



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea Triennale in Infermieristica

Tesi di Laurea
**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PAZIENTE A
RISCHIO SUICIDARIO.**

Relatore: Dott. MANNA TIZIANA

Laureanda: ZENNARO VALENTINA
(Matricola: 2014137)

Anno Accademico: 2022/2023

ABSTRACT

Problema: il suicidio e il rischio di suicidio sono problemi attuali, che possono accadere in qualsiasi momento, sia all'interno di un contesto ospedaliero sia a domicilio. L'obiettivo di questa tesi è di definire come l'infermiere possa evitare che l'atto suicidario venga portato a termine.

Materiali e metodi: è stata effettuata una revisione della letteratura, analizzando in particolare: le linee guida pubblicate dal Ministero della Salute ("La Raccomandazione numero 4 del marzo 2008), per definire il ruolo dell'infermiere e gli interventi che potrebbe attuare; il Manuale MSD per professionisti, per ricavare le informazioni, definizioni e trattamenti delle varie malattie e disturbi psichiatrici.

Risultati: il rischio suicidario, purtroppo, è un problema costante. L'infermiere ha un ruolo fondamentale in quanto è l'operatore che trascorre più tempo con il malato. Se riesce ad instaurare una buona relazione con lui vi è la possibilità che il paziente, sentendosi accudito e accettato, rivaluti la sua scelta (di togliersi la vita) e scelga di continuare a vivere.

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO PRIMO	5
1.1 Definizione di suicidio	5
1.2 Tipologie di suicidio	5
1.3 Fattori di rischio	6
1.4 Il suicidio secondo Emile Durkheim	7
1.5 Incidenza tra sesso maschile e femminile	9
1.6 I segni e i sintomi	11
CAPITOLO SECONDO	13
2.1 il suicidio e il rapporto con le malattie psichiatriche	13
2.2 Suicidio e depressione	14
2.3 Disturbi dell'umore e suicidio	16
2.4 La schizofrenia e il suicidio	17
2.5 Disturbo d'ansia e suicidio	18
2.6 La terapia farmacologica	19
CAPITOLO TERZO	21
3.1 Valutazione del rischio suicidario	21
3.2 La relazione terapeutica	23
3.3 Il ruolo dell'infermiere nei diversi contesti	26
CONCLUSIONI	29
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	31
ALLEGATO 1	33
ALLEGATO 2	35

INTRODUZIONE

Ogni anno nel mondo più di 800.000 persone cercano di suicidarsi. Uno studio stima che per ogni persona che si suicida, almeno 20 lo tentano (World Health Organization, 2014).

Secondo il Codice Deontologico dell'Infermiere, l'infermiere ha quattro differenti responsabilità:

1. Promozione della salute;
2. Prevenzione della malattia;
3. Ristabilizzazione della salute;
4. Alleviare la sofferenza.

Il Codice Deontologico afferma anche che le principali funzioni dell'infermiere sono:

1. Prevenzione della malattia e l'educazione sanitaria;
2. Assistenza dei malati e dei disabili.

Il ruolo infermieristico è importante in quanto è la prima persona che si interfaccia con il paziente e ha possibilità di instaurare fin da subito una relazione terapeutica. L'infermiere è la persona con cui il paziente riesce ad esprimere i suoi pensieri e bisogni in maniera "libera" poiché non si sente giudicato. L'operatore quindi deve essere in grado di porsi ed instaurare una relazione di aiuto al fine di raccogliere tutti i dati significativi per descrivere l'evoluzione della patologia e dello stato mentale di quest'ultimo.

In ambito psichiatrico il ruolo dell'infermiere risulta di fondamentale importanza in quanto il paziente trascorre la maggior parte del suo tempo insieme al professionista, il quale si deve rivelare una persona empatica, che trasmette fiducia e che sia in grado di aiutare in caso di bisogno.

Questa tesi si pone l'obiettivo di spiegare l'importanza dell'infermiere in psichiatria, nel caso specifico di un paziente a rischio suicidario. Con questa ricerca si cerca di spiegare come l'infermiere riesce a cogliere quei segni e sintomi specifici di un paziente che elabora di togliersi la vita, come l'infermiere riesce a relazionarsi con lui, che tipo di relazione deve esserci tra paziente e operatore sanitario.

Nel primo capitolo di questa tesi sarà trattato l'argomento suicidio con la sua definizione, le tipologie di suicidio con un riferimento al sociologo Emile Durkheim, i fattori di rischio e l'incidenza. Nel secondo capitolo saranno trattate tutte le malattie psichiatriche che influenzano il suicidio e infine ci sarà un

accenno alla terapia farmacologica. Nel terzo capitolo si parlerà del ruolo dell'infermiere con il paziente nei diversi contesti terapeutici, e della relazione terapeutica con il malato.

La motivazione che mi ha spinto a scegliere ed affrontare questo argomento è che la mente umana mi ha sempre affascinata, nello specifico capire e comprendere le motivazioni e le idee che spingono le persone a decidere di porre fine alla propria vita, ma soprattutto se questo evento si poteva prevedere e di conseguenza evitare. Tendenzialmente questo argomento nonostante sia molto attuale e frequente, si tende ad evitare oppure a volte si occulta. Davanti a questi eventi mi sono sempre chiesta: quale è il reale motivo che ha spinto la persona a compiere un atto così estremo?; come mai nessuno si era mai accorto che quella persona stava vivendo un periodo di difficoltà e quindi non ha mai cercato di aiutarla?; è successo perché la persona si sentiva sola?; il suicidio, è stata la scelta giusta dopo aver effettuato un bilancio della propria vita?; si sentiva minacciata da qualcuno?; se succedesse qualcosa di simile all'interno della mia famiglia o tra i miei amici, quale sarebbe la mia reazione?. Tutti questi quesiti mi hanno spinto ad approfondire la mia curiosità e a svolgere la mia tesi; in quanto futura infermiera vorrei essere in grado di prevedere e in qualche modo di acquisire quella sorta di "sesto senso" che spero mi permetta di aiutare chi ha bisogno e di far in modo che l'atto estremo sia evitato.

CAPITOLO PRIMO

1.1 Definizione di suicidio

“Il suicidio è la morte causata da un atto di autolesionismo che ha come obiettivo di essere letale. Il comportamento suicida comprende uno spettro di comportamenti che vanno dal tentativo di suicidio e da comportamenti propedeutici al suicidio completato” (1).

Prima di giungere all'atto suicida, il soggetto elabora l'idea che viene definita come “ideazione suicidaria”. Essa comprende tutti i pensieri, le considerazioni e le pianificazioni del suicidio che celano la sofferenza personale del soggetto, che vede tale atto come l'unica soluzione al suo profondo disagio.

Il suicidio può essere il risultato di crisi acute (come ad esempio: licenziamento dal lavoro, divorzio, vedovanza) oppure di lunghe e persistenti sofferenze personali (malattie fisiche o mentali). Raramente avviene come reazione d'impulso dopo un'esperienza traumatizzante senza preavviso e meditazione.

