

1222 • 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**LA GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE
A RISCHIO SUICIDARIO.
PREVENZIONE E RESPONSABILITÀ
INFERMIERISTICA**

Relatore: *Prof. Giovanni Cecchetto*

Laureanda: *Arianna Rossini*

Matricola n. *1228479*

ABSTRACT

Problema: Il suicidio e il tentato suicidio sono un problema di reale importanza che mira alla sicurezza dei pazienti ricoverati in tutte le strutture del territorio italiano. Secondo il quinto rapporto del Ministero della Salute sugli eventi avversi, al secondo posto, con 295 segnalazioni su 1918 (15,4%), si trovano i pazienti che si sono suicidati o hanno tentato il suicidio (preceduti dalla caduta accidentale di paziente – 24,6%).

Obiettivi: Questo studio ha l'obiettivo, attraverso l'analisi di casi di pazienti morti suicidi, di capire quali sono state le azioni che hanno portato al verificarsi dell'evento e, di conseguenza, quali sono le responsabilità a capo del personale infermieristico. In secondo luogo, utilizzando la tecnica "dell'apprendere dall'errore", proporre strategie di miglioramento atte a garantire una prevenzione ospedaliera sempre più efficace e di qualità.

Strategie e interventi: Partendo dall'analisi delle linee guida emanate dal Ministero della Salute, quale la Raccomandazione n.4 del marzo 2008, si è arrivati a elencare le azioni e i comportamenti che gli operatori sanitari devono adoperare per garantire la sicurezza del paziente. Inoltre, sono state descritte le responsabilità pratiche e le conseguenze legali a carico specificatamente della figura dell'infermiere.

Fattibilità del progetto: Una volta riportate le ricostruzioni delle dinamiche degli eventi descritte nei cinque casi di suicidio selezionati, è stata eseguita una sintesi di tutti i dati a disposizione ottenendo, così, un'idea chiara sulle azioni effettivamente compiute dagli operatori sanitari e sul comportamento tenuto dai pazienti durante tutto il periodo del ricovero. Lo studio è di tipo retrospettivo e i dati sono stati ricavati mediante un'analisi reattiva di casi giudiziari recuperati dagli archivi di Medicina Legale di Padova. I criteri di inclusione sono "suicidio" e "ambiente ospedaliero".

Modalità di controllo del progetto attuativo: Per tutti i casi analizzati, sono state evidenziate alcune possibili criticità sull'operato degli operatori sanitari in servizio, con particolare riferimento alla figura professionale dell'infermiere. Si è andati a valutare l'adeguatezza delle strutture in cui è avvenuto l'evento e la qualità della documentazione clinica.

Conclusione: Il suicidio in ospedale è tutt'ora un problema e la prevenzione è un'attività complessa, talvolta imprevedibile, che richiede tante conoscenze, risorse e strutture adeguate. Grazie all'analisi dei casi selezionati è stato possibile rilevare

alcune criticità e, partendo da quest'ultime, si è provato ad avanzare alcune proposte di miglioramento. È chiaro che non tutte possono essere applicate e che i casi selezionati non sono rappresentativi dell'intera situazione (ci saranno sicuramente altri aspetti che non sono stati analizzati), ma mettere in luce alcune problematiche dell'assistenza che potrebbero essere migliorate, è certamente un punto di partenza per ridurre il numero dei suicidi negli ospedali.

Parole chiave: Suicidio, paziente, infermiere, responsabilità, prevenzione.

Key words: Suicide, patient, nurse, responsibility, prevention.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I: PROBLEMA	3
1.1 Suicidio e tentato suicidio.....	3
1.2 Epidemiologia	4
1.3 Gli eventi sentinella.....	6
CAPITOLO II: OBIETTIVI	9
CAPITOLO III: STRATEGIE E INTERVENTI	11
3.1 Gli eventi sentinella.....	11
3.1.1 <i>Identificazione dei fattori di rischio</i>	12
3.1.2 <i>Adozione di misure preventive di sicurezza</i>	14
3.1.3 <i>Rivalutazione giornaliera del rischio</i>	16
3.1.4 <i>Adeguate assistenza infermieristica e adeguata formazione professionale</i>	16
3.1.5 <i>Continuità ospedale – territorio</i>	17
3.2 Responsabilità a carico degli operatori sanitari.....	18
3.2.1 <i>Azioni da intraprendere dopo un suicidio in ospedale</i>	19
3.2.2 <i>La comunicazione all'autorità giudiziaria. L'obbligo di rapporto</i>	21
3.3 Problematiche medico-legali del suicidio in ambito psichiatrico e responsabilità penali a carico dell'infermiere	22
CAPITOLO IV: FATTIBILITÀ DEL PROGETTO	25
4.1 Casistica selezionata al fine della ricerca.....	25
4.1.1 <i>1° caso: Paziente con diagnosi di trauma della strada + sindrome depressiva grave</i>	25
4.1.2 <i>2° caso: Paziente con diagnosi di disturbo bipolare di personalità di tipo passiva-aggressiva + iniziale decadimento cognitivo</i>	27
4.1.3 <i>3° caso: Paziente in diagnosi di disturbo delirante cronico</i>	27

