



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di laurea in infermieristica

**Il suicidio in ospedale: gestione infermieristica
e prevenzione degli agiti.**

Relatore: Dott. Camuccio Alberto

Laureando: Brinis Eva
(matricola n: 2011308)

Anno accademico 2022-2023

ABSTRACT

Introduzione: Il suicidio è forse una delle sfide più delicate nell'ambito della professione infermieristica, non solo nei reparti di salute mentale, ma in tutto l'ospedale. Gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nella prevenzione, identificazione precoce e nell'assistenza al paziente a rischio suicidio, proprio perché loro sono molto a contatto con il paziente in reparto. Questa tesi si propone di esaminare il ruolo fondamentale dell'infermiere nella gestione del suicidio, concentrandosi sui fattori di rischio per la condotta suicidaria, le misure preventive che si possono attuare e la gestione infermieristica in reparto del paziente a rischio suicidio, fornendo linee guida e strategie per affrontare in modo più efficace il rapporto con questi tipi di pazienti.

Obiettivo: questo elaborato si propone di analizzare e confrontare la letteratura che tratta di prevenzione e gestione del suicidio da parte dell'infermiere, identificando i fattori di rischio, i segnali di pericolo e i fattori protettivi per il comportamento suicidario, indagando quali misure preventive possono essere adottate per diminuire la frequenza del fenomeno e come l'infermiere dovrebbe gestire il paziente in reparto.

Materiali e metodi: è stata condotta una revisione della letteratura, consultando la banca dati di Pubmed e altre fonti come protocolli ministeriali e linee guida.

Risultati: sono stati selezionati 8 articoli che rispondevano ai criteri di inclusione ed esclusione, di questi: 3 revisioni di letteratura, 3 revisioni narrativa, uno studio trasversale e una meta-sintesi di studi qualitativi. Si è riscontrato che la formazione degli infermieri gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione del suicidio, insieme alla terapia farmacologica e psicoterapia e alle modificazioni ambientali a favore della sicurezza del paziente.

Conclusioni: in questo elaborato si è riscontrato che la terapia farmacologia e psicoterapia svolgono un ruolo chiave nella prevenzione degli agiti suicidari; gli SSRI sono in prima linea come farmaci anti-suicidio e la terapia comportamentale è quella più indicata perché fornisce al paziente sostegno e strategie di coping positive per affrontare determinati momenti. In reparto si è visto come ascolto, empatia ed il dialogo senza giudizio servano a creare una relazione terapeutica con questi pazienti,

serve però anche un piano di formazione infermieristica e di osservazione più o meno stretta del paziente in base al rischio, insieme a delle modificazioni ambientali affinché il paziente risulti in un luogo privo di rischi e controllato.

Parole chiave: Suicidio, tentato suicidio, strategie di prevenzione del suicidio, frequenza negli ospedali, fattori di rischio, eventi sentinella, gestione infermieristica.

Keywords: Suicide, suicide attempt, suicide prevention strategies, attendance in hospitals, risk factors, sentinel events, nurse management.

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO I. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA.....	5
1.1 SUICIDIO E TENTATO SUICIDIO.....	5
1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	6
1.3 EVENTI SENTINELLA.....	8
1.4 FONTI NORMATIVE.....	10
1.5 FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE.....	13
CAPITOLO II. MATERIALI E METODI.....	17
2.1 OBIETTIVO DI RICERCA.....	17
2.2 QUESITI DI RICERCA.....	17
2.3 DISEGNO DI STUDIO.....	17
2.4 STRATEGIE DI RICERCA.....	17
2.5 CRITERI DI SELEZIONE.....	20
CAPITOLO III. RISULTATI.....	21
CAPITOLO IV. DISCUSSIONE.....	23
4.1 FREQUENZA DEL SUICIDIO E TENTATO SUICIDIO NEGLI AMBIENTI OSPEDALIERI.....	23
4.2 FATTORI DI RISCHIO PER IL COMPORTAMENTO SUICIDARIO 	23
4.3 MISURE DI PREVENZIONE CHE L'INFERMIERE PUO' ATTUARE 	25
4.4 GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE A RISCHIO SUICIDIO.....	26
CONCLUSIONI.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	31
ALLEGATI.....	35

A papà...

INTRODUZIONE

Il suicidio rappresenta un fenomeno globale molto rilevante, si contano infatti circa 800.000 suicidi l'anno nel mondo.

È un problema che affligge sia il mondo dell'ospedale, sia quello esterno; di cui però non si parla ancora abbastanza. Spesso pare un argomento taboo, quasi ci si vergogna a pronunciare la parola 'suicidio' o, all'opposto questa parola viene usata con un po' troppa superficialità, ad esempio quando nello slang giovanile si dice 'mi ammazzo' o 'voglio morire' se qualcosa non va come dovrebbe, senza però pensarlo davvero; o peggio quando la gente incita gli altri a farlo solo perché magari sono diversi, senza pensare però che poi qualcuno ci arriva sul serio; invece, sarebbe importante parlarne in modo idoneo e fare formazione, sia al personale sanitario che alla popolazione generale.

Questo è un argomento che mi ha toccata molto da vicino, sia durante il mio periodo di tirocinio, perché sono venuta a contatto con dei pazienti che avevano tentato il suicidio e che erano a rischio, sia nella mia sfera di vita personale; con la mia tesi vorrei quindi cercare di dare un piccolo contributo in più e sperare di sensibilizzare un po' di più le persone.

Si pensa anche che il suicidio sia un problema che riguarda solo i reparti di salute mentale; invece, si può espandere come fenomeno a tutti i reparti dell'ospedale, per questo andrebbe programmata una formazione infermieristica idonea per tutti gli infermieri, affinché si sentano pronti e abbiano le competenze adatte per poter gestire al meglio i pazienti a rischio suicidio, prevenendo il più possibile gli agiti.

CAPITOLO I

1.1 SUICIDIO E TENTATO SUICIDIO

Il suicidio è definito come ‘qualsiasi atto umano volto a provocarsi intenzionalmente la morte’ (1).

Suicidio, tentato suicidio e ideazione suicidaria vengono raggruppati nella categoria dei disturbi dell’istinto di autoconservazione, che a loro volta vengono catalogati nei disturbi del comportamento.

Non tutti i suicidi portano alla morte della persona, questi casi vengono quindi denominati tentati suicidi e si dividono in:

- Parasuicidi: comportamento suicidario non fatale, indipendente dal livello di ideazione suicidaria.
- Suicidi mancati: atto suicidario in cui il soggetto sopravvive casualmente.

La patogenesi del comportamento suicidario è definita multifattoriale, questo perché possono esserci più fattori che contribuiscono allo sviluppo del pensiero suicidario e quindi all’atto stesso. Questi fattori possono essere: fattori psicosociali e ambientali, genetici, caratteristiche di personalità, malattie fisiche e diagnosi psichiatriche (2).

Il suicidio può essere quindi visto come il punto di arrivo di un percorso, in cui si sono susseguite varie vicissitudini e stati d’animo per cui al soggetto non importa più di vivere.

La modalità con cui una persona commette il suicidio dipende soprattutto da fattori culturali e dalla tipologia di mezzi letali che ha a disposizione e può riflettere anche la serietà dell’intenzione, alcuni metodi ad esempio hanno meno probabilità di sopravvivenza (lanciarsi sotto un treno), mentre altri (overdose da farmaci) consentono di più il soccorso. Tuttavia, la serietà dell’intenzionalità non si può basare solo sul metodo scelto dalla persona. Ad esempio, negli Stati Uniti il 50% dei suicidi è commesso con armi da fuoco, questo perché lì sono più diffuse (2).

In Italia, tra gli uomini il metodo più frequente è l’impiccagione, la percentuale è sopra il 50% nella fascia d’età 30-54 anni e 55-69 anni. Il secondo metodo più utilizzato è la precipitazione da luoghi elevati, soprattutto nelle fasce d’età 15-29 e 30-54 anni; mentre per 55-69enni e ultra 70enni è più frequente l’uso di armi da fuoco. (epicentro) Anche per le donne l’impiccagione è il metodo più utilizzato, ad eccezione delle anziane che utilizzano la precipitazione da luoghi elevati (3).

1.2 EPIDEMIOLOGIA

Il suicidio continua ad essere una delle principali cause di morte in tutto il mondo; nel 2020, si sono suicidate più di 800.000 persone (4).