Risulta difficile dimostrare le intenzioni delle vittime in quanto il concetto di volontarietà include pensieri, comportamenti e sentimenti inconsciamente motivati non valutabili dopo la morte.

1.2 Tipologie di suicidio

Esistono diversi tipi di evenienze: suicidio riuscito, mancato suicidio e tentato suicidio. Con il secondo citato si intende la mancata conclusione di un atto dotato di marcata intenzionalità auto-soppressiva del soggetto. La sopravvivenza è dovuta al caso. Con il tentato suicidio, invece, si verificano un determinato numero di atti caratterizzato da una modesta intenzionalità (o anche dubbia) e da una forte ambivalenza tra il vivere e il morire: non esita in morte.

“Autolesionismo non suicidario e autolesionismo sono definiti come il ferirsi deliberatamente senza intento suicidario; l'auto-taglio è la forma più comune,

ma le ustioni, i graffi, i colpi e l'impedire intenzionalmente la guarigione delle ferite sono altre forme. Anche se il comportamento in sé è senza intento suicidario, le persone che hanno un pattern di autolesionismo non suicidario hanno mostrato di essere a rischio più alto di suicidio nel lungo termine". (2).

Un'altra categoria di suicidio da considerare può essere quella che riguarda maggiormente i giovani, ovvero i suicidi d'impulso. Questi ultimi sono causati da crisi acute, che vedono come unica soluzione quella di togliersi la vita senza elaborare delle riflessioni profonde ed evitando di dare dei segnali premonitori. La strategia adottata è quella di attuare tutto nel minor tempo possibile per evitare di avere dubbi e ripensamenti, e per fare in modo che terze persone non riescano ad intervenire.

Negli ultimi anni, con la diffusione dei social media, questo fenomeno si è sviluppato ancora di più sottoforma di "challenge" ovvero una sfida, che nasce con intenti diabolici e masochistici, che riguarda perlopiù adolescenti tra i 10 e i 14 anni. Proprio i soggetti più fragili e più facili da "catturare" che grazie ai like dei social cercano di sentirsi soddisfatti e appagati dalla vita.

1.3 Fattori di rischio

Il suicidio può essere determinato anche da alcuni fattori di rischio individuali e ambientali, come ad esempio: tentativi di suicidio precedenti, malattie oncologiche, malattie mentali, alcolismo, perdita del lavoro, disoccupazione o difficoltà finanziarie, solitudine, rottura di una relazione amorosa, esperienze traumatiche o maltrattamenti, esperienze migratorie stressanti, guerra, accesso a mezzi letali, difficoltà di accesso sanitaria. Spesso i fattori di rischio sono correlati o si sommano tra di loro portando il soggetto ad un comportamento suicidario. Oltre ai fattori di rischio esistono anche dei fattori di protezione che aiutano il soggetto a non compiere l'atto suicida; alcuni fattori di protezione possono essere ad esempio la fiducia in sé stessi, le relazioni costruttive, la fede, le prospettive personali e professionali.

La maggior parte delle volte il suicidio è preceduto da segni premonitori, verbali o comportamentali; anche se talvolta non si verificano, come nei suicidi

d'impulso citati in precedenza. Si possono avere come segni premonitori i seguenti: cambiare le abitudini di vita, come ad esempio smettere di frequentare gli amici o di svolgere delle attività abituali; parlare di suicidio esprimendo anche l'idea di morire; regalare i propri effetti personali; parlare e affrontare il tema della morte; la disperazione; cercare dei metodi e dei mezzi per togliersi la vita; i comportamenti a rischio; cambiamenti nel comportamento; possedere una bassa autostima e una spiccata permalosità; cambiamenti fisici; un'improvvisa calma e serenità dopo una fase di sofferenza.

La componente genetica, si pensava, fosse determinante per compiere il suicidio, invece alcuni studi hanno dimostrato che non ha alcuna influenza, ma si è scoperto che alcuni neurotrasmettitori possono influenzare la persona al comportamento suicidario; nello specifico parliamo del sistema serotoninergico, poiché coinvolti nel ruolo delle emozioni e del comportamento. *“La ricerca ha suggerito che più geni correlati al sistema della serotonina, inclusi il recettore SLC6A4, il recettore 5-HT1A (5HTR1A), il recettore 5-HT1B (5HTR1B) e il recettore 5-HT2A (5HTR2A), potrebbero essere coinvolti nello sviluppo della depressione maggiore e l'esacerbazione del comportamento suicidario. Inoltre, i geni che codificano per enzimi coinvolti nella produzione e nel metabolismo della serotonina hanno forti implicazioni nella ricerca sul suicidio. Sia il triptofano idrossilasi (TPH), l'enzima limitante la velocità nella sintesi della serotonina, sia la monoamminoossidasi A (MAOA) sono implicate nell'impulsività, nell'aggressività e nel comportamento suicidario.”* (3).

1.4 Il suicidio secondo Emile Durkheim

Il sociologo e filosofo francese Emile Durkheim è stato il primo tra tutti ad aver studiato il suicidio. Nel 1897 l'autore pubblica un saggio intitolato “Il suicidio” in cui inizialmente riprende i principi metodologici che aveva definito nel saggio

precedente, "Le regole del metodo sociologico", per poi sostenere l'idea che il suicidio non sia causato solo da ragioni intime e psicologiche, ma possa essere considerato anche come un atto sociale, che esercita sui soggetti un potere coercitivo ed esterno, e in quanto tale può essere analizzato dalla sociologia. L'autore francese era un collettivista metodologico; tale corrente afferma che le azioni di un singolo individuo sono influenzate e spiegate dall'influenza dei fenomeni sociali. Durkheim sostiene che il modo in cui funziona la società, o come le persone sono integrate con l'ambiente circostante, influenza il tasso di suicidio e non le caratteristiche individuali del singolo.

In questo saggio definisce il significato della parola suicidio con: *"dicesi suicidio ogni caso di morte direttamente o indirettamente risultante da un atto positivo o negativo compiuto dalla stessa vittima pienamente consapevole di produrre questo risultato. Il tentativo di suicidio è l'atto così definito ma arrestato prima che ne risulti la morte."*

Il sociologo, dopo una serie di studi e ricerche con dati statistici, osserva che i suicidi variano in senso inverso con il grado di integrazione nel gruppo familiare, nel gruppo religioso e nel gruppo politico.

Da questo studio Durkheim distingue quattro tipi di suicidi:

- Il suicidio egoistico: deriva da un eccessivo individualismo per il quale sembra venir meno il controllo della società sul soggetto, che perde il senso di appartenenza alla comunità. Ciò significa che il gruppo in qualche modo proibisce all'individuo di essere chiuso in sé stesso. In un gruppo si condividono emozioni, pensieri, preoccupazioni e se richiesto si può ottenere anche del sostegno morale. Questo permette al singolo di avere coraggio per affrontare la vita e i suoi problemi. L'integrazione troppo bassa nelle comunità sociali fa sì che le persone perdano il loro sé sociale e la vitalità dell'esistenza. Questo può portare ad un suicidio egoistico.
- Suicidio altruistico: determinato da fattori ideologico-culturali. Avviene quando si verifica un eccessivo coinvolgimento sociale ed una

esasperata identificazione con il gruppo di appartenenza che lo portano a sentirsi in obbligo nei confronti degli altri (come per esempio soldati e martiri).