4.1.4	<i>4° caso: Paziente in diagnosi di disturbo depressivo associato a quadro organico non verificato...</i>	28
4.1.5	<i>5° caso: Paziente con diagnosi di disturbo depressivo maggiore ricorrente grave in disturbo di personalità NAS con modalità relazionali passivo -aggressive...</i>	29

CAPITOLO V: MODALITÀ DI CONTROLLO DEL PROCESSO ATTUATIVO		31
5.1	Possibili criticità sull'operato del personale infermieristico	31
5.1.1	<i>Considerazioni 1° caso</i>	31
5.1.2	<i>Considerazioni 2° caso</i>	31
5.1.3	<i>Considerazioni 3° caso</i>	32
5.1.4	<i>Considerazioni 4° caso</i>	32
5.1.5	<i>Considerazioni 5° caso</i>	32
5.2	Analisi dei dati	33
5.3	Strategie di miglioramento	34
CONCLUSIONI		35
BIBLIOGRAFIA		37
ALLEGATI		39

INTRODUZIONE

L'interesse per questo argomento nasce dopo aver fatto tirocinio presso il reparto di Psichiatria 1 e il Pronto Soccorso Pediatrico all'interno dell'Azienda ospedaliera di Padova. In entrambe queste realtà sono entrata in contatto con pazienti che presentavano pensieri e idee suicidarie e ho provato a toccare con mano la difficile gestione.

In PS pediatrico mi è capitato, in più di un'occasione, di assistere il mio infermiere guida in una medicazione di ferite da taglio su avambracci o gambe, di fare un colloquio con giovani pazienti per cercare di capire i motivi del gesto e di rassicurare genitori spaventati e pieni di domande.

In Psichiatria, invece, spesso ho ricoperto ruoli di sorveglianza, ad esempio durante i pasti, per evitare che i pazienti, soprattutto quelli ricoverati con diagnosi di idee suicidarie, mettessero in atto comportamenti anticonservativi. In più di un paio di occasioni, ho recuperato posate di plastica nascoste nei pantaloni oppure, con gli infermieri in turno, abbiamo fermato pazienti che tentavano di fuggire o di farsi del male sbattendo la testa contro il muro (per fare alcuni esempi).

Grazie a queste esperienze, ho avuto modo di riflettere molto sull'importanza del ruolo infermieristico nella gestione di pazienti che presentano problematiche di salute mentale. Mi sono più volte chiesta che cosa potessero e dovessero fare gli infermieri per garantire la sicurezza di persone che, come unico obiettivo, hanno quello di attentare alla propria vita. Partendo da questi ragionamenti, ho impostato il mio progetto di tesi: avendo come riferimento linee guida e protocolli, volevo capire quali fossero le cause alla base del suicidio in ospedale e quali potessero essere le azioni da intraprendere al fine di prevenire comportamenti autolesionistici. È stato fatto uno studio di tipo retrospettivo e i dati sono stati ricavati mediante un'analisi reattiva di casi giudiziari recuperati dagli archivi di Medicina Legale di Padova. I criteri di inclusione sono "suicidio" e "ambiente ospedaliero".

Nel primo capitolo sono stati riportati i dati epidemiologici del suicidio nel territorio italiano, facendo una distinzione per sesso, età, zona di nascita e successivamente i dati del suicidio all'interno delle strutture ospedaliere.

Nel secondo capitolo vengono elencati gli obiettivi.

Nel terzo capitolo sono state esposte le linee guida emanate dal Ministero della Salute che delineano i comportamenti che gli operatori sanitari devono adoperare per garantire la sicurezza del paziente; in seguito, sono state delineate le responsabilità pratiche e le conseguenze legali a carico specificatamente della figura dell'infermiere. Nel quarto sono stati presentati cinque casi clinici di pazienti che si sono suicidati all'interno di strutture di cura, con conseguente analisi dettagliata e critica dei fatti. A partire dai dati ricavati, nel quinto capitolo, si è provato ad avanzare, qualora possibile, ipotesi e strategie di miglioramento per rendere la prevenzione più efficace.