Ogni anno perdono la vita persone più per suicidio che per l'HIV, malaria, omicidi o cancro alla mammella. Tra i giovani dai 15 ai 29 anni, il suicidio è la quarta causa principale di morte; i tassi variano tra paesi e regioni e tra uomini e donne. Si suicidano il doppio degli uomini rispetto alle donne (12,6 su 100.000 uomini e 5,4 su 100.000 donne). I tassi di suicidio maschili sono più alti nei paesi ad alto reddito (16,5 su 100.000), mentre per le donne sono più alti nei paesi a basso reddito (7,1 su 100.000). I tassi di suicidio in Africa (11,2 su 100.000), Europa (10,5 su 100.000) e Asia Sudorientale (10,2 su 100.000) ricavati dall'OMS nel 2019 sono superiori alla media mondiale: 9,0 su 100.000. La tasso di suicidio più bassa invece si registra nella regione del Mediterraneo Orientale (6,4 su 100.000) (5).

Sebbene alcuni paesi abbiano attuato la prevenzione per il suicidio, sono molti di più quelli che non l'hanno fatto; infatti, ad oggi solo 38 paesi al mondo hanno una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio (5).

L'Italia con un tasso grezzo di 8,2 per 100.000 abitanti resta uno dei Paesi con la mortalità per suicidio più bassa d'Europa ma, nondimeno, il suicidio continua a causare anche nel nostro Paese una grande perdita di vite umane, molto più di quella causata dall'omicidio.

Il tasso medio annuo di mortalità per suicidio del biennio 2017-2018 è stato pari a 7,18 per 100.000 abitanti. In termini assoluti, si sono quindi suicidate 7.520 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 77,4%. Dal 2019 si registra però una riduzione di mortalità tra gli uomini e un aumento tra le donne (3).

Volendo inoltre osservare i dati sulla mortalità per suicidio raccolti dal 1987, si nota una diminuzione da parte di entrambi i sessi. (Figura 2.1 e 2.2) (3).

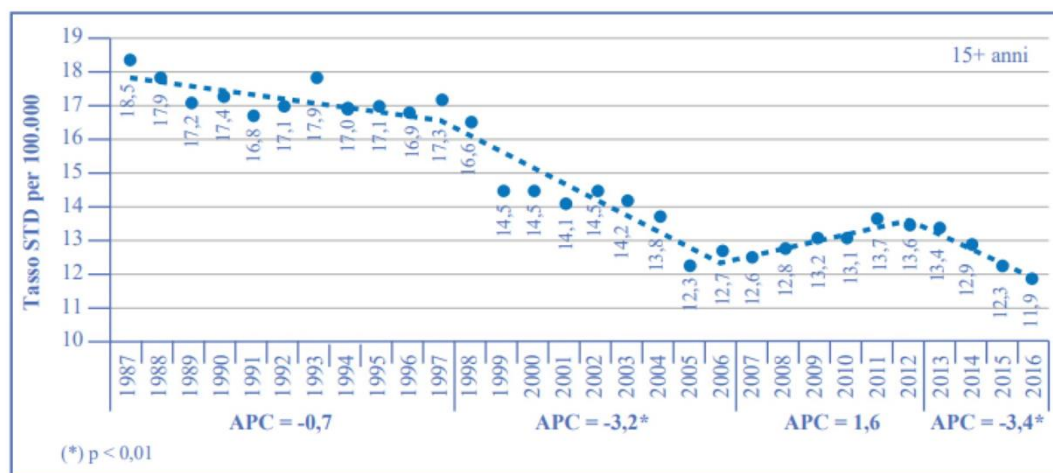


Figura 2.1 Tasso standardizzato (STD) di mortalità per suicidio (APC: Annual Percentage Change). Uomini. Italia. Anni 1987 – 2016.

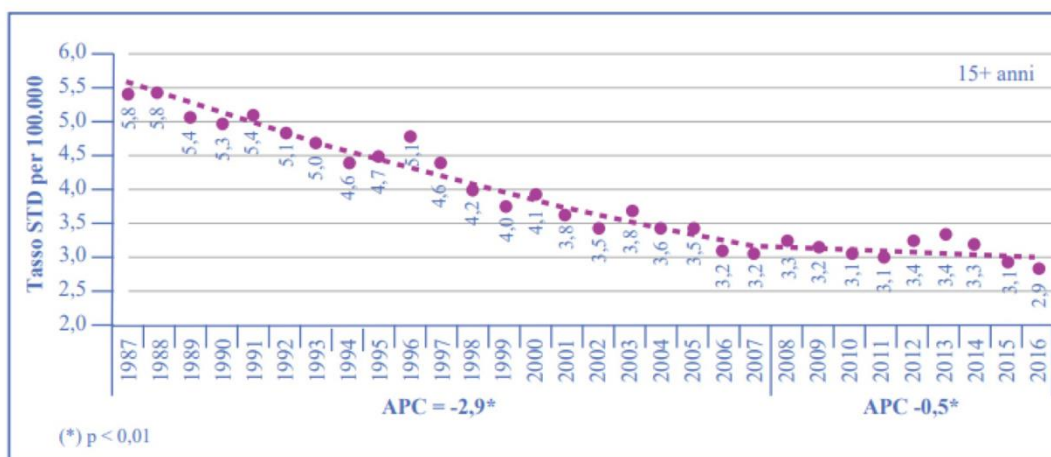


Figura 2.1 Tasso standardizzato (STD) di mortalità per suicidio (APC: Annual Percentage Change). Donne. Italia. Anni 1987 – 2016.

Tra i dati riportati sopra, è presente una percentuale che indica il numero di suicidi avvenuti all'interno di strutture ospedaliere.

Negli ospedali italiani, secondo il sesto rapporto del ministero della salute sugli eventi avversi segnalati dal 2006 al 2020, su 8964 segnalazioni, 967, ovvero il 10,78%, si riferiscono a pazienti che si sono suicidati hanno tentato il suicidio, mentre la caduta

accidentale del paziente risulta essere la prima causa di evento avverso che può portare a morte o grave danno per il paziente (6).

Sia suicidio che tentato suicidio vengono catalogati come eventi sentinella (6).

1.3 EVENTI SENTINELLA

Si definiscono ‘eventi sentinella’ quegli eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili virgola che possono comportare morte o grave danno al paziente che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti delle servizio sanitario il vero edificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione (7).

La sorveglianza degli eventi sentinella rappresenta uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali eventi e per la promozione della sicurezza dei pazienti. Per questo il ministero della salute ha elaborato il protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, che ha l'obiettivo di fornire a Regioni e Aziende Sanitarie un regolamento uguale per tutti di sorveglianza e gestione di tali eventi punto la segnalazione di un evento sentinella va fatta all'osservatorio nazionale degli eventi sentinella attraverso il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIEMS), così facendo le regioni e le province autonome, hanno la possibilità di segnalare gli eventi accorsi e analizzare le cause e i fattori contribuenti con lo scopo da imparare da questi e mettere in atto dei piani di azione per ridurre la possibilità che l'evento si verifichi nuovamente (8). L'ultimo rapporto attualmente disponibile è il sesto (Gennaio 2006 – Dicembre 2020) che riporta una panoramica generale degli eventi sentinella registrate negli ospedali italiani punto nella tabella riportata, sono indicate tutte le categorie di eventi sentinella identificate dal protocollo di monitoraggio ed elencate per frequenza (Tabella 1) (6).

Tabella 1. Tipologia di Evento Sentinella segnalato secondo la categorizzazione prevista dal Protocollo Nazionale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella (periodo: 2005-2020).

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

Inoltre, grazie a questo sistema, è possibile ricavare i dati sul tipo di specialità nella quale avvengono con più frequenza le segnalazioni di eventi sentinella: Medicina Generale risulta al primo posto con il 12,97%, se si escludono le segnalazioni nelle quali l'item Disciplina/Area di assistenza risulta 'non specificato' (14,53%), e dati anche sull'esito a cui ha portato l'evento: il decesso di paziente risulta al primo posto, con il 25,11% dei casi, se si escludono le segnalazioni nelle quali l'item Esito è valorizzato come 'altro' (29,02%) (6).

I dati validati sono un totale di 8974 e, nonostante un persistente fenomeno di sotto segnalazione, si rileva che nel quinto rapporto (Settembre 2005 - Dicembre 2012) siano stati segnalati 1918 casi, si può quindi notare una sostanziale tendenza all'aumento del numero delle segnalazioni da parte delle strutture sanitarie (9).

Il fatto che si sia verificato tale aumento è da considerarsi un elemento positivo, soprattutto se la segnalazione viene considerato un indicatore significativo della

sicurezza raggiunta dalle organizzazioni sanitarie e come un progressivo miglioramento nell'identificazione nelle analisi degli eventi avversi.