- Suicidio anomico: assomiglia al suicidio egoistico ma è causato dal fatto che le persone sono meno socialmente regolate; avviene quando c'è alterazione dei legami con la società, presenza di gravi crisi politico-economiche o improvvisi sviluppi di benessere che determinano una perdita dei sistemi di valori, regole e discipline.
- Suicidio fatalistico, dovuto ad un'esagerata pressione di regole e norme che l'individuo non è in grado di sostenere, quindi cerca di evadere da una situazione insopportabile.

1.5 Incidenza tra sesso maschile e femminile

Il suicidio può essere influenzato anche da fattori di rischio come ad esempio: il sesso maschile o femminile, le donne tentano di più l'atto suicidario, mentre gli uomini riescono ad attuarlo maggiormente. Secondo le stime dell'OMS, pubblicate nell'aprile del 2019 nel rapporto "World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals" nel suolo italiano si registrano ogni anno circa 4000 decessi per suicidio. Un'indagine ISTAT dimostra che in Italia nel 2016 si sono tolte la vita 3780 persone, il 78,8% di queste erano maschi. Gli atti suicidari si verificano maggiormente nelle zone del nord-est dell'Italia che rispetto il sud indipendentemente dal sesso maschile o femminile.

Secondo un'indagine ISTAT, effettuata in un lasso di tempo di tre anni tra il 2011 e il 2013, si è verificato che in 737 suicidi si è certificata la presenza di malattie fisiche rilevanti; tra questi, 288 sono affetti anche da malattia mentale in particolare la depressione. Altri 1664 invece sono affetti solo da malattie mentali come ansia e depressione. Nelle donne si diffonde maggiormente questo fenomeno legato a malattie mentali, soprattutto nella fascia di età tra i 35-64 anni (ovvero il 23% rispetto il 12% degli uomini) e in quella oltre i 65 anni (20% rispetto il 10% degli uomini). Se invece trattiamo delle malattie fisiche che influenzano l'atto suicidario, la differenza tra uomini e donne si assottiglia.

Questa indagine inoltre ha dimostrato che circa la metà dei suicidi avviene in casa, soprattutto se i soggetti sono affetti da malattie mentali; se invece sono presenti malattie fisiche quasi il 30% dei suicidi avviene negli istituti di cura. Da questa indagine si può evidenziare che altri fattori di rischio sono le malattie psichiatriche e la presenza di malattie fisiche (per esempio malattie croniche, patologie acute gravi, sindromi cerebrali organiche con confusione mentale).

Come malattie psichiatriche maggiormente influenti ci sono la depressione e la schizofrenia, ma anche disturbi di personalità, ansie e fobie.

Altri fattori di rischio possono essere la solitudine; recenti e drastici cambiamenti di vita o eventi stressanti o lutti importanti legati alla perdita di persone care o alla propria funzione sociale e relazionale e alla propria autonomia; storie di trattamento psichiatrico o ospedalizzazione psichiatrica; abuso di alcool e sostanze. La maggior parte delle volte l'atto suicidario è compiuto sotto l'effetto dell'alcol, in quanto quest'ultimo riduce l'autocontrollo e aumenta l'impulsività; i soggetti che abusano di alcol sono maggiormente a rischio suicidario perché dopo un'ubriacatura, l'alcol fa affiorare tutti i sensi di colpa e i rimorsi. L'ideazione suicidaria e di conseguenza l'atto avviene nelle fasi finali dell'alcolismo, spesso in concomitanza con l'emarginazione sociale e conseguentemente con la rottura dei rapporti interpersonali e l'insorgenza di una malattia. Altri fattori di rischio possono essere come storia di familiarità per suicidi; antecedenti tentativi di suicidio e comportamenti autolesivi; atteggiamento favorevole al suicidio; bassa classe sociale; post-partum.

Come citato in precedenza, *“un altro fattore importante associato al suicidio completato sono i tentativi precedenti, poiché gli individui con una storia di tentativi di suicidio hanno un rischio da cinque a sei volte maggiore di riprovare. Gli studi hanno mostrato un'incidenza stimata di tentativi ripetuti del 16,3% a un anno, del 16,8% a due anni e del 22,4% a cinque anni, e di suicidio dell'1,6% a un anno, 2,1% a due anni, 3,9% a cinque anni e 4,2% a dieci anni. Si stima che le persone che hanno effettuato un precedente tentativo di*

suicidio abbiano 66 volte più probabilità di portare a termine il suicidio rispetto alle persone senza tale storia” (4)

La scelta della modalità dipende spesso dai fattori culturali e dalla disponibilità dei mezzi per commettere l'atto suicidario. Alcuni metodi (come ad esempio gettarsi da un edificio alto) rendono quasi impossibile la sopravvivenza, invece altri (come l'overdose da farmaci) rendono più facile il soccorso. Nonostante ciò, anche se un metodo si rivela non “efficace”, non deve essere sottovalutata la serietà dell'intento che potrebbe essere stata pari a quella in cui l'atto suicidario si è compiuto. Nei tentati suicidi i metodi più gettonati sono l'overdose da farmaci e l'avvelenamento; raramente si utilizzano metodi violenti come l'uso di arma da fuoco o l'impiccagione, che risultano letali.

1.6 I segni e i sintomi

Nonostante a volte siano poco evidenti, si possono evidenziare dei segni e sintomi, come: commenti o battute sul suicidio; affermazioni concernenti l'assenza di speranza e di significato o che dimostrino senso di impotenza e inutilità; comportamenti inusuali, come il dono di oggetti cari, saluti particolari, la scrittura di lettere o messaggi ambigui; l'incapacità nella risoluzione dei problemi anche semplici e comuni; atteggiamento di disperazione, rabbia e bassa autostima; percezione che gli eventi siano catastrofici; totale indifferenza davanti ad alcuni fatti; lettura degli eventi come fatti personali; agitazione o rallentamento psicomotorio; alterazioni del ritmo del sonno; scarso controllo degli impulsi; aggressività, anche repressa o autodiretta; ridotta capacità di giudizio; senso di colpa; autolesionismo; perdita di progetti per il futuro; scarso interesse per la cura di se; fantasie di morte sempre più frequenti; cambio di atteggiamento riguardo la religione con un eccessivo interesse o totale disinteresse; accumulo incongruo di farmaci; pensiero sulla necessità di fare testamento, sistemare i propri affari e dichiarare la volontà di donare i propri organi.