CAPITOLO I: PROBLEMA

1.1 Suicidio e tentato suicidio

Il suicidio, con il tentato suicidio e l'autoaggressività, rientra nella categoria definita come Disturbi dell'Istinto di Conservazione. Quest'ultimi a loro volta, come i disturbi del comportamento alimentare, del comportamento sessuale (parafilie o perversioni sessuali), del comportamento d'autonomia (dipendenze patologiche: dipendenze comportamentali o dipendenze da sostanze) e del comportamento sociale, fanno parte di un'altra categoria più ampia che riunisce tutti i disturbi del comportamento (1).

Per suicidio (dal latino *suicidium*, uccisione di sé stessi) si intende qualsiasi atto umano volto a procurarsi intenzionalmente la morte.

La patogenesi di un atto suicidario viene detta multifattoriale in quanto possono essere presenti più fattori che contribuiscono allo sviluppo del pensiero suicidario e quindi, di conseguenza, all'atto stesso. Questi fattori vengono definiti *aree di vulnerabilità* e sono: elementi genetici, fattori psicosociali e ambientali (es: lutto, rotture importanti di relazioni interpersonali, fallimenti personali, uso di alcuni farmaci, alcool, droghe, antecedenti atti suicidari in famiglia), caratteristiche di personalità (es: incapacità di trovare soluzioni, convinzione di essere senza speranza, scarsa flessibilità di pensiero, bassa autostima), malattie fisiche (es: cancro, HIV, Sclerosi multipla, amputazioni) e diagnosi psichiatriche (es: depressione grave, schizofrenia) (1).

Nonostante le cause alla base dell'atto suicidario siano diverse, un fattore che si presenta in modo costante in tutti coloro che effettuano l'atto suicidario è *l'ideazione suicidaria* cioè l'insieme di pensieri, idee, pianificazioni e azioni preparatorie relative all'atto stesso (2). Esistono tre livelli di ideazione suicidaria che corrispondono ad un grado sempre crescente di gravità e richiedono interventi specifici e differenti: pensiero di morte, idea di suicidio e progettazione suicidaria.

Qualora un'azione suicidaria non causi la morte, allora si parla di tentato suicidio (TS); difatti il tentato suicidio viene definito come comportamento potenzialmente dannoso, con esito non fatale, per il quale vi è evidenza dell'intenzionalità di procurarsi la morte. Un TS può o meno comportare lesioni o conseguenze di competenza medica. Una scarsa pianificazione, la mancanza di conoscenza della letalità del metodo scelto, una scarsa intenzionalità, oppure l'intervento casuale da parte di altri quando il

comportamento suicidario è già stato avviato, possono influenzare la gravità delle lesioni riportate dal paziente (3).

Il tentato suicidio viene generalmente diviso in:

- Parasuicidio: comportamento suicidario ad intenzionalità autosoppressiva dubbia o comunque discutibile. È un comportamento teso a due obiettivi essenziali: trasmettere un messaggio ad altri (funzione comunicativa, in genere un segnale d'allarme e/o una richiesta d'aiuto), oppure esprimere una liberazione di aggressività (funzione catartica).
- Suicidio mancato: atto suicidario con conseguente fortuita sopravvivenza.

Alcuni soggetti che hanno compiuto TS ritentano l'atto nel 40% dei casi e lo trasformano in un comportamento suicidario vero (il 10 % dei tentati suicidi arriva al suicidio letale entro i 10 anni successivi) ed è quindi fondamentale il monitoraggio e l'attenta supervisione di questi individui (1).

1.2 Epidemiologia

L'Italia si colloca tra i Paesi del mondo a più basso rischio di suicidio, con un tasso di mortalità per questa causa che è quasi la metà rispetto alla media dei Paesi dell'Unione Europea ma, nondimeno, il suicidio continua anche nel nostro Paese a causare una grande perdita di vite umane, molto più alta di quella causata, ad esempio, dall'omicidio (4).

Il tasso di mortalità per il suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'istituto Nazionale di Statistica e classificati secondo l'International Classification of Disease e dai dati sempre di fonte Istat della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Poiché il suicidio è un evento estremamente raro nell'infanzia, i tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione di 15 anni e più.

Il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio nel biennio 2017-2018 (ultimi anni per i quali i dati sono attualmente disponibili) è stato pari a 7,18 per 100.000 abitanti. In termini assoluti, si sono suicidate 7.520 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 77,4%. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 11,65 per 100.000 abitanti per gli uomini e a 3,04 per 100.000 abitanti per le donne. Rispetto ai valori del tasso standardizzato del biennio 2015-2016 riportati nel Rapporto Osservasalute –

Edizione 2019 (uomini 12,14 per 100.000; donne 2,98 per 100.000), si registra una riduzione della mortalità tra gli uomini e un lieve aumento tra le donne (5).