1.4 FONTI NORMATIVE

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità, la cui prevenzione si basa su un'appropriata valutazione delle condizioni del paziente; risulta quindi necessario che nelle strutture sanitarie vengano adottati delle modalità di prevenzione idonee. Al fine di prevenire questo tipo di evento tra i pazienti ricoverati in ospedale, il Ministero della Salute ha redatto un documento (Raccomandazione n. 4 del Marzo 2008) che raccoglie un insieme di linee guida e protocolli che gli operatori sanitari devono seguire, sia per individuare la presenza di un paziente a rischio suicidario, sia per attuare misure preventive (10).

La letteratura ha individuato dei fattori di rischio relativi al suicidio e la loro conoscenza può agevolare l'adozione di strategie efficaci per la riduzione dell'evento suicidio in ospedale, agendo su: strumenti di valutazione del paziente, profili assistenziali per i pazienti che hanno una storia di tentati suicidi che prevedano la continuità di cura, processi organizzativi, formazione degli operatori e idoneità ambientali e strutturali (10).

Il suicidio è un fenomeno generale in ambito ospedaliero e non solo, possono però essere considerati a maggiore rischio il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), l'U.O di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di Urgenza-Emergenza.

Per prevenire questo tipo di evento, risulta fondamentale che gli ospedali e il personale sanitario tengano conto della presa in carico del paziente, delle caratteristiche strutturali dell'ospedale e dei processi organizzativi.

Per un'efficace presa in carico del paziente sono previste delle attività basilari:

1. Anamnesi

Per poter identificare i fattori di rischio di un paziente è necessario effettuare l'anamnesi, ovvero una raccolta di informazioni che compongono la storia clinica del soggetto in esame. Il colloquio è un metodo molto efficace per ricavare queste informazioni, risulta però necessario creare un ambiente tranquillo ed accogliente, così da instaurare un rapporto di fiducia paziente-operatore e favorire una

comunicazione efficace. Ad esempio, il modo di porre domande influenza la probabilità di ottenere risposte sincere, è quindi opportuno mantenere un approccio non giudicante e realistico. È inoltre importante, ricavare informazioni anche dalle persone che circondano il paziente, perché può succedere che egli al colloquio non manifesti apertamente le idee suicidarie, ma potrebbe averle comunicate ad altre persone significative per lui (MMG, familiari, amici, servizi di supporto...).

La Raccomandazione n.4 fornisce una griglia di domande per l'operatore che agevolano il colloquio empatico con il paziente (10).

2. Adozione di misure preventive di sicurezza

Il rischio suicidario è massimo nei primi giorni di ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione, quindi la presa in carico del paziente richiede anche:

- L'informazione di tutto il personale della U.O. riguardo i soggetti ricoverati a rischio suicidario;
- L'integrazione delle competenze di tutti gli operatori sanitari, per cogliere i segni premonitori;
- Una comunicazione adeguata sia tra operatori, sia tra operatori e pazienti;
- La consulenza di psicologi e psichiatri;
- La definizione di modalità di vigilanza e di controllo dei pazienti, in base al livello di rischio individuato;
- L'eventuale collocazione del paziente a rischio in una stanza vicino alla postazione del personale,
- Se possibile, il coinvolgimento della famiglia degli amici;
- Il coinvolgimento di altri specialisti e del medico di medicina generale del paziente.
- La predisposizione di un ambiente sicuro per operatori e pazienti.

3. Rivalutazione giornaliera del rischio

È necessario effettuare la rivalutazione giornaliera del rischio perché la situazione del paziente non è mai statica nel tempo, ma dinamica. Nella cartella medica, quindi, devono essere riportate tutte le osservazioni quotidiane degli operatori e le rivalutazioni del rischio (10).

4. Adeguata assistenza infermieristica e adeguata formazione del personale

L'infermiere è la prima persona alla quale il paziente può esprimere i propri problemi e svolge un ruolo fondamentale nella prevenzione del suicidio.

È di assoluta importanza che gli operatori abbiano una formazione adeguata nella gestione di questi pazienti; si troverebbero infatti incrementare le attività di orientamento e formazione del personale riguardo a tale problema (10).

5. Continuità ospedale e territorio

Come abbiamo visto nel punto due il momento della dimissione è uno dei più critici del percorso del paziente, e quindi probabile che si verifichi l'episodio suicidario. Al fine di evitare questa conseguenza è importante che ci sia una continuità tra ospedale e territorio e che la terapia di sostegno sia programmata nei minimi dettagli (10).

6. Modificazione ambientale

Anche l'ambiente può agevolare il rischio di suicidio, questo però è spesso trascurato. Le misure di modifica ambientale si dividono in: specifiche dell'ambiente e specifiche del paziente.

Per assicurare l'ambiente bisognerebbe minimizzare gli arredi, eliminare i punti di legatura e ridurre oggetti appuntiti o che si possono rompere. Molto utili sono anche le sbarre metalliche alle finestre, per ridurre il rischio di salto.

Tra le modifiche specifiche per il paziente sono raccomandate le perquisizioni di routine, bisognerebbe creare un piano di osservazione e supervisione e supervisionare il momento di somministrazione dei farmaci (11).

7. Educazione del personale sanitario

Per creare una relazione tra personale sanitario e paziente è necessario che gli infermieri siano preparati e formati. La mancanza di competenze e le attitudini negativa sono delle barriere per la prevenzione del suicidio educare gli infermieri può aiutare a prevenire il suicidio incrementando le loro conoscenze, attitudini e i livelli di confidenza nel rapportarsi con questi pazienti (11).

8. Farmacoterapia e psicoterapia

Antipsicotici, litio e antidepressivi e chetamina possono ridurre il comportamento suicidario soprattutto Olanzapina e Risperidone.

Anche la psicoterapia è importante, come per esempio la terapia comportamentale in adulti e adolescenti. Essa è formata da sei sessioni, divise in tre fasi: la prima fase si focalizza sul creare un'alleanza terapeutica, offrendo psicoeducazione ed elaborando una concettualizzazione cognitiva del tentativo di suicidio. La seconda fase si occupa di migliorare le strategie di coping e problem solving del paziente. Infine, la terza fase aiuta il paziente a prevenire la ricaduta e a sviluppare un piano di sicurezza (11).

1.5 FATTORI DI RISCHIO E FATTORI DI PROTEZIONE

Il suicidio è considerato come il punto d'arrivo di un percorso, il processo suicidario, dove passo dopo passo i pensieri suicidari si trasformano in azioni (12).

Soprattutto durante l'era della pandemia COVID 19, il suicidio è aumentato anche tra gli adolescenti, la chiusura delle scuole e delle attività extrascolastiche e l'isolamento forzato non ha di certo giovato alla salute mentale dei giovani, che hanno iniziato a sviluppare sempre di più disturbi mentali, collegati soprattutto all'ansia e alla depressione (13).

I fattori di rischio del comportamento suicidario si dividono in 2 gruppi: quelli modificabili (come i disturbi psichiatrici) e quelli che non lo sono (come la genetica, il sesso, l'età). Si stima che i pazienti con un passato di condotta autolesiva hanno quasi 25 volte in più la possibilità di morire per suicidio, rispetto alla popolazione generale (14).

Un altro principale fattore di rischio per il suicidio sono i disturbi psichiatrici.

Il disturbo depressivo rappresenta un rischio importante per la condotta suicidaria, esso può aumentare il rischio di suicidio fino a 20 volte, rispetto alla popolazione generale; soprattutto all'inizio o alla fine di una fase depressiva importante, piuttosto che durante, questo perché il rallentamento psicomotorio e la inibizione bloccano il passo all'azione vera e propria. Nei pazienti che soffrono di disturbo bipolare la non aderenza al trattamento può essere relazionata a un aumento del rischio di suicidio. Anche la schizofrenia aumenta questo rischio, sia perché il paziente schizofrenico condivide con

la popolazione generale alcune caratteristiche come: essere uomo, solo, disoccupato, e isolato socialmente, sia perché a quest'ultime si associano fattori psicopatologici tipici del disturbo, come: depressione, mancanza di speranza, i sintomi psicotici negativi (14). Oltre a questi, anche il disturbo da uso di sostanze aumenta il rischio di suicidio, soprattutto l'alcolismo. Infine, ci sono i disturbi di personalità che possono determinare una condotta suicidaria per via dei problemi che creano con le relazioni interpersonali e nell'adattamento sociale, deteriorando la capacità di affrontare un disturbo fisico o mentale e cadendo quindi nella mancanza di speranza, nervosismo e impulsività (15).

Il rischio di suicidio e la condotta suicidaria sono determinati anche da fattori genetici e ambientali; l'eredità sembra giocare un ruolo fondamentale nel rischio di suicidio, le persone che hanno avuto un familiare di primo grado che si è suicidato, possiedono il triplo del rischio di andare incontro a condotte suicidarie (14).

