-e8.pdf>

Dipartimento di Salute Mentale, 24/07/2023. Recuperato dal sito web:

<https://www.aulss3.veneto.it/Dipartimento-salute-mentale-DSM>

La salute mentale, Ministero della Salute, 3/08/2023. Recuperato dal sito web:

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

La salute mentale, Ministero della Salute, 20 gennaio 2022. Recuperato dal sito web:

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Unità Operative Semplici- U.O.S. Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura, 2023.
Recuperato dal sito web:

<https://www.ospedalesantandrea.it/index.php/sezione-utenti/244-u-o-s-servizio-psichiatrico-diagnosi-e-cura-s-p-d-c>

Rapporto sulla salute mentale 2021, Ministero della salute 2022. Recuperato dal sito web:

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5014&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

World Health Organization,2023. Recuperato dal sito web:

https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Istituto superiore di sanità, 10/09/2020. Recuperato dal sito web:

<https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidario-italia>

ALLEGATI:

Allegato 1. *Tabella IV. Schedatura degli articoli*

Autore /Anno /Revista	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio/ Metodi	Risultati principali/ Conclusioni
<p>TITOLO: Monitoring risk assessment on an acute psychiatric ward: Effects on aggression, seclusion and nurse behaviour. AUTORI: E. J. R. Florisse et al. ANNO: 2020</p>	<p>Lo scopo di questo studio è valutare gli effetti della valutazione del rischio sull'aggressività e l'uso di interventi coercitivi in un contesto di ricovero psichiatrico acuto. Inoltre, è stato valutato il comportamento degli infermieri prima e dopo l'utilizzo della valutazione del rischio.</p>	<p>1 Studio: Le inclusioni ammontavano a 293 ricoveri (224 singoli pazienti) durante il basale e 252 ricoveri (208 individui) durante il periodo di stato stazionario post- implementazione. Trentacinque pazienti sono stati ricoverati in entrambi i periodi. Non abbiamo riscontrato differenze significative per genere, minoranza etnica, ricoveri involontari o diagnosi tra i pazienti in entrambi i periodi. I pazienti durante il periodo di stato stazionario post-</p>	<p>Sono stati eseguiti 2 studi. Nello studio 1 è stato valutato l'impatto dell'implementazione del Crisis Monitor sull'aggressione e sugli interventi coercitivi. Il team del reparto di ammissione ha implementato il Crisis Monitor nella sua pratica di routine. Gli infermieri e i medici psichiatrici sono stati formati per valutare gli strumenti di valutazione del rischio alla fine di ogni turno (escluso il turno notturno). I rating degli strumenti sono stati discussi ogni mattina nel corso di incontri multidisciplinari. Inoltre, il team ha rivisto le valutazioni giornaliere e settimanali per ciascun paziente in modo più dettagliato nelle riunioni settimanali</p>	<p>Non sono stati riscontrati effetti positivi della valutazione del rischio sull'aggressività o sugli interventi coercitivi. Il tempo trascorso in isolamento è aumentato in modo significativo con più di 10 ore in media dopo l'implementazione. Inoltre, ci sono stati solo effetti negativi sul comportamento e sulle esperienze degli infermieri. Tra le altre cose, dopo l'implementazione e si sono sentiti più stressati, hanno dedicato più tempo alle attività amministrative e hanno trascorso meno tempo con i pazienti. In conclusione, non ci sono prove sufficienti per utilizzare una valutazione strutturata del</p>

		<p>implementazione erano più giovani rispetto ai pazienti ricoverati al basale.</p> <p>2Studio: Un totale di 19 infermieri (5 uomini, 14 donne) sono stati inclusi durante il periodo di riferimento e 22 infermieri (5 uomini, 17 donne) durante il periodo di stato stazionario post-implementazione.</p>	<p>di coordinamento dell'assistenza</p> <p>Il secondo studio ha valutato le esperienze e il comportamento del personale infermieristico nei reparti psichiatrici per acuti di Mondriaan prima e dopo l'introduzione del Crisis Monitorale. Con l'uso di un'app PsyMate™ - progettata per monitorare esperienze e comportamenti nella vita quotidiana degli infermieri.</p>	<p>rischio a breve termine per ridurre l'aggressività o gli interventi coercitivi.</p>
<p>TITOLO: "Schizophrenia and violence: study in a general psychiatric hospital with HCR-20 and MOAS"</p> <p>AUTORI: Meyer L. F. et al.</p> <p>ANNO:2018</p>	<p>Identificare e confrontare le caratteristiche relative al comportamento aggressivo dei pazienti ricoverati con schizofrenia in un ospedale psichiatrico, utilizzando la Historical Clinical Risk Management 20 (HCR-20) e la Modified Over Aggression Scale (MOAS)</p>	<p>Pazienti ricoverati in un ospedale psichiatrico generale con diagnosi di schizofrenia.</p> <p>I criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - età :18- 60 anni, - sesso maschile, -diagnosi di schizofrenia -assenza di comorbilità psichiatrica - disponibilità di parenti in grado di informare adeguatamente 	<p>I pazienti sono stati suddivisi in violenti e non violenti utilizzando il HCR-20. Il MOAS è stato poi utilizzato per classificare il grado di gravità del comportamento violento.</p>	<p>Dodici dei 20 elementi dell'HCR-20 si sono rivelati utili per distinguere tra i gruppi. Il MOAS non ha mostrato livelli elevati di gravità per le tipologie di aggressività osservate nei pazienti.</p> <p>HCR-20 si è dimostrato utile e affidabile nel distinguere tra pazienti con schizofrenia violenti e non violenti. Quindi l'uso dell'HCR-20, in contesti</p>