Volendo osservare i dati sulla mortalità per suicidio raccolti dal 1987, si può notare il verificarsi di una diminuzione sia per gli uomini come per le donne (figura 1.1, 1.2).

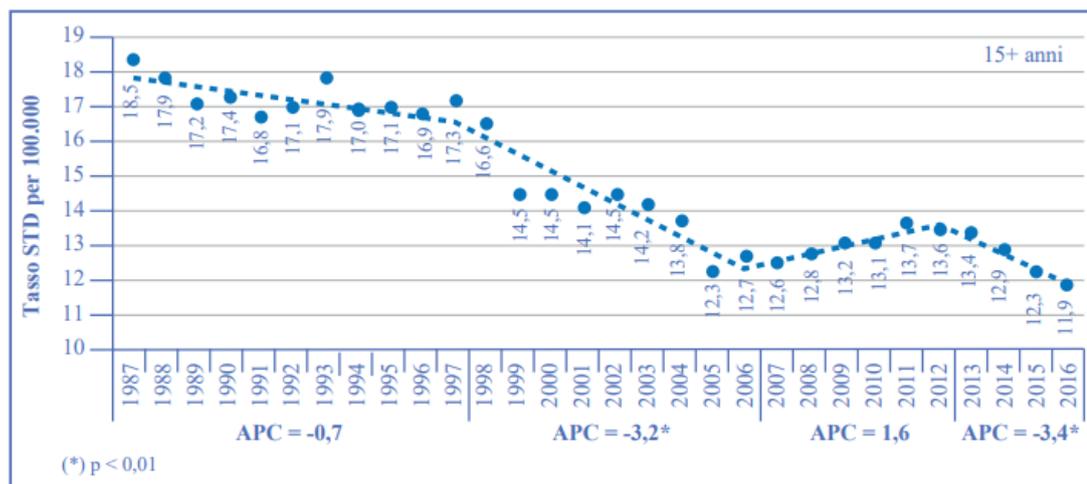


Figura 1.1 Tasso standardizzato (STD) di mortalità per suicidio (APC: Annual Percentage Change). Uomini. Italia. Anni 1987-2016.

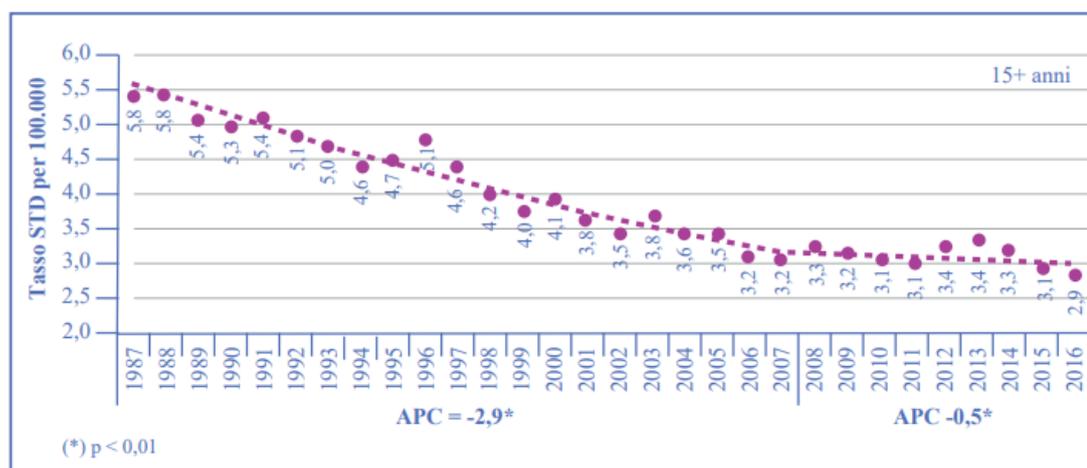


Figura 1.2 - Tasso standardizzato (STD) di mortalità per suicidio (APC: Annual Percentage Change). Donne. Italia. Anni 1987-2016.

Tra i dati di tutti i suicidi registrati nel territorio italiano sopra riportati, è presente una percentuale che indica il numero di suicidi avvenuti all'interno di strutture ospedaliere. Negli ospedali italiani, secondo il quinto rapporto del Ministero della Salute sugli eventi avversi segnalati dal 2005 al 2012, su 1918 segnalazioni, 295 (15,4%) si riferiscono a pazienti che si sono suicidati o hanno tentato il suicidio, mentre la caduta

accidentale di paziente, con 471 segnalazioni (24,6%), risulta essere la prima causa di evento avverso che può portare a morte o a grave danno per il paziente (6).