I problemi socioeconomici e relazionali rappresentano un altro fattore di rischio molto importante; l'isolamento sociale e i conflitti familiari o lo stress cronico legato a difficoltà lavorative o finanziarie possono creare terreno fertile per la condotta suicidaria; inoltre, la paura del giudizio altrui può portare la persona in difficoltà a non chiedere aiuto (14).

Infine, anche età e genere influenzano questo tipo di condotta, adolescenti e uomini anziani hanno un rischio più elevato.

È bene però concentrarsi anche sui fattori protettivi, così da aumentarli e cercare di creare un ambiente più sicuro. Essi si dividono in due categorie: fattori propri dell'individuo e i fattori ambientali.

Tra i primi possiamo includere gli atteggiamenti e i valori che vanno contro il suicidio, come il concetto del valore della propria vita. In questa categoria possiamo comprendere anche le abilità di socializzazione, la gestione dell'aggressività e la capacità di risolvere i problemi, così come la cura della propria salute mentale e somatica. Anche le credenze religiose possono influenzare la disapprovazione al suicidio.

Diventa molto importante in questi casi la presenza di speranza e ottimismo, l'autocontrollo della impulsività, avere un'alta autostima e delle strategie di coping adeguate.

D'altra parte, tra i fattori ambientali possiamo annoverare l'esistenza di una rete sociale e familiare adeguata, la partecipazione sociale, la possibilità per il soggetto di accedere ad un sistema sanitario, un ambiente stabile e delle restrizioni nel momento in cui decida di procurarsi armi o sostanze (come i medicinali) potenzialmente letali. La convivenza di coppia e la presenza di figli in casa si considerano fattori protettivi, mentre l'essere vedovi o separati possono aumentare il rischio di suicidio.

Entrambi i fattori, sia di rischio che di protezione, sembrano comunque influire di più sugli uomini che sulle donne (14).

Questo sottolinea l'importanza di una corretta e approfondita valutazione iniziale del paziente, nella quale si tengano presenti sia i fattori di rischio relazionati alla popolazione in generale, sia quelli relazionati al paziente stesso e alla sua vita.

CAPITOLO II

2.1 OBIETTIVO DI RICERCA

Dai dati riportati nel capitolo precedente si evince che il fenomeno del suicidio e tentato suicidio sono un reale problema per la sicurezza dei pazienti in ospedale.

Questo elaborato si propone di analizzare e confrontare i testi che trattano di prevenzione e gestione del suicidio da parte dell'infermiere, identificando i fattori di rischio, i segnali di pericolo e i fattori protettivi per il comportamento suicidario ed indagando quali misure preventive possono essere adottate per diminuire la frequenza del fenomeno. Chiarendo inoltre che responsabilità ha l'infermiere rispetto al suicidio di un paziente.

2.2 QUESITI DI RICERCA

- 1) Quanto è frequente il suicidio o il tentato suicidio negli ambienti ospedalieri?
- 2) Quali sono i fattori di rischio i segnali di pericolo per il comportamento suicidario?
- 3) Quali misure preventive può attuare l'infermiere per diminuire la frequenza del fenomeno?
- 4) Come gestire il paziente a rischio suicidio in reparto?

2.3 DISEGNO DI STUDIO

Si è voluto condurre una revisione della letteratura.

2.4 STRATEGIE DI RICERCA

La ricerca è stata eseguita utilizzando la metodologia PIO, per ottenere le parole chiave utili per ricercare gli articoli utili nello studio, come riportato nella tabella I, II, III e IV.

Tabella I. Modello PIO per il primo quesito: Quanto è frequente il suicidio o tentato suicidio negli ambienti ospedalieri?

PRIMO QUESITO	Parole chiave	Keyword
P (Problem)	Suicidio/ Tentato suicidio	Suicide/ Suicide attempt

I (Intervention)	Frequenza negli ospedali	Attendance, hospitals
O (Outcome)	Monitoraggio della frequenza del fenomeno suicidario	Suicide prevention

Tabella II. Modello PIO per il secondo quesito: Quali sono i fattori di rischio i segnali di pericolo per il comportamento suicidario?

PRIMO QUESITO	Parole chiave	Keyword
P (Problem)	Suicidio in ospedale	Suicide
I (Intervention)	Identificare i fattori di rischio	Risk factors, sentinel events
O (Outcome)	Identificare le persone a rischio	People at risk

Tabella III. Modello PIO per il terzo quesito: Quali misure preventive può attuare l'infermiere per diminuire la frequenza del fenomeno?

PRIMO QUESITO	Parole chiave	Keyword
P (Problem)	Suicidio	Suicide
I (Intervention)	Identificare le misure preventive e gestionali che gli infermieri possono attuare	Prevention, Management, nurses, strategies
O (Outcome)	Prevenzione del suicidio	Suicide prevention

Tabella IV. Modello PIO per il terzo quesito: Come gestire il paziente a rischio suicidio in reparto?

PRIMO QUESITO	Parole chiave	Keyword
P (Problem)	Gestione infermieristica del paziente a rischio suicidio	Nurse management, patient, suicide risk
I (Intervention)	Trovare le linee guida	Guide lines
O (Outcome)	Dare delle linee guida per gestire il paziente a rischio suicidio	Guide lines, nurse management, suicide risk, patient

Dopo aver individuato le parole chiave per ogni quesito di ricerca, sono state create delle stringhe di ricerca (Tabella V) usate nella banca dati PUBMED.

Queste parole sono state usate in combinazione con gli operatori booleani 'AND' e 'NOT'.

	Database	Stringa	Risultati	Articoli selezionati	Ultima visualizzazione
1	Pubmed	"suicide risk factors"[All Fields] AND "hospital"[All Fields] AND "patients"[All Fields] AND "prevention"[All Fields]	25	3	
2	Pubmed	"sentinel events"[All Fields] AND "suicide"[All Fields]	22	1	
3	Pubmed	"prevent suicide"[All Fields] AND "patient"[All Fields] AND "hospital"[All Fields] AND 'strategies'[All Fields]	21	3	
4	Pubmed	"suicide behavior"[All Fields] AND "guideline"[All Fields] AND "management"[All Fields]	12	1	

Oltre alle banche dati online come Pubmed, per questa ricerca sono stati consultati anche documenti di Protocolli Aziendali e Ministeriali e Linee guida.

2.5 CRITERI DI SELEZIONE

2.5.1 Criteri di inclusione

- Coerenza con il quesito di ricerca
- Periodo di pubblicazione (2012- oggi)
- Età della popolazione: adulti
- Lingua degli articoli: inglese, italiano, spagnolo e francese
- Presenza di abstract e full text