Se si sospetta che un soggetto abbia intenzione di suicidarsi la cosa migliore da fare per accertarlo è parlare con lui stesso, poiché discutere sul possibile suicidio non lo rende più probabile. Chi ha la possibilità di manifestare le proprie intenzioni e di discuterle apertamente ha la possibilità di rendersi conto che il suicidio non rappresenta l'unica e la migliore soluzione ai propri problemi. Non tutti i soggetti sono disposti ad ammettere di avere dei pensieri di suicidio o di averlo pianificato, chi è seriamente intenzionato a farlo può non confidarsi con gli altri, per timore che i suoi progetti vengano ostacolati. Quindi il comunicare con gli altri non è rilevante, ma il rischio suicidario è tanto maggiore quanto più avanzata è la sua pianificazione. Il ruolo dell'infermiere è quello di non esprimere giudizi, ma dimostrare empatia dando la possibilità al paziente di parlare in modo aperto e sincero.

CAPITOLO SECONDO

2.1 il suicidio e il rapporto con le malattie psichiatriche

Il suicidio, come detto in precedenza, è risultato della somma di molteplici fattori, che possono essere genetici, ambientali, comportamentali e psicologici. Alcuni studi di autopsia psicologica dimostrano che ogni soggetto che si è tolto la vita, viveva in una condizione di presenza di molteplici fattori di rischio, ma anche nel momento del decesso soffriva di una malattia psichiatrica diagnosticabile.

Alcuni studi dimostrano che le persone che si sono tolte la vita, recentemente avevano avuto diagnosi di malattia mentale; oppure avevano terminato un ricovero da una struttura mentale; ma anche avevano avuto contatto con un medico di base, il quale a volte fraintende i segni e sintomi di una malattia psichiatrica in un anziano perché spesso quest'ultimo tende ad associare il suo disagio psichico attraverso il corpo e i segni e sintomi sono scambiati per una manifestazione di demenza, per effetti collaterali dei farmaci con la sottostima del fenomeno.

“Quasi tutti i disturbi mentali sono associati ad un aumento del rischio di suicidio e il disturbo mentale è un plausibile predittore di suicidio. È stato stimato che circa il 90% dei suicidi nei paesi ad alto reddito sono compiuti da persone con disturbi mentali, suggerendo che la diagnosi psichiatrica ha una sensibilità per il suicidio del 90%. Anche il disturbo mentale è un forte discriminatore del rischio di suicidio. Una meta-analisi ha rilevato che, rispetto alla popolazione generale, quelli con depressione maggiore hanno un rischio di suicidio venti volte maggiore, mentre c'è un rischio di suicidio quindici volte maggiore per il disturbo bipolare, otto volte maggiore per la schizofrenia e sette volte maggiore per i disturbi della personalità. Il valore predittivo positivo associato al suicidio nel corso della vita nei disturbi mentali è tutt'altro che banale, stimato in oltre il 5% per la schizofrenia, il 27-4 % per quelli ricoverati

in ospedale con disturbi affettivi e oltre il 2% per le persone mai ospedalizzate con un disturbo affettivo.” (5)

Quindi, quasi tutte le patologie psichiatriche possono condurre al suicidio con una frequenza variabile, ma in particolare le seguenti sono particolarmente a rischio: disturbi dell'umore (depressivi e bipolari), abuso/dipendenza di sostanze psicoattive; disturbi schizofrenici; disturbi di personalità; disturbi d'ansia.

2.2 Suicidio e depressione

Tra queste sopra elencate, quella maggiormente rilevante è la depressione. La depressione è caratterizzata da abbassamento del tono dell'umore accompagnato da un rallentamento di alcune funzioni cognitive e della psicomotricità. Esistono diversi tipi di depressione:

- Depressione maggiore.
- Depressione reattiva: dovuta ad un evento scatenante, ma l'intensità e la durata sono eccessive.
- Distimia: disturbo depressivo persistente.
- Depressione secondaria: dovuta all'insorgenza di malattie o all'assunzione di farmaci.
- Depressione mascherata: si manifesta con dolore cronico, pseudo-demenza, irritabilità e impulsività.

Negli individui depressi il verificarsi di un evento elencato nel capitolo precedente può costituire un motivo per tentare il suicidio. La probabilità di effettuare un atto estremo aumenta maggiormente se il soggetto soffre anche di ansia intensa, impulsività e abusa di sostanze. I pensieri ricorrenti di morte o di suicidio derivano dalla convinzione che non abbia più senso vivere; Le idee di morte sono intrinseche alla psicopatologia depressiva, caratterizzata da temi di colpa, indegnità, rovina.

il rischio suicidario è maggiore non quando il soggetto attraversa la fase di depressione maggiore, con la manifestazione di tutti i sintomi, poiché non possiede le energie sufficienti per effettuare l'atto; il rischio è alto quando i sintomi depressivi migliorano.

“Nonostante il comportamento suicidario (suicidio e tentativo di suicidio) sia un comportamento umano complesso e multi causale, associato a numerosi fattori di rischio e protettivi, un episodio depressivo maggiore non trattato è il fattore di rischio più importante. Fino al 15% dei pazienti con disturbi dell'umore (depressione maggiore e disturbo bipolare I e II) muore suicida e la metà di essi commette almeno un tentativo di suicidio nel corso della vita. Il comportamento suicidario in pazienti con disturbo dell'umore si manifesta quasi esclusivamente durante un episodio depressivo maggiore acuto e grave, meno frequentemente durante un episodio affettivo misto o in mania disforica, e molto raramente nel corso di mania euforica, ipomania, ed eutimia. Ciò suggerisce che il comportamento suicidario in pazienti con disturbi dell'umore sia un fenomeno stato e gravità dipendente.” (6)

Gli operatori sanitari, con l'obiettivo di identificare i pazienti a rischio suicidario, dovrebbero saper cogliere i fattori di rischio suicidario che dipendono sia dalla malattia sia dalla struttura di personalità. Ai fattori di rischio si possono aggiungere anche dei fattori precipitanti che aumentano la probabilità che il soggetto compia l'atto.

Il comportamento suicidario si verifica raramente in assenza dei disturbi mentali concomitanti, anche se non è la conseguenza di questi. È un comportamento complesso multi causale, che comprende caratteristiche personali, psicosociali e culturali fondamentali per il riconoscimento dei processi suicidari, ma anche nel riconoscimento e nella gestione del rischio suicidario.

Il suicidio compiuto e il tentativo di suicidio sono due fenomeni differenti ma che si sovrappongono e influenzano a vicenda: quasi un terzo di quelli che si sono uccisi hanno precedentemente tentato; il primo tentativo di suicidio aumenta in maniera esponenziale il rischio di suicidio futuro.

2.3 Disturbi dell'umore e suicidio

Anche i disturbi dell'umore possono condurre a suicidio in quanto includono la depressione. Nello specifico i disturbi dell'umore sono una serie di patologie che si ripetono nel corso della vita, in maniera ciclica, e che come principale sintomo presentano appunto l'alterazione dell'umore: si manifestano con episodi depressivi maggiori, maniacali, misti o ipomaniacali. Generalmente questi disturbi si verificano più frequentemente nelle femmine che nei maschi.