		sullo stato del paziente.		psichiatrici, dovrebbe essere incoraggiato
<p>TITOLO: “Assessment of violence risk in 440 psychiatric patients in China: examining the feasibility and acceptability of a novel and scalable approach (FoVOx)” <i>BM C psychiatry</i> AUTORI: S. Zhong et al. ANNO:2021</p>	<p>Questo studio, mira principalmente a testare l’acceptabilità e la potenziale utilità dell’utilizzo di uno strumento standardizzato di valutazione del rischio negli ambienti psichiatrici cinesi.</p>	<p>440 pazienti psichiatrici. La maggior parte dei pazienti erano uomini (82,4%), disoccupati (87,3%), avevano una storia di crimini violenti (62,4%) e avevano una diagnosi di disturbi dello spettro schizofrenico (67,9%).</p>	<p>Sono stati usati 2 metodi diversi suddivisi in 2 fasi. Nella prima fase, sono stati esaminati i fattori di rischio di base su 330 pazienti psichiatrici provenienti da sette istituti psichiatrici forensi in Cina. Nella fase due, sono state condotte interviste semistrutturate con 11 medici sulla valutazione del rischio di violenza da dieci centri di salute mentale.</p>	<p>Nella maggior parte dei casi i medici ritenevano che il punteggio FoVOx fosse una rappresentazione accurata del rischio violento di un singolo paziente. I medici hanno scoperto che la valutazione del rischio di violenza potrebbe essere migliorata utilizzando uno strumento semplice e scalabile e che FoVOx era fattibile e pratico da usare.</p>
<p>TITOLO: “Evaluation of a risk assessment tool to predict violent behaviour by patients detained in a psychiatric intensive care unit.” <i>Journal of Psychiatric Intensive Care.</i> AUTORI: S. Brown et al. ANNO: 2011</p>	<p>Valutare uno strumento progettato per prevedere il rischio acuto di violenza da parte dei pazienti in SPDC</p>	<p>I moduli di valutazione del rischio sono stati completati su 158 pazienti consecutivi in PICU per un periodo di tre mesi.</p>	<p>Un modulo di valutazione del rischio è stato completato settimanalmente per ciascun paziente. L’analisi di regressione logistica multivariata è stata utilizzata per misurare il valore predittivo di particolari variabili rispetto al comportamento violento durante le due settimane successive.</p>	<p>Il comportamento violento durante le due settimane precedenti era un fattore predittivo significativo della violenza successiva. L’uso di droghe era un predittore negativo. Nessuna delle altre variabili testate era predittiva di comportamenti violenti. Conclusioni: uno strumento complicato di valutazione del rischio</p>

				<p>probabilmente aggiunge poco al processo di previsione del comportamento violento nei pazienti. L'introduzione di procedure quali strumenti strutturati di valutazione del rischio dovrebbe essere soggetta allo stesso processo di validazione di qualsiasi altra iniziativa clinica.</p>
<p>TITOLO: “Integrating DSM-IV factors to predict violence in high-risk psychiatric patients.” <i>Journal of forensic sciences</i>. AUTORI: D.Lynch et al. ANNO: 2010</p>	<p>Sviluppo di una scala di valutazione del rischio di violenza (ROVA) basata sull'evidenza che deve essere eseguita da infermieri psichiatrici nel pronto soccorso psichiatrico</p>	<p>161 cartelle cliniche elettroniche dei pazienti per tutti i ricoveri consecutivi all'unità psichiatrica attraverso il Pronto Soccorso psichiatrico nell'arco di 6 mesi. I soggetti maschi erano 153 (95%) e le femmine 8 (5%). L'età variava da 24 a 90 anni ($M = 51,7$, $DS = \pm 12$). La durata del soggiorno variava da uno a 95 giorni ($M = 12$; $DS = 17,92$).</p>	<p>Gli infermieri psichiatrici hanno completato in modo indipendente la scala ROVA utilizzando i dati raccolti regolarmente e registrati elettronicamente durante la valutazione del Pronto Soccorso iniziale. (cartella clinica)</p>	<p>Sono stati mostrati risultati soddisfacenti per l'affidabilità tra valutatori e la coerenza interna della scala ROVA. La scala ROVA fornisce una valutazione multi assiale del DSM-IV dei fattori dell'Asse I, dell'Asse II e dell'Asse IV per classificare il livello di rischio di violenza.</p>