2.5.2 Criteri di esclusione

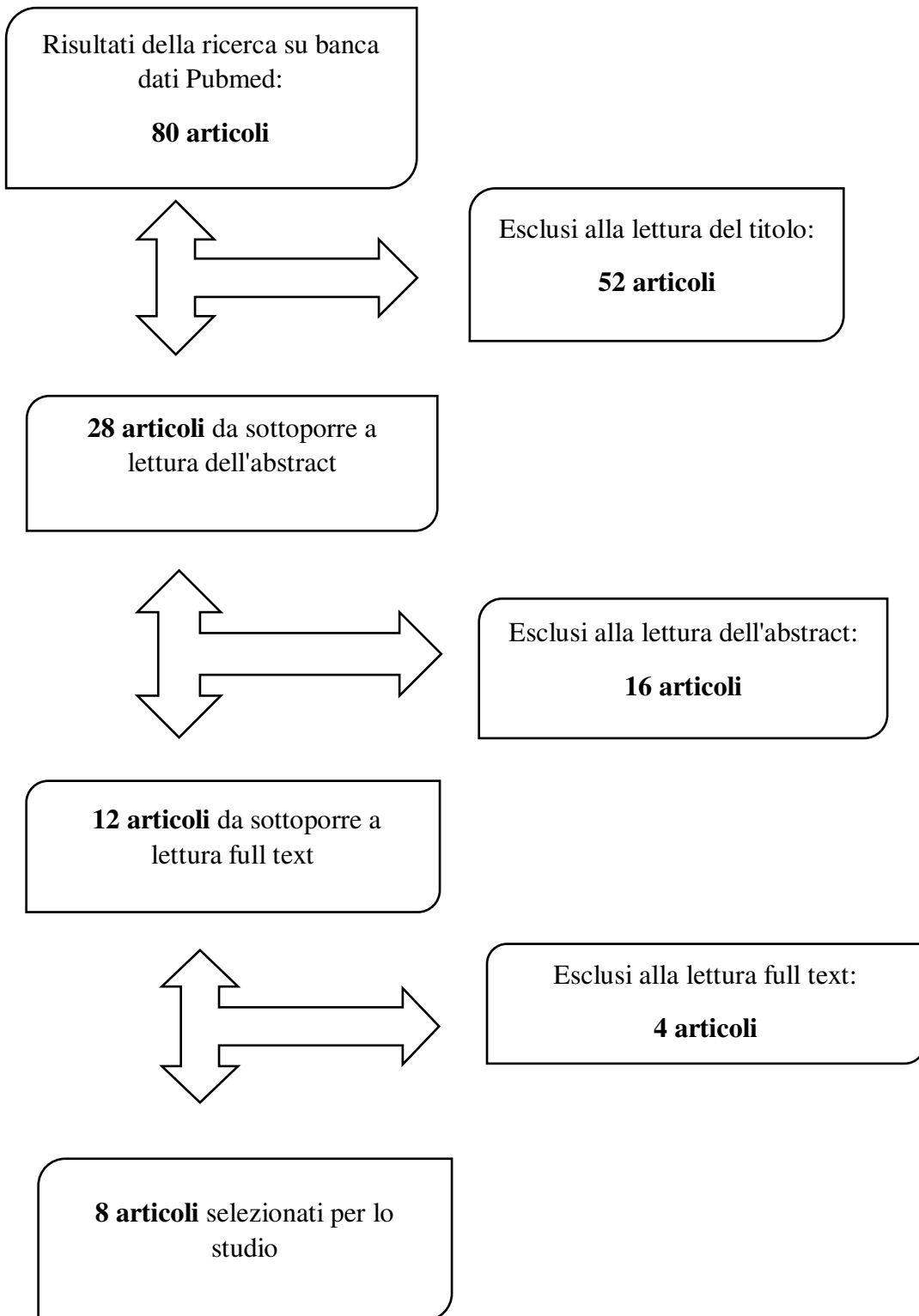
- Età della popolazione: bambini e adolescenti

CAPITOLO III

RISULTATI

La ricerca bibliografica effettuata all'interno della banca dati di Pubmed ha portato all'identificazione di 80 articoli.

La Flowchart riportata in seguito rappresenta il processo di selezione degli articoli sintetizzato. Gli articoli sono stati poi riassunti nella tabella di sintesi (Tabella VI) (Allegato I). Alla fine della selezione sono stati ricavati 8 articoli, di cui 3 revisioni sistematiche, 3 revisioni narrative, uno studio trasversale e una meta-sintesi di studi qualitativi, che si riferiscono all'ambito della salute mentale sia nel reparto psichiatrico, sia in reparti di area medica.



CAPITOLO IV

DISCUSSIONE

4.1 Frequenza del suicidio e tentato suicidio negli ambienti ospedalieri.

Il suicidio rimane un problema complesso, che colpisce una buona parte della popolazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta che il numero di suicidi è maggiore nei maschi tra i 30 – 49 anni, mentre nelle femmine tra i 15 – 29 anni (4).

Nel 2020 in Italia ci sono stati 3686 suicidi tra uomini e donne di età compresa tra i 15 anni in su; di cui 631 soffrivano di malattie mentali (439 depressione) (16.)

Per quanto riguarda il mondo della sanità, il Ministero della Salute ha potuto constatare che il suicidio è il 4° evento sentinella più frequente negli ospedali (10,78% di segnalazioni) (6).

Ma il suicidio non è solo un fenomeno legato ai reparti di salute mentale, anzi ben il 40% dei casi di suicidio in ospedale si verifica in un'unità medica, mentre solo il 5% in un'unità psichiatrica (17).

Tra Gennaio 2005 e Dicembre 2020 sono stati segnalati 967 suicidi o tentati suicidi in ospedale, di cui 576 in cui è avvenuta la morte del paziente, 31 in cui il paziente ha riscontrato trauma maggiore conseguente ad una caduta, 24 sono rimasti più a lungo in degenza, 83 sono stati trasferiti in terapia intensiva, 8 hanno riportato disabilità permanenti, 116 hanno integrato i trattamenti psichiatrici e psicologici, 14 sono finiti in coma, 2 hanno dovuto subire una trasfusione, altri 9 invece una rianimazione cardio respiratoria; infine c'è una sostanziale parte di 104 pazienti che non rientrano nelle categorie appena descritte e sono archiviate sotto 'altro' (6).

Queste sono delle conseguenze molto gravi per un problema che, formando adeguatamente gli infermieri e attuando una buona prevenzione probabilmente, si può evitare.

4.2 I fattori di rischio per il comportamento suicidario

Il suicidio è associato a fattori di rischio individuali e ambientali: (18)

I fattori individuali, soprattutto le malattie mentali, sono quelli che hanno più impatto sul rischio suicidio; depressione, disturbo bipolare, schizofrenia e abuso di sostanze aumentano il rischio fino a 3 volte rispetto ad un soggetto definito 'normale' (15).

Molto predisponente è il disturbo depressivo, che può arrivare ad aumentare il rischio di suicidio fino a 10 volte, in particolare prima e dopo la fase depressiva vera e propria in cui il paziente non è più bloccato dalla depressione e può passare all'azione. Nel disturbo depressivo difatti il concetto di 'perdita' è centrale, a cui poi sono sommati sentimenti come inadeguatezza e disperazione che portano il soggetto a credere di non avere più vie d'uscita, tanto da arrivare all'atto suicidario (12).

È noto come la storia familiare di suicidio aumenti il rischio del comportamento suicidario nei figli fino a 5 volte; alcuni dei fattori di rischio più comuni, infatti, includono una storia familiare di suicidio, di disturbi mentali, di abuso di sostanze o violenza in famiglia (15). Alcuni studi sostengono che ci sia anche una connessione biologica e psicologica familiare nella condotta suicidaria, relativamente all'impulsività e aggressività che possono essere ereditate i figli dai genitori e che risultano anch'esse fattori di rischio (12).

Anche chi ha già tentato il suicidio è a rischio di una ricaduta, si stima che una persona che ha già precedentemente tentato il suicidio ha quasi 25 volte più probabilità di morire per suicidio rispetto alla popolazione generica; circa il 6% dei pazienti che tenta il suicidio muoiono suicidandosi nell'anno successivo (14).

Il rischio dipende anche dalla personalità della persona, un soggetto con più resilienza, risulterà meno a rischio rispetto ad un soggetto che si sente solo, senza speranza, disoccupato, isolato socialmente e che usa delle strategie di coping errate o ad un soggetto che mira alla perfezione, molto rigido, inflessibile e che rimugina tanto sui problemi; questo perché la combinazione di vari agenti stressanti nella vita di queste persone più vulnerabili e fragili può incrementare il loro nervosismo o pessimismo fino a farli arrivare condotta suicidaria, pensando che non ci sia altra soluzione (15).

I fattori ambientali, invece, si collegano a lutti, difficoltà economiche e sociali, diagnosi di malattie croniche, difficoltà a reperire l'accesso all'assistenza sanitaria e disponibilità di accesso ai mezzi per compiere l'atto. (15).

Un altro problema quindi per il rischio suicidio sta nella reperibilità dei mezzi letali, sono molti infatti i lavori in cui una persona può facilmente reperire mezzi letali per sé stesso: armi, sostanze (pesticidi, veleni...) (19), si è visto come la restrizione di tali mezzi, soprattutto le armi da fuoco, previene il suicidio, ma è raramente impiegata

negli Stati Uniti, anche se metà dei suicidi negli USA avviene per vie delle armi da fuoco (20).

4.3 Misure di prevenzione che l'infermiere può attuare

Nonostante, le strutture sanitarie siano strutture 'controllate' il tasso di suicidio è ancora abbastanza significativo, quindi è necessario che il paziente sia preso in carico in modo efficace ed organizzato; ciò può rendersi possibile grazie ad un programma di formazione del Personale Sanitario. L'educazione infermieristica riguardo il paziente a rischio suicidario è importante sia per prevenire gli agiti, ma anche per rendere più sicuri in questo ambito gli stessi infermieri, aiutandoli a comprendere come devono agire in certe situazioni. La loro formazione è fondamentale per la prevenzione del suicidio, poiché una scarsa educazione e conoscenza del fenomeno riflette sulla capacità di gestione e prevenzione degli agiti.

Molti infermieri si sentono inadeguati a gestire un paziente a rischio suicidio, sia per via di pregiudizi personali, sia per una mancanza di organizzazione all'interno delle strutture sanitarie; risulta quindi importante creare un piano per tenere i pazienti in sicurezza, che includa protocolli di osservazione e restrizione dei mezzi potenzialmente letali, insieme ad una formazione specifica per infermieri (21).