La probabilità di compiere l'atto suicidario avviene nel momento in cui si affronta la fase depressiva in quanto nella fase maniacale, di euforia, i soggetti si sentono efficaci, instancabili, geniali, energici; quando si passa nella fase depressiva, che comporta astenia, abulia e tristezza l'individuo percepisce la discrepanza con la fase precedente e si sente inutile, provando colpa per la mancanza di motivazione e di interesse, cadendo nell'immobilismo totale e l'unico rimedio per far fronte a questo di senso di inutilità è il suicidio.

L'impulsività e l'aggressività possono aumentare il rischio suicidario essendo fortemente correlati alla perdita di speranza e al pessimismo; infatti i soggetti con bipolarismo non riescono a tollerare la frustrazione e reagiscono in maniera impetuosa allo stress, portandoli a autolesionismo o a comportamenti aggressivi.

Per diminuire la probabilità di suicidio nei pazienti bipolari e depressi si ricorre alla terapia farmacologica in acuto e a lungo termine che conduce ad un drastico abbassamento di tutte le forme di comportamento suicidario. La terapia anti-depressiva diminuisce, quasi eliminando il comportamento suicidario; ma a volte può indurre l'effetto contrario, aumentando la malattia depressiva maggiormente e di conseguenza aumentare la suicidalità. Quindi la farmacoterapia è un metodo necessario per ridurre il comportamento suicidario, ma non sufficiente.

2.4 La schizofrenia e il suicidio

“La schizofrenia è una malattia mentale caratterizzata da: psicosi, allucinazioni, deliri, linguaggio e comportamento disorganizzato, appiattimento dell’affettività, deficit cognitivo e malfunzionamento occupazionale e sociale.”
(7).

I suoi sintomi si dividono in tre grosse categorie:

- Distorsione della realtà: comprende allucinazioni, deliri, disturbi formali del pensiero e comportamenti bizzarri;
- Impoverimento affettivo: impoverimento affettivo, abulia, apatia, alogia;
- Deficit neuropsicologici: deficit delle funzioni esecutive e perdita di attenzione.

Questa malattia non sembra prediligere un sesso, ma si nota che nei maschi l’età di esordio è più precoce (15-24 anni) rispetto alle femmine (25-35 anni). Nonostante ciò sono più i maschi a commettere l’atto autolesivo. Generalmente l’età media dei suicidi avviene tra 28 e 33 anni, in concomitanza con l’esordio della malattia; con il passare del tempo il rischio suicidio diminuisce drasticamente.

La possibilità di mortalità nei soggetti schizofrenici è molto alta, rispetto ai soggetti che non soffrono di tale patologia, ed il suicidio risulta la scelta maggiormente attuata. È calcolato che tra il 4,9% e il 10% degli schizofrenici morirà di suicidio; mentre il 40/50% lo tenterà. Il 40% dei suicidi viene programmato e il restante 60% sviluppa l’ideazione suicidaria; la maggior parte delle persone prima di compiere l’atto comunica a qualcuno le proprie intenzioni.

Moltissimi studi affermano che il rischio di suicidarsi sia maggiore quando i sintomi non sono accentuati, ovvero quando si passa dalla fase psicotica alla fase depressiva. In questo momento l’individuo si trova nella condizione di calma in può riflettere e farsi un resoconto della sua vita; da ciò può derivare

un senso di angoscia che porta a disperazione e perdita di speranza che lo può condurre a togliersi la vita, generalmente in maniera molto violenta. Le persone più a rischio, quindi, sono i maschi, coloro che hanno una buona istruzione e capacità critica di sé stessi quindi sono dotati di capacità di comprendere la malattia e ciò che ne deriva.

Questo però non esclude il fatto che nella fase psicotica i pazienti non tentino di suicidarsi. Ciò accade perché nella fase psicotica il soggetto soffre di allucinazioni, che possono ordinarlo di togliersi la vita, e di deliri, a volte capita che i soggetti si uccidano per fuggire ad un delirio che li perseguita.

I periodi dove il rischio di suicidarsi è maggiore avvengono quando si transita nella fase depressiva, come detto in precedenza; immediatamente dopo la dimissione dalla struttura psichiatrica (i tre mesi successivi alla dimissione sono i più rischiosi); dopo la prima diagnosi di malattia.

2.5 Disturbo d'ansia e suicidio

Un'ulteriore malattia psichiatrica che può portare a rischio suicidio è il disturbo d'ansia, stato mentale caratterizzato da paura e ansia anormale o patologica che frequentemente è accompagnata da manifestazioni psicosomatiche che creano disagio all'individuo che ne soffre. Secondo i sistemi nosografici, come ad esempio "Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", noto con la sigla "DSM", e la "Classificazione ICD" (ICD indica "International Statistical Classification of Diseases") i più comuni disturbi d'ansia sono:

- Il disturbo d'ansia generalizzato (DAG).
- Il disturbo di panico (DP).
- L'ipocondria.
- La fobia sociale.
- La fobia specifica.
- Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

- Il disturbo post traumatico da stress.

Questa tipologia di disturbi colpisce maggiormente le donne rispetto che gli uomini; e nella maggior parte dei casi i disturbi d'ansia sono associati ad altri disturbi come ad esempio i disturbi dell'umore e all'abuso/dipendenza di alcool o di sostanze stupefacenti.

Non è ancora chiaro se questo tipo di disturbo sia un fattore di rischio vero e proprio o se debba essere considerato solo in presenza di altre malattie psichiatriche.

2.6 La terapia farmacologica

Tutte queste malattie psichiatriche trovano sollievo soprattutto grazie alla terapia farmacologica. I farmaci utilizzati, appunto, si pongono l'obiettivo di ridurre i segni e sintomi delle malattie mentali; anche se alcuni di essi aumentano in maniera significativa il rischio di suicidio, come ad esempio:

- Ansiolitici benzodiazepinici (alprazolam e diazepam);
- La combinazione oppioide-analgescico oppure oppioide-antistaminico;
- La combinazione barbiturico-stimolante;
- I miorilassanti;
- Il corticosteroide prednisone;
- La prometazina;
- L'antibiotico azitromicina;

al contrario ci sono alcuni farmaci che sono associati ad una drastica riduzione del rischio suicidario come:

- Antidepressivi: utilizzati soprattutto per la cura della depressione; ma sono usati anche per la cura di attacchi di panico, dolore neuropatico e stati ossessivi compulsivi.
- Antipsicotici: utilizzati principalmente per la cura della schizofrenia, in particolar modo per la cura dei sintomi positivi della malattia.
- Stabilizzanti dell'umore.