Sia il suicidio/tentato suicidio sia la caduta accidentale di paziente vengono, in questo contesto, identificati come eventi sentinella.

1.3 Gli eventi sentinella

Si definisce evento sentinella: *“un evento avverso, particolarmente grave, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è condizione 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).

Uno degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale è quello di garantire un’assistenza di alta qualità e di massima sicurezza per i pazienti di tutto il territorio italiano. Proprio per questo tra i compiti del Ministero della Salute c’è quello di valutare e controllare l’effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza anche per gli aspetti della qualità e della sicurezza dei pazienti, e così prevenire che eventuali eventi sentinella accadano (6).

Per i sistemi sanitari, sia la gestione del rischio clinico come anche la sicurezza dei pazienti, sono punti critici di difficile gestione proprio perché la complessità delle organizzazioni sanitarie, il livello tecnologico e l’alto numero di prestazioni erogate costituiscono fattori che possono aumentare il verificarsi di errori.

Con l’ottica di perseguire questo obiettivo di rilevazione e controllo, il Ministero della Salute ha avviato uno specifico protocollo di monitoraggio, così da fornire alle Regioni, alle P.A. ed alle Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e di gestione degli eventi sul territorio nazionale.

Il protocollo di monitoraggio comprende:

1. Schede descrittive degli eventi sentinella
2. Scheda per la segnalazione dell’evento sentinella
3. Scheda di analisi delle cause e dei fattori contribuenti al verificarsi dell’evento, comprensiva delle “Azioni per la riduzione del Rischio”.

Per poter raccogliere, organizzare i dati ed effettuare tali azioni di monitoraggio è stato sviluppato un sistema informativo chiamato “Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi Avversi” - SIMES. Attraverso il SIMES le strutture sanitarie, per il tramite delle Regioni e le Province Autonome (P.A.), hanno la possibilità di segnalare gli eventi occorsi ed analizzarne le cause ed i fattori contribuenti con lo scopo di imparare da questi e mettere in atto piani di azione volti a ridurre la possibilità che l’evento si verifichi nuovamente.

L’ultimo rapporto attualmente disponibile è il quinto (settembre 2005 - dicembre 2012) che riporta una panoramica generale degli eventi sentinella registrati negli ospedali italiani.

Nella tabella riportata, vengono indicate tutte le categorie di eventi sentinella identificate dal protocollo di monitoraggio ed elencate per frequenza (tabella I).

Tabella I – Frequenza di segnalazioni per tipologia di evento

TIPO EVENTO	N°	%
Morte o grave danno per caduta di paziente	471	24,6
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	295	15,4
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	275	14,3
Atti di violenza a danno di operatore	165	8,6
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	159	8,29
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	135	7,04
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	82	4,28
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	79	4,12
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	72	3,75
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	55	2,87
Errata procedura su paziente corretto	32	1,67
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	27	1,41
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	26	1,36
Procedura corretta in paziente sbagliato	16	0,83
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	15	0,78
Violenza su paziente in ospedale	14	0,73
TOTALE	1918	100

Inoltre, si ha la possibilità di ricavare anche i dati sul tipo di specialità nella quale avvengono con più frequenza le segnalazioni di eventi sentinella: al primo posto con il 13,61% delle segnalazioni c'è il reparto di medicina generale, nell'11,52% il reparto non viene specificato, il reparto di ostetricia e ginecologia è al terzo posto con 10,79%, a seguire chirurgia generale con 10,69%, mentre psichiatria è al quinto posto con 7,92% delle segnalazioni totali.

Il reparto di degenza (39,6%) viene individuato come il luogo nel quale con più frequenza si verificano eventi avversi mentre al secondo posto c'è la sala operatoria (18,72%).

La morte del paziente viene identificata come la prima conseguenza (35,61%) in seguito all'evento avverso verificatosi (6).

I dati complessivamente validati sono stati 1918 e, nonostante un persistente fenomeno di sotto-segnalazione che caratterizza tali sistemi di reporting, si rileva per il 2012 (n. segnalazioni=466) una sostanziale tendenza all'aumento del numero delle segnalazioni da parte delle strutture sanitarie rispetto al 2011 (n. segnalazioni=407).

Il fatto che si sia verificato tale aumento nel corso degli anni è da considerarsi un elemento positivo, soprattutto se si considera la segnalazione stessa come un indicatore significativo della cultura della sicurezza raggiunta dalle organizzazioni sanitarie e dell'espressione di un progressivo miglioramento nell'identificazione e nell'analisi degli eventi avversi.