Tutto ciò anche per far sì che l'infermiere riesca a creare un ambiente terapeutico, che il colloquio iniziale paziente-infermiere possa essere agevolato e risulti molto più efficace per identificare i pazienti a rischio. Spesso, infatti, vengono forniti agli infermieri pochi contenuti di analisi critica su come interagire con il paziente a rischio suicidio. Il giudizio clinico dovrebbe essere supportato da adeguati strumenti di screening e identificazione del rischio suicidario, facili da usare e somministrare, come il Nurses' Global Assesment Suicide Risk (NGASR-ita) (Allegato II), che aiuta a determinare un livello di rischio suicidario, ma si può utilizzare anche come strumento di screening per intraprendere in modo veloce un percorso con il paziente attivando risorse multiprofessionali e interventi in molteplici contesti di cura (17).

Anche l'aspetto farmacologico e psicoterapico risulta essere importante nella prevenzione del suicidio. Si è riscontrato che i farmaci antidepressivi si dimostrano molto efficaci per ridurre l'ideazione suicidaria, soprattutto gli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) che risultano più efficaci rispetto ai farmaci

noradrenergici; si è visto infatti che il rischio maggiore per suicidio si ha un mese prima che la terapia con gli antidepressivi inizi; dopodiché il rischio diminuisce nei mesi (20). In seconda linea, si ha il Litio efficace nel ridurre il rischio di suicidio soprattutto nei pazienti con disturbi comportamentali, perché riduce l'aggressività e l'impulsività, ma risulta meno efficace del previsto. Anche il Sodio Valproato si utilizza come farmaco anti-suicidio nei pazienti che soffrono di disturbo bipolare. Clozapina, Olazapina e Risperidone, invece, sembrano funzionare nei pazienti con psicosi. Infine, la Ketamina era uno tra i farmaci favoriti, perché riduce l'ideazione suicidaria in poche ore nel disturbo depressivo e bipolare, ma non è ancora stata testata per la prevenzione del comportamento suicidario (11).

Così come la farmacoterapia, anche la psicoterapia risulta molto utile per ridurre il rischio di suicidio, soprattutto la terapia comportamentale perché mira a ridurre l'impulsività e l'ideazione suicidaria, regolando le emozioni e aiutando la persona nel problem solving (20). Si divide in 3 fasi: la prima focalizzata sulla costruzione di un'alleanza terapeutica, la psicoeducazione e la concettualizzazione del tentato suicidio. La seconda fase si concentra sulle strategie di coping positive, e infine la terza fase si compone di prevenire le ricadute attraverso la creazione di un piano di 'sicurezza' (18). La psicoterapia quindi sia da sola, sia in combinazione con gli antidepressivi può essere considerata un trattamento efficace sia per il disturbo depressivo, sia per la prevenzione del suicidio e di nuovi tentativi (19).

4.4 Gestione infermieristica del paziente a rischio suicidio

Il suicidio, tendenzialmente, è considerato come un problema di rilevanza medica che si può prevenire con l'uso dei farmaci, ma è l'infermiere che ha un ruolo fondamentale all'interno del reparto, questo perché è la figura professionale più vicina al paziente, che si occupa dell'anamnesi infermieristica, della gestione dell'utente e della pianificazione assistenziale.

Uno dei compiti dei professionisti sanitari è quello di considerare il suicidio come il punto di arrivo di un processo, percepito dal paziente come un sollievo da una sofferenza fisica, psicologica e sociale a cui egli non può più far fronte; per questi pazienti infatti continuare a vivere non ha più senso (21).

Questi pazienti sono più isolati e sconnessi dalla realtà, non esprimono i loro bisogni e manifestano una discrepanza tra comunicazione verbale e non verbale, non parlano dei loro piani per il futuro e, spesso mostrano un'attitudine calma e silenziosa prima degli agiti cercando di dimostrare gratitudine e di salutare a modo loro chi gli sta intorno; gli infermieri devono quindi essere bravi a cogliere i segnali che il paziente comunica (21).

Tutti gli interventi infermieristici sono di carattere sia fisico che psicologico, come la capacità di ascoltare, empatizzare, osservare ed essere presente per i bisogni di questi pazienti.

In reparto, tutta l'equipe infermieristica e non dev'essere informata della presenza di un paziente a rischio suicidio, cosicché tutti siano preparati e accorti.

Molto importante è la relazione con il paziente, la dimensione di relazione terapeutica che l'infermiere deve instaurare fin dal primo colloquio affinché si possa creare un clima di empatia e sicurezza e facilitare così sia il riconoscimento del paziente a rischio che poi la comunicazione paziente-infermiere (21).

Anche se discutere del possibile suicidio non lo rende più probabile, il paziente parlando e manifestando le sue intenzioni potrebbe rendersi conto che il suicidio non rappresenta l'unica soluzione; d'altro canto, però chi è seriamente intenzionato ad agire può non confidarsi, per il timore che i suoi piani possano essere ostacolati.

La valutazione del rischio suicidio è un altro intervento infermieristico in cui l'esperienza si unisce ai protocolli per il riconoscimento del paziente a rischio e la valutazione del range di rischio nei pazienti con ideazioni suicidarie (21).

Il rischio può essere valutato anche per capire il livello di osservazione verso il paziente, se egli necessita di un'osservazione stretta e costante o se è possibile supervisionare ogni 15-30 minuti (18).

L'infermiere deve monitorare continuamente questi tipi di pazienti, andrebbero messi preferibilmente in una stanza vicino alla guardiola, anche in stanza doppia se può aiutare il monitoraggio; tenendo sotto controllo il paziente, cercando però di garantire la privacy per quanto sia possibile. Il controllo si espande anche agli effetti personali del paziente; quindi, l'infermiere dovrebbe allontanare qualunque oggetto che possa rappresentare un pericolo per la vita del paziente (18).

Anche l'ambiente risulta fondamentale per gestire il paziente a rischio suicidio, le finestre devono essere chiuse e non apribili, mediche e segmenti detersivi e sostanze potenzialmente pericolose vanno chiuse a chiave, e i bagni devono essere adeguatamente progettati. Si deve inoltre porre particolare attenzione durante gli orari di visita dei parenti durante le ore serali notturne durante il cambio turno quando si è impegnati in attività di emergenza e/o intensa routine (18).

Si possono anche stipulare col paziente dei contratti, facendogli promettere di non mettere in atto nessun tentativo fino ad una determinata data e/o concordare le cose da fare quando si sente di essere vicino al suicidio.

CONCLUSIONI

Le informazioni raccolte indicano la necessità di migliorare alcuni aspetti, che si trovano alla base del processo di assistenza: come la promozione della formazione dei professionisti sanitari, concentrare molto l'attenzione sul primo colloquio con il paziente, aumentare la sicurezza degli assistiti e migliorare la comunicazione sia tra professionisti, sia tra professionista ed assistito. La formazione dei professionisti sanitari riguardo sia il comportamento suicidario sia i disturbi ad esso legati (disturbo depressivo, bipolare, comportamentale), risulta quindi essere una delle strategie più promettenti per ridurre la mortalità legata al suicidio (18), proprio per favorire le conoscenze degli infermieri riguardo questo argomento, aiutarli nell'individuazione precoce dei soggetti a rischio e automaticamente migliorare la loro sicurezza nell'affrontare determinate situazioni, così facendo si ridurrebbe anche lo stress provocato dall'incertezza su come reagire e comportarsi di fronte ai pazienti a rischio suicidio (21); educazione che si può allargare anche alle scuole, creando programmi di prevenzione e di istruzione sul comportamento suicidario e anche di sensibilizzazione verso i pazienti psichiatrici (20).

Si è visto come anche la terapia farmacologica con antidepressivi aiuta a ridurre il comportamento suicidario; la Ketamina riduce l'ideazione, ma non è ancora stata ben testata per la prevenzione di questo tipo di comportamento (20); Clozapina e Litio invece sono stati comprovati sotto l'aspetto di effetto anti-suicidario, ma sono meno specifici di quanto si pensava (11). La psicoterapia, soprattutto quella comportamentale, risulta molto importante per la prevenzione, soprattutto negli stati depressivi (11), perché aiuta a trovare strategie di coping positive e a capire che probabilmente il suicidio non è l'unica soluzione (18). Le direzioni future potrebbero essere rivolte verso altri possibili interventi, al giorno d'oggi infatti la tecnologia è molto sviluppata, quindi perché non investigare di più su possibili screening attivati attraverso internet, attraverso il monitoraggio passivo tramite smartphone o tramite una linea di supporto per identificare i pazienti ad alto rischio (20); anche i caregivers probabilmente potrebbero aiutare sia nell'individuazione di pazienti a rischio, sia nel follow-up post dimissione dei pazienti con condotta suicidaria, ma ci sono ancora troppe poche evidenze scientifiche per stabilire se possono essere d'aiuto o meno (11).