“Purtroppo, le prove delle proprietà di prevenzione del suicidio delle terapie psicologiche e dei trattamenti medico-psichiatrici sono meno forti di quanto si possa generalmente credere. Recenti meta-analisi sulla mortalità negli studi sugli antidepressivi comunemente prescritti non sono riuscite a dimostrare un effetto protettivo contro il suicidio. Allo stesso modo ci sono poche prove degli effetti di riduzione del suicidio degli antipsicotici o della terapia elettroconvulsivante. Esistono prove che la clozapina può ridurre il rischio di suicidio nella schizofrenia e che il litio è protettivo contro il suicidio nei principali disturbi dell'umore, ma è dubbio che la prevenzione del suicidio offerta da questi trattamenti possa da sola giustificare i loro gravi effetti collaterali. Questo non vuol dire che antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore non dovrebbero essere prescritti ai pazienti con tendenze suicide, ma i benefici di un farmaco e la sua efficacia nella prevenzione del suicidio non sono sempre strettamente correlati. I sintomi della depressione, della schizofrenia e dei disturbi bipolari sono spesso ben controllati da questi farmaci e la loro prescrizione è facilmente giustificata, indipendentemente da qualsiasi percezione del rischio di suicidio. Inoltre, alcuni trattamenti per i disturbi mentali vengono utilizzati in modo etico anche se aumentano il rischio di suicidio. Le benzodiazepine rappresentano un trattamento basato sull'evidenza per l'astinenza da alcol e alcuni stati di ansia, ma sono associate ad un aumento del rischio di suicidio, probabilmente a causa dei loro effetti disinibitori e della tossicità in caso di sovradosaggio.” (8)

CAPITOLO TERZO

3.1 Valutazione del rischio suicidario

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento rilevante che si verifica non in maniera sporadica. È pertanto necessario che gli ospedali, e di conseguenza tutto il personale medico e infermieristico, adottino misure idonee per la prevenzione. A tal riguardo il ministero della salute, nel marzo 2008 ha pubblicato una serie di Raccomandazioni (*“Raccomandazione n.4, marzo 2008”*). La letteratura nazionale ha evidenziato determinati fattori di rischio e ha definito alcuni aspetti su cui è possibile lavorare per evitare che si verifichi l’atto suicidario:

- Valutazione del paziente.
- Profili assistenziali per i pazienti che hanno già tentato il suicidio, o che sono a rischio suicidario anche dopo la dimissione dall’ospedale.
- Rivalutazione giornaliera del rischio.
- Adeguata formazione del personale ospedaliero.
- Idoneità ambientale e strutturale.

Si deve sottolineare che il suicidio è un fenomeno che colpisce qualsiasi individuo, non solo quelli ricoverati in ospedale. In ospedale i suicidi possono avvenire in tutti i reparti, ma soprattutto nei UO di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), Ostetricia e Ginecologia, Oncologia e nell’Area di Emergenza; da non sottovalutare gli spazi comuni come le scale, le terrazze e i vani di servizio.

L’infermiere deve effettuare una efficace e appropriata presa in carico del paziente attraverso l’anamnesi, che se svolta in maniera dettagliata è uno strumento per identificare i fattori di rischio e di valutarli nel tempo. L’anamnesi è la raccolta dei dati e di informazioni del paziente utili per definire la diagnosi. È fondamentale effettuarla in un luogo tranquillo e preferibilmente in assenza di spettatori per promuovere e conquistare la fiducia del paziente nei confronti dell’infermiere stesso. Quest’ultimo si deve porre con un atteggiamento non

giudicante ma bensì realistico e con un ascolto attivo. È inoltre consigliato effettuare un'anamnesi familiare per avere maggiore chiarezza sul quadro clinico del paziente.

La valutazione del rischio suicidario si basa su:

- La storia personale del paziente: è possibile attraverso l'anamnesi, diagnosi cliniche, esame obiettivo, valutazione psicosociale, dando particolare importanza a eventi o atti autolesivi, suicidio di un familiare, eventi negativi recenti, storie di abusi o di maltrattamenti...
- Analisi delle caratteristiche fisiche e culturali: come ad esempio età, sesso (se maschile è maggiormente a rischio), condizione sociale (se isolamento) e reddito.
- Accertamento delle condizioni cliniche: da porre particolare attenzione alle malattie psichiatriche (come ad esempio: depressione, schizofrenia, disturbi della personalità...), alla dipendenza da alcol o a sostanze stupefacenti, patologie croniche.
- Esame obiettivo ovvero una valutazione obiettiva da parte dell'infermiere sulle condizioni cliniche del paziente.
Effettuare gli esami ematochimici, soprattutto quelli dell'alcolemia, verificare se il soggetto è in fase di dipendenza o di astinenza; controllare la presenza di cicatrici che rimandano ad atti autolesionistici.
- Raccolta di segni e sintomi propri dei soggetti a rischio suicidario: parlare o fare battute sul suicidio; evidenziare il fatto che una determinata situazione sia irrisolvibile e quindi non ha senso continuare a vivere, dono di oggetti; indifferenza, chiusura in sé stessi ecc.

3.2 La relazione terapeutica

“Prendersi cura di pazienti con comportamenti suicidari è uno dei compiti più impegnativi per gli infermieri di salute mentale nei reparti psichiatrici e prevenire atti suicidari può essere difficile. La prevenzione del suicidio nei servizi di salute mentale implica valutazione del rischio di suicidio che non dovrebbero basarsi solo su fattori di rischio standard, ma anche su segnali di allarme; "cosa sta facendo (segni osservabili) o dicendo (sintomi espressi) il mio paziente che aumenta il suo rischio di morire per suicidio...". Quest'ultimo richiede un maggiore coinvolgimento con il paziente, esplorando aspetti rilevanti per il rischio di suicidio dell'individuo in quel particolare momento. [...] Gli infermieri forniscono la maggior parte dell'assistenza diretta ai pazienti e hanno l'opportunità di identificare i segnali di allarme di suicidio e prevenire comportamenti suicidari. Gli infermieri hanno valutato il rischio di suicidio dei pazienti attraverso l'osservazione vigile, riconoscendo i segnali di allarme, utilizzando le loro capacità di intervistare e raccogliendo informazioni sui segnali di suicidio. Valutare continuamente i pazienti durante la degenza ospedaliera sembra importante per catturare il cambiamento dello stato mentale del paziente.” (9)

L'infermiere deve generalmente adottare delle misure di sicurezza trasversali a tutti i pazienti sia in presenza che in assenza del rischio suicidio, come per esempio considerare il malato come persona malata e non solo la patologia di cui è affetto; salvaguardare la privacy e la dignità del paziente; predisporre un ambiente sicuro, evitando la presenza di oggetti potenzialmente pericolosi e negando l'accesso a luoghi comuni dove non è presente un adeguato sistema di sicurezza; evitare l'accesso libero ai farmaci da parte dei pazienti e controllare che assumano la terapia, non permettendo che accumulino le pastiglie per poi ingerirle tutte in una volta con lo scopo di togliersi la vita.

Nello specifico l'infermiere che lavora in ambito psichiatrico deve essere coinvolto, in piccole proporzioni, al fine di stabilire una relazione tra infermiere e paziente che permetta di partecipare in maniera empatica al processo interattivo con la mente del paziente, con il suo vissuto e con il suo lato

emotivo. Ecco che l'infermiere deve rielaborare i concetti appresi dagli studi e modulare le proprie emozioni per apprendere gli stati d'animo e i desideri del paziente, con il fine di formulare una corretta diagnosi infermieristica e un corretto trattamento. Un altro aspetto fondamentale che l'infermiere deve saper gestire, è quello di collaborare con l'equipe; perché il paziente deve sentire che gli operatori sono uniti nella conduzione del suo programma.