<p>TITOLO: “Predictive validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for multiple adverse outcomes: The effect of diagnosis.” AUTORI: R.Marriott et al. ANNO: 2017</p>	<p>Testare la validità predittiva dei punteggi START di forza e vulnerabilità e una stima del rischio specifico in funzione della diagnosi, controllando al contempo potenziali covariate come sesso, età ed etnia.</p>	<p>N = 527 adulti, pazienti ricoverati residenti tra maggio 2011 e gennaio 2014 di età pari o superiore a 18 anni, con una o più valutazioni START completate e una successiva degenza ospedaliera di 3 mesi</p>	<p>Il campione è stato suddiviso in gruppi diagnostici; la validità predittiva è stata stabilita utilizzando l'analisi di regressione delle caratteristiche operative del ricevitore (rocreg) in cui sono state controllate le potenziali covariate.</p>	<p>Non vi sono validi motivi per sostenere l'uso dello START senza riserve o nella sua interezza né tra i diversi gruppi diagnostici, né in termini di quale dei suoi elementi vengono utilizzati per guidare la valutazione del rischio o per tutti e cinque i risultati studiati. Lo START può aiutare la valutazione di aggressività, autolesionismo e auto abbandono in una vasta gamma di gruppi diagnostici. Sono necessarie ulteriori ricerche con campioni più ampi di soggetti con diagnosi multiple.</p>
<p>TITOLO: “Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial.” <i>The British journal of psychiatry</i> :</p>	<p>Verificare se una valutazione strutturata del rischio riducono l'incidenza della violenza e della coercizione.</p>	<p>Pazienti dei 14 reparti (2.364 pazienti, per un totale di 45.913 giorni di ricovero. Quattro reparti randomizzati alla valutazione del rischio strutturata, i cinque reparti randomizzati al braccio di</p>	<p>È stato condotto uno studio randomizzato e controllato a grappolo con 14 reparti di ricovero psichiatrico acuto come unità di randomizzazione, incluso un braccio di preferenza. L'intervento comprendeva una valutazione del rischio</p>	<p>I tassi di incidenza sono diminuiti sostanzialmente nei reparti di intervento, mentre si sono verificati pochi cambiamenti nei reparti di controllo. I rapporti di rischio corretti suggeriscono una riduzione del 41%</p>

<p><i>the journal of mental science</i> AUTORI: C.Abderhalden et al. ANNO:2008</p>		<p>controllo in lista d'attesa e i cinque reparti del gruppo di preferenza.</p>	<p>standardizzata dopo il ricovero con valutazione obbligatoria della prevenzione nei pazienti ad alto rischio, usando la scala Brøset Violence Checklist (BVC-CH)</p>	<p>degli incidenti gravi aggressivi e un calo del 27% nell'uso di misure coercitive. In conclusione la valutazione strutturata del rischio durante i primi giorni di trattamento può contribuire a ridurre la violenza e la coercizione nei reparti psichiatrici per acuti.</p>
<p>TITOLO: “The prediction of imminent aggression in patients with mental illness and/or intellectual disability using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument.” <i>The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> AUTORI: J.Barry-Walsh et al. ANNO:2009</p>	<p>Lo scopo di questo articolo era determinare se l'aggressività imminente nei pazienti psichiatrici può essere prevista con precisione utilizzando uno strumento strutturato di valutazione del rischio, la valutazione dinamica dell'aggressione e situazionale (DASA).</p>	<p>I partecipanti comprendevano 58 pazienti (56 maschi e due femmine) di età compresa tra 17 e 67 anni (M = 36,05; SD = 11,71). Erano di diverse origini etniche; la maggior parte erano Maori neozelandesi o isolani del Pacifico (n = 25, 43%), europei o europei neozelandesi (n = 30, 51,7%).</p>	<p>Questo studio prospettico di validazione ha coinvolto 10.013 valutazioni del rischio -DASA di pazienti residenti in un ospedale psichiatrico. Ventiquattrore dopo la valutazione del rischio, gli infermieri psichiatrici documentarono se i pazienti si erano comportati in modo aggressivo nei confronti degli altri o se avevano deliberatamente danneggiato proprietà. Hanno anche notato l'obiettivo dell'aggressione, sia nei confronti del personale, dei pazienti o delle proprietà</p>	<p>La validità predittiva del DASA variava a seconda del tipo e dell'obiettivo dell'aggressione. La previsione di qualsiasi comportamento aggressivo, indipendentemente e dal tipo di aggressione o di bersaglio, era significativamente e maggiore del caso (AUC = 0,69). La più forte accuratezza predittiva (AUC = 0,80) riguardava l'aggressione fisica nei confronti del personale. Conclusioni: questi risultati suggeriscono che l'aggressione imminente negli ospedali</p>