CAPITOLO II: OBIETTIVI

Dai dati riportati nel capitolo precedente si evince che il suicidio e il tentato suicidio sono un reale problema che mira alla sicurezza dei pazienti in ospedale; questi rappresentano un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su un'appropriate valutazione delle condizioni del paziente.

L'obiettivo principale di questo studio, dopo aver analizzato alcuni casi di pazienti che si sono suicidati in ospedale, è capire quali sono le cause alla base del presentarsi dell'evento e quali sono le possibili responsabilità professionali a carico del personale infermieristico.

Altro obiettivo sarà quello di avanzare delle ipotesi di miglioramento, se effettivamente applicabili, con particolare riferimento alla figura professionale dell'infermiere.

Dal punto di vista del clinical risk management è stata fatta una valutazione reattiva, cioè si è riusciti perseguire tali obiettivi ricavando i dati dall'analisi di eventi che si sono già verificati.

CAPITOLO III: STRATEGIE ED INTERVENTI

3.1 Linee guida e protocolli per la prevenzione del suicidio

La condizione di ricovero comporta, alla maggior parte degli utenti che vi accedono, diversi disagi collegati, non solo, alla gravità della patologia organica, ma anche alla separazione del nucleo familiare, alla necessità di adeguarsi a nuovi ritmi, nuove consuetudini, diverse strutture gerarchiche, alla rinuncia alla privacy, allo stato di dipendenza dagli altri, con conseguente perdita della propria autonomia. Per coloro che hanno sviluppato, che sia in corso di giorni oppure mesi, pensieri e idee suicidarie, un ricovero potrebbe far precipitare la situazione e quindi far aumentare il rischio suicidario, proprio perché sono persone più fragili, maggiormente sensibili ai cambiamenti e in balia di avvenimenti che non possono né modificare né dominare (8).

Al fine di prevenire episodi di suicidio tra i pazienti ricoverati in ospedale, il Ministero della Salute ha stilato un documento, la Raccomandazione n. 4 del marzo 2008, che riporta un insieme di linee guida e protocolli che inquadrano tutte le azioni che gli operatori sanitari devono fare sia, per individuare la presenza o meno di rischio suicidario, sia per mettere e mantenere i pazienti e l'ambiente in sicurezza (9).

Tuttavia, attuare azioni preventive non è sempre facile: le sole linee guida, i protocolli, la preparazione e l'attenzione del personale non sono sufficienti. Questo perché la prevenzione dipende da tre fattori diversi (10):

- Ampiezza della popolazione: i fattori di rischio indicativi di suicidio sono presenti in molte persone della popolazione (soprattutto in quelle ospedalizzate), tanto che gli stessi non risultano essere discriminanti per la valutazione del rischio suicidario. Essi in realtà individuano una popolazione a rischio potenziale teorico ma di fatto con scarsissimo o nullo rischio reale in atto in un dato momento.
- Variabilità del livello di rischio: lo stesso paziente può variare nel tempo il proprio livello di rischio dal momento che esso dipende soprattutto da circostanze esterne o interne che provocano un vissuto di perdita e una diminuzione dell'autocontrollo, tanto da far passare, in modo rapido e imprevedibile, il rischio da un livello nullo ad un livello reale molto elevato. Allo stesso modo il livello di rischio può rapidamente recedere.

Non è, quindi, possibile individuare il livello di rischio suicidario sommando i vari fattori di rischio come in alcune malattie organiche, ma risulta essere imprevedibile e non sempre facilmente identificabile.

- Scarsa collaborazione dei pazienti: un paziente lucido, per poter portare a termine l'obiettivo, prova in tutti i modi a mascherare le proprie intenzioni. Se il paziente tende a comportarsi in maniera impulsiva, se si trova in uno stato subconfusionale, oniroide oppure delirante, non è in grado di dare comunicazioni sul suo stato mentale. Quindi di conseguenza, in tutte queste situazioni, risulta più difficile per gli operatori prevenire e prevedere atti suicidari.

Il suicidio, come è stato possibile assumere analizzando i dati riportati nei capitoli precedenti, può verificarsi in tutta la struttura ospedaliera, ma sono considerate a maggior rischio alcune aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.

In queste realtà risulta quindi fondamentale, al fine di prevenire il suicidio, la presa in carico del paziente e perché questa sia efficace ed appropriata devono essere garantite:

- 1) L'identificazione dei fattori di rischio;
- 2) L'adozione di misure preventive di sicurezza;
- 3) La rivalutazione giornaliera del rischio;
- 4) Un'adeguata assistenza infermieristica e un'adeguata formazione del personale;
- 5) Continuità ospedale-territorio.