Il piano terapeutico è incentrato sul paziente; per questo motivo l'operatore non deve avere un atteggiamento sostitutivo nei confronti del malato, ma deve essere una figura in grado di aiutarlo. Ciò indica che la figura professionale deve esortare il malato stesso a compiere quelle azioni che quest'ultimo rifiuta di fare.

La relazione terapeutica si instaura tra paziente e il professionista che deve essere in grado di integrarsi nella vita quotidiana del paziente. Deve sapere ascoltare e aiutare il malato promuovendo l'autonomia. Secondo lo psicologo Carl Rogers, la relazione terapeutica è: *“una relazione in cui almeno uno dei protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato. L'altro può essere un individuo o un gruppo”*.

La relazione terapeutica infermiere-paziente risulta complessa per due principali motivi: il primo riguarda la chiusura da parte del paziente stesso che ostacola il raggiungimento degli obiettivi; il secondo invece avviene a causa di un elevato coinvolgimento emotivo da parte dell'operatore sanitario. Per questo motivo si richiede all'infermiere di acquisire capacità e competenze specifiche per poter conoscere le proprie emozioni e di riuscire ad aiutare il paziente con la miglior efficacia. Il coinvolgimento eccessivo può determinare una mancanza di obiettività e una perdita del controllo delle attività professionali.

È necessario che l'infermiere psichiatrico sviluppi la *sensibilità emotiva*, ossia la capacità di riconoscere i sentimenti propri e dei pazienti per saper gestire le emozioni di entrambi, ma anche prevedere le azioni dell'altro e agire nel miglior modo possibile evitando che succeda qualcosa di irreparabile. Per questo

motivo il professionista non deve sottovalutare lo svolgimento delle attività quotidiane che il malato compie, non dando per scontato un comportamento che potrebbe essere fattore di cambiamento e di aggravamento della malattia.

L'operatore deve saper prevenire e gestire alcune condizioni di disagio e di marginalizzazione sociale, poiché potrebbero svilupparsi in situazioni patologiche; deve saper promuovere la riabilitazione e il reinserimento di individui o gruppi di persone con problemi psichiatrici all'interno della società.

Un'altra caratteristica richiesta dalla figura professionale è la sincerità. Non può essere promesso un qualcosa che non può essere mantenuto. È preferibile comunicare con il paziente in maniera sincera e tranquilla evidenziando il proprio punto di vista in maniera coerente con il tono di voce, le parole, i gesti e la mimica.

Alcuni ostacoli che possiamo trovare nella relazione terapeutica tra paziente e infermiere, possono essere: una serie di atteggiamenti valutativi che portano sfiducia in sé nel paziente stesso; un atteggiamento investigativo della figura professionale può condurre a una chiusura e ad una posizione di difensiva da parte del malato; un atteggiamento risolutivo può portare ad un senso di inadeguatezza, disagio e incapacità; un atteggiamento di indifferenza o di negligenza può portare il paziente a pensare di non essere preso in considerazione.

Nel caso specifico dell'infermiere con un paziente a rischio suicidio, esso ha un ruolo importante poiché assume la figura dell'interlocutore privilegiato a cui il malato può confidare tutti i suoi pensieri più intimi senza la paura di essere giudicato. *Nel caso del paziente a rischio, è fondamentale che questi sia trattato con adeguate cautele, quali:*

- *Il rispetto e la comprensione per la sua sofferenza.*
- *La creazione di rapporto di confidenza, che lo induce a comunicare i propri sentimenti e pensieri.*
- *L'attuazione di una sorveglianza attenta e continua, ma anche discreta e rispettosa.*

- *La responsabilizzazione progressiva del paziente, che lo aiuti a raggiungere e mantenere un'autonomia nella cura di sé.*
- *L'incoraggiamento di ogni suo tentativo di socializzazione. (10)*

3.3 Il ruolo dell'infermiere nei diversi contesti

Quindi l'infermiere svolge attività finalizzate al soddisfacimento dei bisogni sia del paziente sia della sua famiglia, dove il disturbo si configura come una perdita di progettualità esistenziale che coinvolge il soggetto globalmente.

La figura professionale lavora in tutti i Distretti di Salute Mentale (DSM):

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Day Hospital Ospedaliero (DHO)
- Centro Salute Mentale (CSM)
- Day Hospital Territoriale (DHT)
- Centro Diurno Riabilitativo (CDR)
- Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP)
- Comunità Alloggio
- Gruppo Appartamento Protetto (GAP)

L'infermiere all'interno di questi vari contesti svolge un ruolo differente. In ambulatorio un paziente si reca per essere visitato da un medico e dopo aver evidenziato il problema gli viene prescritta una cura e torna a casa. Proprio perché nei luoghi ambulatoriali il paziente transita per un tempo che è limitato, la figura professionale deve essere in grado di percepire e diagnosticare una malattia oppure la gravità del rischio in quel poco tempo disponibile. A differenza dell'ospedale, il colloquio può essere effettuato in presenza di un parente e questo può essere un primo limite, in quanto può determinare un rapporto non di sincerità per paura di essere giudicato dal parente stesso.

Frequentemente i soggetti che si presentano ad una visita psichiatrica sono in uno stato misto, ovvero è in atto la fase depressiva ma comunque sono irrequieti; si presentano molto agitati, con deliri di colpa e/o di rovina,

atteggiamento di chiusura o con le allucinazioni (che possono suggerire il suicidio). Questo quadro clinico sta a significare uno stato di emergenza, poiché il rischio di togliersi la vita è alto.

In reparto di degenza, l'individuo permane per un periodo breve o lungo di tempo e ciò dà la possibilità all'equipe professionale di osservarlo e di studiare i suoi comportamenti. Qui il paziente arriva già con una diagnosi che permette all'infermiere di prepararsi e di prevedere alcuni comportamenti che la malattia porta a fare.

Questa situazione è apparentemente più favorevole al lavoro dell'infermiere rispetto al contesto ambulatoriale: in reparto il paziente arriva già con una diagnosi ipotetica per la quale egli è chiamato ad essere molto attento ad ogni comportamento potenzialmente dannoso, mentre in ambulatorio si confronta con una persona del tutto sconosciuta di cui in poco tempo dobbiamo valutare il rischio suicidario.

In ospedale quindi l'infermiere ha un ruolo sia diagnostico che terapeutico.

CONCLUSIONI

Il ruolo dell'infermiere risulta estremamente importante, sia all'interno dell'ospedale che delle altre strutture del territorio, in quanto è colui che è responsabile della diagnosi infermieristica, della pianificazione assistenziale e della gestione del paziente stesso. L'infermiere è fondamentale per tutte le attività soprattutto per la prevenzione del rischio suicidario.