Il suicidio quindi può essere prevenuto, spetta però anche al personale infermieristico cimentarsi con le emozioni del paziente suicida, capire fino in fondo cosa prova chi pianifica la propria morte, se non siamo noi stessi a percorrere quel tunnel risulta impossibile. Si deve provare ad ascoltare, rispettare e comprendere chi in questo momento viaggia da solo; cercando il più possibile di aiutarlo, ma non considerarla una sconfitta personale se non si riesce ad arrivare al proprio scopo.

BIBLIOGRAFIA

1. Colombo G. Elementi di Psichiatria. Padova: Cooperativa Libreria editrice Università di Padova; 2018.
2. Mountier C, MD, American Foundation For Suicide Prevention, Manuale MSD [internet].
<https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/comportamento-suicidario-e-autolesionismo/comportamento-suicidario>.
3. Zotto, A. D. (n.d.). Caratteristiche e andamento temporale della mortalità per suicidio in Italia: uno studio descrittivo sugli ultimi 30 anni.
<https://www.epicentro.iss.it/ben/2020/4/mortalita-suicidio-italia>
4. World Health Organization: WHO. (2023). Suicide. www.who.int.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [internet].
5. Organizzazione Panamericana della Salute (OPS) [internet].
<https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio#:~:text=Ginebra%2C%2017%20de%20junio%20de,%E2%80%9CSuicide%20worldwide%20in%202019%E2%80%9D>.
6. Ministero della Salute. Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella, 6° Rapporto (Gennaio 2005 – Dicembre 2020).
7. Gianfrancesco, F. (2018, April 30). Gestione e monitoraggio degli eventi sentinella in sanità. Nurse24.it.
<https://www.nurse24.it/studenti/standard/evento-sentinella-protocollo-monitoraggio.html>

8. Ministero della Salute (n.d.). Monitoraggio eventi sentinella. <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=vuoto>
9. Ministero della Salute. Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella, 5° Rapporto (Settembre 2005 – Dicembre 2012).
10. Ministero della Salute. Raccomandazione n°4 ‘Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale’, Marzo 2008.
11. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balázs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30030-x)
12. Park, C. H. K., Lee, J. W., Lee, S. Y., Moon, J., Jeon, D., Shim, S., Cho, S. J., Kim, S. G., Lee, J., Paik, J. W., Kim, M., You, S., Jeon, H. J., Rhee, S. J., Kim, M. J., Kim, J., & Ahn, Y. M. (2020). *Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. Journal of Psychiatric Research*, 131, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.018>
13. Meherali, S., Punjani, N. S., Louie-Poon, S., Rahim, K. A., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. (2021). *Mental health of children and Adolescents amidst*

COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(7), 3432. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>

14. Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez-Solà, V., Sáiz, P. A., & Ruiz, J. S. (2012). *Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
15. Fazel, S., & Runeson, B. (2020b). Suicide. *The New England Journal of Medicine*, 382(3), 266–274. <https://doi.org/10.1056/nejmra1902944>
16. Istat. (n.d.-a). *Statistiche istat.* © OECD. <http://dati.istat.it/#>
17. Marina. (2023, July 13). *Gestione del rischio suicidario nel Servizio sanitario nazionale: dai limiti clinico-organizzativi alle prospettive di eHealth – Fnopi L’infermiere.* Fnopi
L’infermiere. <https://www.infermiereonline.org/2023/05/03/gestione-del-rischio-suicidario-nel-servizio-sanitario-nazionale-dai-limiti-clinico-organizzativi-alle-prospettive-di-ehealth/>
18. Navin, K., Kuppili, P. P., Menon, V., & Kattimani, S. (2019b). Suicide Prevention Strategies for General Hospital and Psychiatric Inpatients: A Narrative review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(5), 403–412. https://doi.org/10.4103/ijpsym.ijpsym_169_19

19. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J. M., Beautrais, A. L., Currier, D., Haas, A. P., Hegerl, U., Lönnqvist, J., Malone, K., Marušič, A., Mehlum, L., Patton, G. C., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M. M., Takahashi, Y., Hendin, H. (2005). *Suicide Prevention strategies*. *JAMA*, 294(16), 2064. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
20. Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
21. García, R. C., Casanova-Garrigós, G., & Poyato, A. R. M. (2021b). Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2995–3007. <https://doi.org/10.1111/jan.14789>

ALLEGATI

Allegato I. Tabella V. Tabella di sintesi dei risultati.

Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Riassunto articolo	Risultati
<p>Titolo: Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters and multiple suicide attempters.</p> <p>Autore: C. Hyung Keun Park</p> <p>Anno: 2020</p> <p>Tipologia di studio: Studio trasversale</p> <p>Rivista: Journal of Psychiatric Research</p>	<p>Si sono comparati, attraverso degli studi, 3 gruppi riferiti al comportamento suicidario: ideatori suicidi, tentato suicidio (singolo) e multiplo tentato suicidio. In questo studio trasversale si è voluto investigare sulle differenze di rischio per suicidio tra i 3 gruppi tramite i fattori epidemiologici e clinici, diagnosi psichiatriche, impulsività e stress nei gruppi.</p>	<p><u>Fattori sociodemografici:</u> c'è stata una tendenza statisticamente significativa nei confronti delle persone più giovani con gruppi di forme di suicidio più evolute. Gli ideatori suicidari tendono ad essere più vecchi rispetto a chi tenta il suicidio (singolo e multiplo); e nel gruppo di chi tenta il suicidio una sola volta sono di più i maschi rispetto al gruppo degli ideatori suicidari.</p> <p><u>Fattori clinici:</u> si è riscontrata un'associazione tra questi 3 gruppi suicidari e i ricoveri psichiatrici o storia di traumi infantili o storie familiari di tentati suicidi e suicidi compiuti; ciò aumenta la possibilità di sviluppare ideazioni suicidarie.</p> <p><u>Diagnosi psichiatriche e rischio suicidio:</u> un episodio depressivo, maniacale, posttraumatico da stress e abusi di sostanze o alcool, aumentano il rischio di suicidio.</p> <p><u>Punteggi di valutazione clinica:</u> esistono gradi diversi di gravità ed intensità di ideazione suicidaria anche in base ai sintomi depressivi, ansia, stress e impulsività.</p>
<p>Titolo: Suicide prevention strategies revisited: 10-years systematic review</p> <p>Autore: Gil Zalsman</p>	<p>Attraverso una ricerca in Pubmed e la Cochrane Library, si è arrivati a presentare un'evidenza aggiornata sull'efficacia degli interventi per prevenzione del suicidio dal 2005.</p>	<p>C'è stato un aumento delle restrizioni sui mezzi letali dal 2005, soprattutto nel controllo degli analgesici e nei punti caldi da cui le persone potevano saltare.</p>