				psichiatrici può essere in grado di essere prevista con precisione dagli infermieri psichiatrici utilizzando uno strumento strutturato di valutazione del rischio
<p>TITOLO “Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory.” AUTORI: S.Barzilay et al. ANNO: 2020</p>	<p>Questo studio ha testato la coerenza e la validità del Suicide Crisis Inventory (SCI), una misura proposta della gravità della sindrome da crisi suicidaria, su un campione ampio ed eterogeneo di pazienti.</p>	<p>867 pazienti psichiatrici adulti ricoverati e ambulatoriali</p>	<p>La SCI è stata utilizzata per valutare 867 pazienti psichiatrici adulti ricoverati e ambulatoriali. L'analisi fattoriale confermativa, le regressioni logistiche e l'analisi dell'area sotto la curva (AUC) sono state utilizzate per esaminare la struttura interna, costruire la validità e la validità predittiva per l'ideazione del suicidio, pianificare e tentare un mese dopo la valutazione.</p>	<p>La validità predittiva incrementale della SCI al di là dell'ideazione suicidaria e della storia dei tentativi riportati al basale è stata supportata per la previsione dei tentativi di suicidio ($\beta = 0,012$, $SE = 0,006$; $p = 0,046$). Conclusioni: La SCI è suggerita come uno strumento che potrebbe aiutare sia i ricercatori che i medici nella valutazione completa di uno stato mentale pre-suicidio all'interno di popolazioni a rischio da moderato ad alto, indipendentemente e dall'autovalutazione dell'intento suicidario.</p>
<p>TITOLO: “Prediction of</p>	<p>Sono state valutate le</p>	<p>Pazienti psichiatrici</p>	<p>Sono stati valutati pazienti psichiatrici</p>	<p>Il punteggio totale della SCI alla</p>

<p>suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory.’’ AUTORI: I.Galynker et al. ANNO:2016</p>	<p>proprietà psicometriche della suicide crisis inventory (SCI), inclusa la validità predittiva per il comportamento o suicidario</p>	<p>adulti (n = 201) ricoverati in ospedale per alto rischio di suicidio</p>	<p>adulti (n = 201) ricoverati in ospedale per alto rischio di suicidio. I modelli di regressione logistica hanno valutato la validità predittiva della SCI per il comportamento suicida nelle 4-8 settimane successive alla dimissione ospedaliera e la sua validità predittiva incrementale rispetto ai fattori di rischio tradizionali (n = 137, tasso f/u del 64%). Sono state valutate anche la struttura interna, l'affidabilità, la validità convergente e discriminante e le proprietà dello stato rispetto ai tratti</p>	<p>dimissione prevedeva il comportamento suicida a breve termine con sensibilità del 64% e specificità dell'88% (OR = 13, P = 0,003) al punteggio di taglio ottimale. Conclusione: la SCI era predittiva di futuri comportamenti suicida nei pazienti ricoverati psichiatrici ad alto rischio durante le settimane cruciali successive alla dimissione dall'ospedale. È necessaria un'ulteriore convalida in diverse popolazioni di pazienti.</p>
<p>TITOLO: “Examination of risk assessment tools developed to evaluate risks in mental health areas: A systematic review .’’ AURORI: F.Ayhan et al. ANNO: 2021</p>	<p>Lo scopo di questa ricerca era quello di identificare ed esaminare strumenti di valutazione del rischio che valutassero almeno due dimensioni di rischio per valutare le valutazioni del rischio dei pazienti nelle aree della</p>		<p>Questa revisione sistematica è stata preparata sulla base delle linee guida PRISMA. Sono state eseguite ricerche nei database CINAHL, EMBASE, PsycInfo, Medline, APA PsycNET, Science Direct, Pubmed, ProQuest e Google Scholar. Sono stati esaminati tutti gli articoli a testo</p>	<p>Gli strumenti di valutazione del rischio che soddisfano i criteri di inclusione, le aree di rischio valutate</p>