3.1.1 Identificazione dei fattori di rischio

Per poter identificare i fattori di rischio di un paziente è necessario effettuare, attraverso un colloquio, l'anamnesi cioè raccogliere l'insieme di informazioni che compongono la storia clinica del soggetto in esame. È fondamentale creare un ambiente tranquillo ed accogliente per poter fare il colloquio così da instaurare un rapporto di fiducia con il paziente e favorire una comunicazione più efficace. Il modo di porre le domande influenza la probabilità di ottenere risposte sincere: è quindi opportuno mantenere un approccio non giudicante e non condiscendente, ma

realistico. Inoltre, i pazienti possono non riferire spontaneamente durante il colloquio le idee suicidarie, ma possono averle comunicate ad altre persone significative. È perciò importante anche raccogliere informazioni collaterali da familiari, amici, Medici di Medicina Generale (MMG), altri servizi che seguono il paziente come il personale del Pronto Soccorso/reparto, etc.

La raccomandazione n.4 del Ministero della Salute mette a disposizione uno strumento che costituisce una griglia di domande per l'operatore affinché elabori una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente (allegato 1) (9).

Oltre al colloquio, per valutare il rischio suicidario, è possibile somministrare al paziente delle scale di valutazione; l'allegato 2 ne fornisce un esempio (11).

Per eseguire una corretta e veritiera valutazione del rischio è necessario effettuare:

- a. Ricostruzione storica della vita del paziente: (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando, in particolare, pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, isolamento sociale, eventi negativi significativi, anche recenti (ad esempio un lutto o la perdita del lavoro).
- b. Analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente; vanno considerati almeno il sesso (i maschi sono più a rischio) e l'età (le età più critiche sono quelle comprese tra i 15 e i 24 anni o quella superiore ai 65).
- c. Accertamento delle condizioni cliniche, in particolare sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini di personalità con comportamento aggressivo, narcisistico o falsa autosufficienza, personalità borderline o antisociale, disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, da gioco), eventuali diagnosi multiple, ansia, attacchi di panico, insonnia, patologia terminale.
- d. Esame obiettivo per cogliere eventuali segni di recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari (cicatrici, pregresse fratture), oppure segni tipici di abuso/dipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti e segni della sindrome da astinenza; importante, inoltre, effettuare, tra gli esami clinici, anche l'alcolemia.

- e. Rilevazione di altri segni premonitori, tra cui: senso di grave perdita (per esempio, a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, passaggio da terapia curativa a palliativa, decesso di neonato, depressione post-partum, amputazione di arto ed altre prognosi infauste), difficoltà di ragionamento, commenti o battute sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro, eccessiva attenzione alla donazione degli organi, eccessivo interesse o disinteresse per la religione (o recente cambio di atteggiamento nei confronti della stessa), possesso "maniacale" di farmaci, pensiero fisso sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari.
- f. Nel caso in cui ci sia un aspetto da approfondire, quindi dopo aver raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi, c'è la possibilità di somministrare al paziente il questionario di Beck (Beck Hopelessness Scale, Allegato 3) (8).

La Beck Hopelessness Scale (BHS) misura la gravità degli atteggiamenti negativi (hopelessness) nei confronti del futuro (pessimismo) percepiti da adolescenti e adulti. È composta da 20 item, con risposta "Vero/Falso", cui corrisponde un punteggio di 0 o 1, che valutano la gravità delle aspettative negative sul futuro sia nel breve che nel lungo periodo.

Il questionario può essere autosomministrato o somministrato oralmente dall'esaminatore.

3.1.2 Adozione di misure preventive di sicurezza

Misure generali di sicurezza: dal momento che il rischio suicidario è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione, la presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede:

- L'informazione di tutto il personale della U.O. sul rischio suicidario dei soggetti ricoverati

- L'integrazione delle diverse competenze di tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza al paziente, al fine di cogliere i segni premonitori di un eventuale atto suicidario;
- Una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e i pazienti;
- Se necessario, la consulenza di psicologi e psichiatri che eventualmente prescriveranno terapia ad hoc e/o decideranno il trasferimento presso l'S.P.D.C.;
- La definizione delle modalità di vigilanza e controllo dei pazienti, sulla base della gravità del rischio individuato (nel caso di rischio alto, predisporre una vigilanza personalizzata 24 ore su 24). È necessario mantenere un adeguato livello di vigilanza anche se i sintomi sembrano alleggerirsi. Particolare attenzione deve essere prestata, sia in occasione di trasferimenti intraospedalieri che durante le ore serali e notturne;
- L'eventuale collocazione del paziente a rischio in una stanza in prossimità della postazione del personale sanitario per avere (soprattutto nelle ore notturne) maggiori possibilità di controllo, evitando, se possibile, i letti vicino alle finestre;
- Il maggiore coinvolgimento possibile della famiglia e degli amici del paziente;
- Il coinvolgimento di altri specialisti e del medico di medicina generale del paziente, sia per completare l'anamnesi, sia per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione.