<p>Anno: 2016</p> <p>Tipologia di studio: revisione sistematica</p> <p>Rivista: The Lancet</p>	<p>Si sono esaminati 7 interventi: educazione pubblica e medica, strategie mediatiche, screening, accesso ristretto ai mezzi letali, trattamenti e supporto attraverso internet e numeri verdi.</p> <p>Si è riscontrato che, dal 2005, le restrizioni ai mezzi letali sono state rinforzate, soprattutto il controllo degli analgesici e le aree sensibili per il suicidio attraverso i salti da altezze; l'efficacia anti-suicidio di clozapina e litio è stata comprovata; la terapia farmacologica e psicologica è fondamentale per la prevenzione nel disturbo depressivo; tuttavia, ci sono scarse evidenze che dimostrano che lo screening nelle cure primarie possa portare dei benefici.</p> <p>Concludendo, non esiste una strategia migliore delle altre rispetto alla prevenzione del suicidio, la combinazione di più strategie risulta efficace nella prevenzione.</p>	<p>Sono stati presentati progetti scolastici per la prevenzione del suicidio e per ridurre l'ideazione suicidaria. È stata comprovata l'effetto anti-suicidario di Clozapina e Litio, ma sono risultati meno specifici di quanto si pensava. Farmacoterapia e psicoterapia sono risultate molto importanti per la prevenzione del suicidio, soprattutto negli stati depressivi. Sono però insufficienti i dati riguardo allo screening nelle cure primarie per la prevenzione, alla pubblica educazione e alle linee guida mediatiche. Altri approcci che hanno bisogno di più ricerca sono risultati essere la formazione del caregiver e internet e le linee verdi di supporto.</p>
<p>Titolo: Suicide prevention strategie: a systematic review</p> <p>Autore: J John Mann</p> <p>Anno: 2005</p> <p>Tipologia di studio: Revisione sistematica</p> <p>Rivista: Clinician's Corner</p>	<p>L'obiettivo è quello di esaminare e provare l'efficacia di interventi specifici per la prevenzione del suicidio e dare suggerimenti per i futuri programmi e ricerche sulla prevenzione. Si è riscontrato che educazione medica nel trattamento e riconoscimento del disturbo depressivo e la restrizione dei mezzi letali riducono il rischio di suicidio. Altri tipi di intervento invece richiedono più ricerche.</p> <p>Inoltre, accertare quali componenti dei programmi di prevenzione del suicidio siano efficaci nel ridurre i tassi di suicidio e di tentativi di suicidio risulta essenziale per ottimizzare l'uso di risorse limitate.</p>	<p>L'educazione del personale sanitario e le restrizioni sull'accesso a mezzi letali sono risultati essere importanti per prevenire il suicidio. Altre forme di intervento come l'educazione pubblica, i programmi di screening e l'educazione mediatica hanno bisogno di più ricerche.</p>
<p>Titolo: Improving suicide prevention through evidence-based strategie: a systematic review</p> <p>Autore: J John Mann</p> <p>Anno: 2021</p>	<p>L'autore ha cercato di identificare le strategie per la prevenzione del suicidio.</p> <p>Per prevenire il suicidio è importante formare i professionisti sanitari nel riconoscimento e trattamento del disturbo depressivo, così come è importante educare i giovani su questo disturbo e sul comportamento suicidario. L'autore ha</p>	<p>La formazione dei professionisti sanitari riguardo il riconoscimento del disturbo depressivo e il suo trattamento aiuta a prevenire il suicidio. Educare i giovani riguardo la depressione e il comportamento suicidario e sensibilizzare attivamente verso i</p>

<p>Tipologia di studio: Revisione sistematica</p> <p>Rivista: American Journal of Psychiatry</p>	<p>riscontrato che anche gli antidepressivi risultano efficaci nella prevenzione, così come la terapia comportamentale e la restrizione dei mezzi letali. Gli screening invece non sono stati comprovati come intervento efficace per prevenire il suicidio; mentre sono ancora sotto studiati i mezzi elettronici, internet e lo smartphone come aiuto nella prevenzione. Infine, il follow-up dei pazienti dovrebbe essere usato di routine per aiutarli nel percorso ed evitare ricadute. La combinazione di vari metodi di prevenzione risulta essere la strategia migliore.</p>	<p>pazienti psichiatrici dopo la dimissione o dopo una crisi suicidaria, previene il comportamento suicidario. Si è visto come gli antidepressivi prevengano i tentativi di suicidio; la ketamina riduce l'ideazione suicidaria, ma non è ancora stata testata per la prevenzione del comportamento suicidario. Anche la terapia comportamentale previene questo tipo di comportamento. Non è stato ancora provato che lo screening per l'ideazione suicidaria o il comportamento suicidario siano meglio dello screening solo per la depressione. Riguardo l'educazione dei caregiver non ci sono ancora abbastanza ricerche, per stabilire se è utile per prevenire o meno il suicidio. La restrizione dei mezzi letali, soprattutto le armi da fuoco, previene il suicidio, ma è raramente impiegata negli Stati Uniti, anche se metà dei suicidi lì avviene per via delle armi da fuoco. Infine, ci sono delle evidenze basate sugli screening tramite Internet e il monitoraggio passivo tramite smartphone per identificare i pazienti ad alto rischio, però sono ancora sotto studiati.</p>
<p>Titolo: Suicide Prevention Strategies for General Hospital and Psychiatric Inpatients: A Narrative review</p> <p>Autore: Karthick Navin</p> <p>Anno: 2019</p>	<p>Questo articolo si propone di fornire una panoramica sui vari interventi per la prevenzione del suicidio negli ospedali, inclusi i reparti psichiatrici. Modifiche all'ambiente ed educazione dei professionisti sanitari sembrano essere le strategie più promettenti per ridurre i suicidi in ospedale. Tra i metodi farmacologici, la</p>	<p>Le modificazioni ambientali e la formazione dei professionisti sanitari sembrano essere le strategie più promettenti per ridurre la mortalità legata al suicidio tra i pazienti. Tra i metodi farmacologici, la ketamina si era mostrata inizialmente promettente</p>

<p>Tipologia di studio: Revisione narrativa Rivista: Indian Journal of Psychological Medicine</p>	<p>ketamina è uno tra i farmaci favoriti. Esistono inoltre, evidenze limitate, ma positive riguardo la terapia comportamentale, soprattutto quella focalizzata nell'immediato periodo post dimissione. Ci sono un sacco di ricerche riguardo questo argomento e tutte riscontrano che ci sia un bisogno immediato di educare come prima cosa i professionisti sanitari per evitare che il suicidio accada.</p>	<p>nel ridurre l'ideazione suicidaria. Esistono evidenze limitate, ma positive, per la terapia cognitiva focalizzata nell'immediata post dimissione.</p>
<p>Titolo: Suicide Autore: Seena Fazel Anno: 2020 Tipologia di studio Rivista: New English Journal of Medicine</p>	<p>Approssimativamente 800.000 persone muoiono ogni anno per suicidio, nel modo; quasi 1,5% di tutte le morti, avvengono quindi per suicidio. In questo articolo l'autore si propone di dare uno sguardo generale all'epidemiologia del suicidio, considerando poi i fattori di rischio come fattori individuali e fattori ambientali per infine valutarli e fornire degli interventi per ridurre questo rischio.</p>	
<p>Titolo: Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España Autore: José L. Ayuso-Mateos Anno: 2012 Tipologia di studio: Revisione narrativa Rivista: <u>Revista de Psiquiatría y Salud Mental</u></p>	<p>L'autore ha cercato di proporre un insieme di suggerimenti e raccomandazioni sull'impatto, la prevenzione e la gestione del comportamento suicidario. Si sono discusse le evidenze su epidemiologia del fenomeno, fattori di rischio e di protezione e strumenti per la valutazione del comportamento suicidario, come protocolli, formazione dei professionisti sanitari e interventi sulla popolazione potenzialmente a rischio.</p>	<p>In questa revisione un gruppo di psichiatri esperti ha sintetizzato un insieme di raccomandazioni sull'impatto, la prevenzione e la gestione della condotta suicidaria.</p>
<p>Titolo: Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies Autore: Rafael Clua-Garcia Anno: 2021</p>	<p>L'obiettivo dell'articolo è quello di esplorare le esperienze degli infermieri riguardo alla cura dei pazienti a rischio suicidio e identificare e sintetizzare gli interventi più idonei per la cura dei pazienti con comportamento suicidario dalla prospettiva di un infermiere. Si sono individuate 4 categorie: comprendere il comportamento suicidario come una</p>	<p>Da questa analisi sono state ricavate quattro categorie che risultano importanti per la prevenzione del suicidio: comprendere il comportamento suicidario come conseguenza di una sofferenza, lo stress personale delle infermiere nella cura dei pazienti a rischio suicidio, la</p>

<p>Tipologia di studio: meta-sintesi di studi qualitativi</p> <p>Rivista: Journal of Advanced Nursing</p>	<p>conseguenza di una sofferenza; l'angoscia degli infermieri nella cura di pazienti a rischio suicidio; la presenza dell'infermiere come l'asse portante della cura al suicidio e migliorare le competenze relazionali degli infermieri per un miglior ambiente terapeutico.</p> <p>In conclusione, si è riscontrato che approfondire la formazione infermieristica nella relazione terapeutica con i pazienti a rischio suicidio, soprattutto negli ambienti ospedalieri non riguardanti la salute mentale e monitorare l'impatto emozionale degli infermieri in relazione al suicidio è fondamentale per promuovere una prevenzione e cura del paziente molto più efficace.</p>	<p>presenza di un infermiere come l'asse portante della cura al suicidio, e migliorare la le competenze relazionali degli infermieri per un ambiente terapeutico migliore.</p>
---	--	--

Allegato II. Nurses' Global Assessment Suicide Risk (NGASR-ita)

Tabella 1. La versione italiana della Nurses' Global Assessment Suicide Risk (NGASR-ita)	
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
Livello di rischio:	
≤ 5	livello 4 - livello di rischio basso
6 <score≤8	livello 3 - livello di rischio medio
9 <score≤11	livello 2 - livello di rischio alto
score ≥12	livello 1 - livello di rischio molto alto