	salute mentale in modo più completo e standard		integrale pubblicati tra il 30 dicembre 1970 e il 1 gennaio 2020. Sono stati esaminati un totale di 7385 articoli utilizzando le parole chiave sopra elencate e sono stati identificati 18 studi che soddisfacevano i criteri di inclusione. Nello studio sono stati inclusi studi in turco e inglese, i cui testi integrali erano disponibili online.	
TITOLO: “Internal consistency and concurrent validity of self-report components of a new instrument for the assessment of suicidality, the Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT).” <i>Psychiatry Research</i> AUTORI: E.C.Chan et al. ANNO: 2021	Questo studio mira a valutare la coerenza interna dei componenti self-report dello strumento di valutazione dell'ideazione e del comportamento o suicidario (SIBAT) e convalidarlo con gli elementi rilevanti della Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).	Sono stati raccolti i dati SIBAT per 394 partecipanti, 314 dei quali avevano completato anche la MINI. I partecipanti sono stati reclutati tra studenti e tirocinanti dell'Università di Alberta che hanno partecipato a uno studio sulle dipendenze.	Il SIBAT è stato amministrato utilizzando un'applicazione (app) sviluppata utilizzando la piattaforma AppSheets o l'interfaccia Qualtrics. A seconda del momento in cui il partecipante è entrato nello studio, la componente suicidaria della MINI potrebbe essere stata completata prima o dopo il SIBAT.	I risultati di questo studio suggeriscono che la componente self-report del SIBAT ha complessivamente una buona coerenza interna e che gli item del modulo 5 hanno una buona validità concorrente con la componente suicidaria del MINI. Il punteggio totale dei moduli 2 e 3 combinati aveva un'associazione moderata con la componente suicidaria della MINI e un'associazione più forte con il modulo SIBAT 5.

				Il tempo medio per completare i moduli 2, 3 e 5 era di 14,3 minuti. La valutazione del SIBAT che prevede la ripetizione della valutazione, l'associazione con risultati a lungo termine e il perfezionamento della misura potrebbe fornire informazioni sul suo potenziale utilizzo nella ricerca e in contesti clinici.
TITOLO: "Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT): Evaluation of Intra- and Inter-Rater Reliability, Validity, and Mapping to Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment." <i>Psychiatry Research</i> . AUTORI: L. Alphas et al. ANNO: 2020	Lo scopo del presente studio era valutare le proprietà psicometriche del SIBAT e generare informazioni a supporto della validità del suo utilizzo come misura ripetuta nella ricerca clinica.	130 partecipanti con diversi livelli di suicidalità. I partecipanti sono stati reclutati da quattro centri clinici di diverse regioni degli Stati Uniti.	Tutti i partecipanti hanno completato una singola visita di studio (circa 30-45 minuti per il SIBAT; 10 minuti per le scale del Patient-Reported Outcome Measurement Information System [PROMIS]; valutazione aggiuntiva per coloro che hanno acconsentito a interviste multiple videoregistrate inclusi 35 minuti per il S-STS CMCM e 30 minuti per C-SSRS + CGI-SS-r). Innanzitutto, i partecipanti hanno completato le sezioni auto	SIBAT ha dimostrato una buona affidabilità intra-valutatore (intervallo kappa ponderato: 0,64-0,76; CGI-SS-r, 0,75) e un'adeguata affidabilità inter-valutatore (intervallo ICC: 0,68-0,82; CGI-SS-r, 0,81). Nel loro insieme, i risultati di una buona affidabilità inter- e intra-valutatore e di validità concorrente con altri strumenti di valutazione del suicidio supportano la validità del SIBAT per

			<p>dichiarate del SIBAT (Moduli 1-5). Il clinico-valutatore originale ha quindi condotto l'intervista semi-strutturata, seguita dal completamento dei Moduli SIBAT 7 e 8. Le informazioni raccolte da ciascuno strumento (SIBAT, S-STS CMCM e C-SSRS + CGI-SS-r) sono state classificate e mappate su C-CASA 2012 Plus. Le scale PROMIS Global Health, Depression, and Anxiety sono state autosomministrate dai partecipanti dopo il completamento del SIBAT e di altre interviste</p>	<p>valutare la gravità del suicidio come endpoint di efficacia negli studi clinici che utilizzano operatori di salute mentale addestrati, valutatori professionisti con esperienza nella valutazione e nella gestione di persone con autolesionismo.</p>
<p>TITOLO: "A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants.". AUTORI: J.P.Singh et al. ANNO:2011</p>	<p>Verificare quali strumenti comunemente utilizzati per la valutazione del rischio violenza producano i più alti tassi di validità predittiva e se i tassi complessivi di validità predittiva differiscano in base al sesso, all'etnia, ai risultati e ad</p>	<p>Dati da 68 studi basati su 25.980 partecipanti in 88 campioni indipendenti.</p>	<p>Abbiamo utilizzato quattro statistiche sui risultati per valutare i tassi di validità predittiva, e analizzato le fonti di eterogeneità utilizzando l'analisi dei sottogruppi e la meta regressione.</p>	<p>La presente meta-analisi ha rilevato che la validità predittiva delle misure di valutazione del rischio comunemente utilizzate varia ampiamente. I nostri risultati suggeriscono che più le caratteristiche demografiche del campione testato si avvicinano al campione originale di</p>