L'infermiere ha un'importanza fondamentale in quanto instaura una relazione diagnostica con il paziente, perché è quella persona con cui il paziente tende a confidarsi di più. Ecco che la figura professionale ha il ruolo di effettuare anamnesi, quindi di raccogliere dati; di elaborare i dati e di formulare una diagnosi infermieristica; di disporre degli obiettivi; attuare interventi; valutare il processo e i risultati. Tutto ciò avviene nell'accertamento infermieristico dove si verifica l'interazione tra i due soggetti attraverso la comunicazione, l'osservazione e l'esame obiettivo. Attraverso i comportamenti del paziente, l'infermiere deve cercare di capire i pensieri che scorrono all'interno della mente del malato e deve saper dare un certo grado di "urgenza" al rischio suicidario (cioè se secondo l'infermiere il paziente ha già deciso di uccidersi, allora il ricovero deve essere immediato).

L'importanza dell'infermiere si verifica anche quando si instaura una relazione terapeutica tra il soggetto malato e la figura professionale. Si instaura grazie all'empatia che l'infermiere offre, facendo in modo che il paziente si senta al sicuro con lui e che gli possa raccontare ciò che vuole senza il timore di sentirsi giudicato. Questo legame risulta più efficace se il paziente si sente accudito dall'equipe, protetto e al sicuro.

Con questo non si può dire che la relazione tra soggetto e infermiere sia la terapia efficace per il rischio suicidario, perché quando un paziente decide di farla finita non vi è tanta possibilità di far cambiare idea al riguardo. Ci potrebbe essere una speranza di evitare il suicidio quando il paziente si sente accettato e accudito dallo staff, quindi potrebbe trovare uno scopo e un senso per continuare a vivere.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- (1) M. Moutier C, MD, American Foundation For Suicide Prevention. Manuale MSD, versione per professionisti <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicida-e-atto-autolesionistico/comportamento-suicida>
- (2) Moutier C, MD, American Foundation For Suicide Prevention. Manuale MSD, versione per professionisti <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicida-e-atto-autolesionistico/comportamento-suicida>
- (3) " L'associazione del tentato suicidio con varianti genetiche nei geni *SLC6A4* e *TPH* dipende dalla definizione di comportamento suicidario: una revisione sistematica e una meta-analisi" 2013. (**PubMed** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565826/>).
- (4) "Caratteristiche sociodemografiche e cliniche associate al comportamento suicidario e alla relazione con un programma di prevenzione del suicidio gestito da infermieri" Int J Environ Res Salute. 2020. (**PubMed** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7728328/>).
- (5) "Il ruolo della previsione nella prevenzione del suicidio" Matthew Michael Large. 2018. (**PubMed** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6296389/>)
- (6) Moutier C, MD, American Foundation For Suicide Prevention. Manuale MSD, versione per professionisti <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/comportamento-suicidario-e-autolesionismo/comportamento-suicidario>
- (7) "Schizofrenia" Di Carol Tamminga, 2022, MD, UT Southwestern Medical Dallas. (<https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/schizofrenia-e-disturbi-correlati/schizofrenia>)

- (8) “Il ruolo della previsione nella prevenzione del suicidio” Matthew Michael Large. 2018. (**PubMed** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6296389/>)
- (9) Archives of Psychiatric Nursing, 2017, editrice; Edilma Yearwood, PhD, PMHCNS-BC, FAAN Georgetown University, Washington, Distretto di Columbia, Stati Uniti d'America.
- (10) Dr.ssa Barone A.P, Dr. De Nitto V, Dott. Greco A. Procedura ASL BRProcedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale.
- Istituto superiore di Sanità, indagine ISTAT <https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidario-italia>
 - <https://www.epicentro.iss.it/mentale/wspd2012gigantesco>
 - Emile Durkheim. “Il suicidio”. 2014. Casa editrice: Rizzoli.
 - Emanuela Giampieri, Massimo Clerici. “Il suicidio oggi: implicazioni sociali e psicopatologiche”. Edizione del 2013. Casa editrice Springer.
 - Istituto Beck: <https://www.istitutobeck.com/beck-news/suicidio-nello-spettro-schizofrenico>
 - <https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/suicidalita-nei-disturbi-dellumore>
 - Raccomandazione 4 del marzo 2008 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_592_allegato.pdf
 - <https://www.psychomedia.it/pm-thesis/ceccucci/cap2.htm>

ALLEGATO 1

Guida per il colloquio con il paziente (Raccomandazione n. 4 Ministero della Salute)

Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la

conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel

colloquio, che segue degli step gradualmente, è opportuno far riferimento a fatti, facendo

precedere alcune domande sullo stato d'animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse

sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di

colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare

disagio e rimpianto nel colpevole, eventuali fattori protettivi.

- Come si sente?
- Che progetti ha quando esce dall'ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa era successo?
- C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?
- In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita più difficile?

- Ha avuto l'impressione di non farcela più?

- Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita?

Sente di dovere espiare qualche colpa?

- Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. È successo anche a Lei?

- Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?

- Con che frequenza Le sovengono tali pensieri?

- Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni?

- Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi)

- Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente

vicino?

- Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)

- Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che

modo? (Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte)

- Ha mai pensato a come farla finita? (Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale)

- Ha progettato quando farlo?

- Ha il necessario per farlo?

- Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?

- Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?

- Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?

ALLEGATO 2

TABELLA Chiudi	
Fattori di rischio e segnali di allarme per il suicidio	
Tipo	Fattori specifici*
Situazione sociale	Anniversari di particolare significato
	Disoccupazione o difficoltà finanziarie, in particolare se hanno causato un drastico calo dello status economico
	Recente separazione, divorzio o vedovanza
	Arresto recente o problemi con la legge
Anamnesi positiva per suicidio	Isolamento sociale con reale o immaginario atteggiamento non comprensivo da parte di parenti o amici
	Precedenti tentativi di suicidio
	Elaborazione di piani dettagliati di suicidio, l'adozione di misure per l'attuazione del piano (ottenere una pistola o delle pillole), e prendere precauzioni per non essere scoperti
Caratteristiche cliniche	Anamnesi familiare di suicidio o di disturbo psichiatrico
	<u>Depressione</u> , soprattutto all'esordio
	Importante agitazione motoria, irrequietezza e <u>ansia</u> con <u>insonnia</u> grave
	Marcati sentimenti di colpa, inadeguatezza e disperazione; percezione di essere un peso per gli altri (onerosità); autodenigrazione; delirio nichilistico
	Delirio o convinzione delirante di un disturbo fisico (p. es., cancro, malattia cardiaca, infezione a trasmissione sessuale) o altri deliri (p. es., deliri di povertà)
	Allucinazioni controllate
	Personalità ostile, impulsiva
Una malattia fisica cronica, dolorosa, invalidante, specialmente nei pazienti precedentemente sani	
Uso di farmaci e di sostanze	<u>Disturbo da abuso di sostanze</u> o di <u>alcol</u> (compreso l'abuso di farmaci da prescrizione), soprattutto se l'uso recente è aumentato

Moutier C, MD, American Foundation For Suicide Prevention. Manuale MSD, versione per professionisti. (<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicida-e-atto-autolesionistico/comportamento-suicida>)