	<p>altre caratteristiche dello studio. Abbiamo intrapreso una revisione sistematica e una meta-analisi di nove strumenti di valutazione del rischio comunemente utilizzati seguendo le linee guida PRISMA.</p>			<p>validazione dello strumento, maggiore è il tasso di validità predittiva. Abbiamo anche scoperto che gli strumenti progettati per popolazioni più specifiche erano più accurati nel rilevare il rischio di futuri reati degli individui. È stato scoperto che gli strumenti di valutazione del rischio producono previsioni di rischio più valide per gli individui bianchi più anziani e possibilmente per le donne</p>
<p>TITOLO: “Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability.” <i>European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists</i></p>	<p>Sviluppo e implementazione dello screening del rischio di violenza-10 (V-RISK-10) in due contesti psichiatrici acuti in Norvegia.</p>	<p>49 diverse coppie di valutatori. È stato valutato un totale di 73 pazienti; 37 (51%) sono stati reclutati da un ospedale e 36 (49%) dall'altro. Trentasette (51%) erano maschi. L'età media era di 42 anni (DS = 14,9, range 19-88). Sessantuno (84%) pazienti erano di etnia</p>	<p>È stato fornito un breve corso introduttivo all'uso del V-RISK-10 quando è stato implementato il V-RISK-10. Si trattava di un'introduzione standard avvenuta prima dell'inizio dello studio. Oltre al punteggio dei 10 item V-RISK-10, ai partecipanti è stato chiesto di seguire la procedura standard V-RISK-10. In primo luogo, ciò comporta una valutazione clinica strutturata del</p>	<p>63 pazienti su un totale di 73 che sono stati valutati in modo soddisfacente da entrambi i valutatori. Il V-RISK-10 soddisfa un'importante esigenza nelle unità psichiatriche acute: la capacità di effettuare uno screening breve ed efficace dei pazienti per il rischio di violenza al momento del ricovero e alla dimissione. Studi preliminari sulla</p>

<p>AUTORI: S.Bjørkly et al. ANNO: 2009</p>		<p>norvegese e la grande maggioranza degli altri proveniva dai Balcani e dal Medio Oriente.</p>	<p>livello di rischio valutato come basso, moderato o alto per ottenere una valutazione categorica del rischio di violenza basata su un giudizio clinico complessivo. In secondo luogo, al valutatore viene richiesto di selezionare una delle seguenti raccomandazioni sull'esito per il singolo paziente: 1: ulteriore valutazione del rischio non necessaria; 2: ulteriore valutazione necessaria; 3: devono essere attuate misure preventive immediate. Le ICC sono state utilizzate per stimare l'affidabilità tra valutatori per i punteggi della somma V-RISK-10.</p>	<p>validità predittiva dello schermo hanno prodotto risultati promettenti.</p>
<p>TITOLO: “La valutazione infermieristica del rischio suicidario nella persona ricoverata in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e</p>	<p>L’obiettivo dello studio è indagare la validità predittiva della NGASR-ita nella valutazione del rischio suicidario in</p>	<p>Sono stati arruolati 131 soggetti, con età ≥ 18 anni, ricoverati, per qualsiasi causa, presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e</p>	<p>È stata effettuato uno studio osservazionale prospettico presso l’SPDC dell’ospedale San Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo) di Milano con somministrazione</p>	<p>Sono stati arruolati 131 soggetti, 34 dei quali (25.95%) presentavano un livello di rischio medio o superiore; sono state riportate 10 condotte</p>

<p>Cura: validità predittiva della versione italiana della Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-ita).'' <i>L'infermiere</i> AUTORI: P.Ferrara et al. ANNO:2020</p>	<p>pazienti ricoverati all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.</p>	<p>Cura dell'ospedale San Paolo di Milano.</p>	<p>della NGASR-ita a tutti i soggetti ricoverati. Valutazione dei punteggi di sensibilità, specificità, valore predittivo positivo (VPP) e valore predittivo negativo (VPN) della scala</p>	<p>suicidarie o gravemente autolesive; la sensibilità è risultata pari a 90.0%, la specificità pari a 78.51%, il VPP 23.53%, il VPN= 97.94%.I soddisfacenti valori di predittività mostrati sostengono l'utilizzo della NGASR-ita quale strumento valido ai fini della valutazione infermieristica del rischio suicidario nel contesto psichiatrico acuto in Italia.</p>
<p>TITOLO: "A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression." AUTORI: C. Dack et al. ANNO: 2013</p>	<p>Combinare i risultati di precedenti studi comparativi sull'aggressività ospedaliera per valutare quantitativamente la forza dell'associazione tra i fattori del paziente e i) comportament o aggressivo, ii) comportament o aggressivo ripetitivo.</p>	<p>Un totale di 34 studi</p>	<p>Una revisione sistematica e una meta-analisi di articoli empirici e rapporti di studi comparativi sull'aggressività e sulla non aggressione all'interno di contesti di degenza psichiatrica per adulti.</p>	<p>I fattori che erano significativamente e associati all'aggressività del ricoverato includevano l'essere più giovani, di sesso maschile, i ricoveri involontari, il non essere sposati, una diagnosi di schizofrenia, un maggior numero di ricoveri precedenti, una storia di violenza, una storia di comportamenti autodistruttivi e una storia di abuso di</p>

				<p>sostanze. Gli unici fattori associati all'aggressività ripetuta del paziente erano il non essere maschio, una storia di violenza e una storia di abuso di sostanze. Le associazioni riscontrate tra questi fattori attuariali e l'aggressività erano piccole. È quindi importante che il personale consideri fattori dinamici come lo stato attuale del paziente e il contesto per ridurre l'aggressività del ricoverato.</p>
<p>TITOLO: “Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment.” <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> AUTORI: R. Van de Sande et al. ANNO: 2011</p>	<p>Valutare l'effetto della valutazione del rischio sul numero di episodi di aggressione e sul tempo trascorso in isolamento per i pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici per acuti.</p>	<p>597 pazienti di 4 reparti psichiatrici per acuti.</p>	<p>Scale strutturate di valutazione del rischio sono state utilizzate in due reparti sperimentali e il numero di episodi di aggressione e isolamento è stato confrontato con due reparti di controllo in cui la valutazione era basata esclusivamente sul giudizio clinico.</p>	<p>Il numero di episodi aggressivi (riduzione del rischio relativo - 68%, $P < 0,001$) e di pazienti che hanno commesso atti aggressivi (riduzione del rischio relativo $RRR = - 50\%$, $P < 0,05$) e il tempo trascorso in isolamento ($RRR = - 45\%$, $P < 0,05$) erano significativamente e più bassi nei reparti sperimentali</p>

				<p>rispetto a quelli di controllo. Non sono diminuiti né il numero degli isolamenti né il numero dei pazienti esposti all'isolamento. L'applicazione di routine di misure strutturate di valutazione del rischio potrebbe aiutare a ridurre gli episodi di aggressione e l'uso della contenzione e dell'isolamento nei reparti psichiatrici.</p>
--	--	--	--	--

Allegato 2. Scala valutazione Historical Clinical Risk Management 20 (HCR-20)

Fattori di rischio storici	Attuali fattori di rischio	Fattori di rischio futuri
H1 Violenza	C1 Intuizione	R1 Servizi e piani professionali
H2 Altro comportamento antisociale	C2 Intenzione o ideazione violenta	R2 Situazione di vita
Relazioni H3	C3 Sintomi di disturbo mentale maggiore	R3 Supporto personale
H4 Occupazione	C4 Instabilità	R4 Risposta al trattamento o alla supervisione
H5 Uso di sostanze	C5 Risposta al trattamento o alla supervisione	R5 stress o coping
H6 Disturbo mentale maggiore		
H7 Disturbo della personalità		
H8 Esperienze traumatiche		
H9 Atteggiamenti violenti		
H10 Risposta al trattamento o alla supervisione		

Allegato 3: SIBAT-Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool

Structure of the SIBAT rating scale

Module 1

- Only completed on first administration of scale
- Assesses static risk factors such as:
 - Demographics
 - History of suicide attempts
 - Family history of suicide attempts
 - History of abuse
- Categorical, unscored responses

Module 2

- Assesses risk/protective factors such as:
 - Mood
 - Anxiety
 - Hopelessness
 - Substance use
- 6-point Likert scales

Module 3

- Assesses thoughts related to factors associated with suicide risk such as:
 - Thoughts of dying
 - Reasons for living
 - Hope for the future
- 6-point Likert scales

Module 4

- Assesses suicidal behaviours occurring since last administration
- Uses questions that are present in Module 1
- Not used in this study due to the single administration of the measure

Module 5

- Directly assesses desire to die, suicidal intent, thoughts and likelihood of committing suicide
- 5-point Likert scales

Allegato 4: La versione italiana della Nurses' Global Assessment Suicide Risk
(NGASRita)

Item	Score
1. Presenza/impatto della mancanza di speranza	3
2. Evento stressante recente, per esempio perdita del lavoro, preoccupazioni finanziarie, pendenze giudiziarie	1
3. Allucinazioni uditive/convinzioni persecutorie	1
4. Evidenza di depressione/perdita d'interesse o perdita di piacere	3
5. Ritiro sociale	1
6. Verbalizzazione di intenzionalità suicidaria	1
7. Evidenza di una progettualità suicidaria	3
8. Storia familiare di disturbi psichiatrici gravi o di suicidio	1
9. Lutto recente o interruzione di relazioni affettive	3
10. Anamnesi positiva per disturbi psicotici	1
11. Vedova/vedovo	1
12. Pregresso tentativo di suicidio	3

13. Storia di privazioni socio-economiche	1
14. Storia di alcolismo e/o abuso di alcool	1
15. Presenza di malattia terminale	1
<p>Livello di rischio:</p> <p>≤ 5 livello 4 - livello di rischio basso</p> <p>6 <score≤8 livello 3 - livello di rischio medio</p> <p>9 <score≤11 livello 2 - livello di rischio alto</p> <p> score ≥12 livello 1 - livello di rischio molto alto</p>	

Allegato 5: Violence risk -10 (V-RISK-10).

- 1: violenza precedente e/o attuale;
- 2: minacce precedenti e/o attuali (verbali/fisiche);
- 3: abuso di sostanze stupefacenti pregresso e/o attuale;
- 4: malattia mentale grave pregressa e/o attuale;
- 5: disturbo della personalità;
- 6: mancanza di comprensione della malattia e/o del comportamento;
- 7: sospettosità;
- 8: mancanza di empatia;
- 9: pianificazione irrealistica;
- 10: esposizione a future situazioni di stress.

Al singolo item viene assegnato un punteggio su una scala a 3 punti:

- 0 = no: la voce sicuramente non è applicabile;
- 1 = forse/moderato: l'elemento è possibilmente o in misura limitata presente;
- 2 = sì: l'oggetto è sicuramente presente

Allegato 6. Scala di valutazione ROVA

Risk of Violence Assessment (ROVA) Scale

Psychiatric Emergency Room Admission Date (mm/dd/yy): __/__/__

Patient, last name: _____ Patient ID # _____

Instructions: Circle each Yes/No item (1) or (0)

Add all subtotals for total score

Axis I: Clinical Predictors

PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

Dementia	(1) Yes	(0) No
Mood Disorder (with or without depressive symptoms)	(1) Yes	(0) No
Schizophrenia (with or without psychotic symptoms)	(1) Yes	(0) No

ALCOHOL (ETOH) ABUSE* at admission or last 30 days BAL** in PER (if performed) _____	(1) Yes	(0) No
---	---------	--------

* ETOH abuse: >2 oz hard liquor or >2 beers or >2 glasses of wine in 24 hours or binges.

** BAL: Blood Alcohol Level

Drug Abuse other than alcohol POSITIVE DRUG Screen at admission or within last 30 days	(1) Yes	(0) No
---	---------	--------

Subtotal: Axis-I Score _____

Axis II: Personality Disorder

PERSONALITY DISORDER	(1) Yes	(0) No
----------------------	---------	--------

Subtotal: Axis-II Score _____

Axis IV: Psychosocial and Environmental Problems and Contributory Stressors

LEGAL ISSUES at admission Pending court date or court-ordered admission PEC* Involuntary admission * PEC: Physician Emergency Certificate On probation or has a probation officer On parole or has a parole officer	(1) Yes	(0) No
--	---------	--------

NONCOMPLIANT OUTPATIENT TREATMENT for 10 CONSECUTIVE WEEKS Scheduled Psychiatric Outpatient Treatment Scheduled Mental Hygiene Clinic Community Services (Case Management and/or other Health Agency)	(1) Yes	(0) No
--	---------	--------

SELF-HARM RISK Active suicidal attempt Active suicidal ideation Active suicidal plan Active self-harm Past self-harm Past suicide attempt	(1) Yes	(0) No
---	---------	--------

ASSAULT RISK to OTHER PERSON or PROPERTY Past assault Altercation: Heated argument/threat, quarrel, or confrontation Assault: Physical harm to other person or property – includes homicidal Wearing weapon/weapon in vehicle/owns weapon	(1) Yes	(0) No
---	---------	--------

JOBLESS, NON-VOLUNTEER, and/or

NO OTHER WORK PROGRAM

HOMELESS

PRE-ADMISSION: UNRELIABLE SUPPORT SYSTEM*

(1) Yes

(0) No

(1) Yes

(0) No

(1) Yes

(0) No

*Intact/Reliable: Face-to-face or phone contact between patient and a family member, friend, or contact at least every 24 hours.

Subtotal: Axis-IV Score _____

ROVA Scale: Risk Assessment and Intervention

Axis-I score _____

Axis-II score _____

Axis-IV score _____

TOTAL SCORE: _____

Complete steps 1-5

1. Total risk score for violence (circle)

Low = 1-2 risks

Medium = 3 risks

High = 4 or more risks

2. Additional high risk factors for violence include past history or current:

Dementia

Assault, to person or property

Self-harm

Possession of weapon(s)

3. Review findings with the admitting clinician and multidisciplinary team members.

4. Implement plan of care established by admitting clinician and multidisciplinary team.

5. Document findings and plan of care in the electronic progress note.