Nello specifico per quanto riguarda le misure di sicurezza ambientale e organizzativa, è opportuno che l'ospedale, nel rispetto della dignità della persona, disponga di:

- Dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarmi, ringhiere (soprattutto importante che ci siano sistemi antintrusione nei locali riservati al personale);
- Infissi di sicurezza, assicurandone una manutenzione adeguata (con particolare riguardo ai punti luce/finestre dei piani alti);
- Strutture ed attrezzature (ad esempio, docce e cabine docce) che non ne suggeriscano usi impropri (importante la presenza di specchi di sicurezza nei bagni, soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisce l'appiglio);

- Misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (come ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci). Difatti è necessario che le posate siano di plastica e i piatti infrangibili, evitare la presenza di campanelli di allarme non appesi a soffitto/pareti o letti ad altezza variabile.
- Controllare che non sia in possesso di propri farmaci;
- Chiedere la collaborazione dei familiari ed amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere utilizzati impropriamente;
- Sensibilizzare gli addetti alle pulizie di reparto a tenere sempre sotto controllo il carrello con prodotti chimici pericolosi (candeggina, detersivi, acido muriatico, etc.).

3.1.3 Rivalutazione giornaliera del rischio

Per poter eseguire un'efficace presa in carico del paziente è necessario effettuare la rivalutazione giornaliera del rischio, proprio perché la situazione non è statica nel tempo ma dinamica. Nella cartella medica, come in quella infermieristica, devono essere riportate le osservazioni quotidiane degli operatori e se necessarie le eventuali rivalutazioni del rischio.

3.1.4 Adeguata assistenza infermieristica e adeguata formazione professionale

L'infermiere dal momento che è costantemente presente in reparto, si occupa dell'assistenza ed è la prima figura alla quale il paziente può esprimere i propri problemi, svolgendo un ruolo di fondamentale importanza nella prevenzione del suicidio.

Nel caso di un paziente considerato a rischio, è fondamentale che questi sia trattato con adeguate cautele, quali:

- Il rispetto e la comprensione per la sua sofferenza;
- La creazione di un rapporto di confidenza, che lo induca 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.

È di assoluta importanza che gli operatori abbiano un'adeguata formazione nella gestione di questa tipologia di pazienti. Difatti, per aumentare la capacità degli operatori di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio ed adottare idonee misure di prevenzione, dovrebbero essere incrementate le attività di orientamento e formazione del personale rispetto a tale problematica, nonché garantiti richiami sulla comunicazione e sui rischi connessi al suicidio in tutte le attività formative.

3.1.5 Continuità ospedale – territorio

Dal momento che la dimissione è un momento critico, è probabile che, qualora si decida di dimettere un paziente dal reparto, ci sia la possibilità che si verifichino le seguenti problematiche: un incompleto miglioramento con il persistere dei problemi clinici, il mancato instaurarsi di una buona relazione con l'équipe (alleanza terapeutica), la brusca sospensione delle cure, uno scarso supporto dei familiari, la riesposizione agli stress ambientali e il più facile accesso ai mezzi suicidari. Quindi, per evitare il presentarsi di tutte queste conseguenze è importante che ci sia continuità tra ospedale-territorio e che sia programmata nei dettagli la continuità terapeutica.

È necessario, infatti, preparare la dimissione con anticipo, segnalando al MMG e ai servizi territoriali (CSM e SerT) la situazione di rischio; in particolare, è preferibile programmare la visita di controllo presso i servizi competenti prima della dimissione o, se possibile/opportuno, la prima visita venga effettuata direttamente in reparto.

Specifica attenzione deve essere posta a rinforzare le capacità di supporto familiare, in primo luogo, tramite un intervento (in presenza e con il consenso del paziente) per informare e educare i caregivers sulle condizioni cliniche, i trattamenti in corso, i possibili segnali d'allarme, i servizi e le figure sanitarie a cui riferirsi in caso di necessità. In questo modo vengono dati al paziente e al nucleo familiare tutti gli strumenti per gestire il percorso post degenza nella maniera più autonoma possibile.

3.2 Responsabilità a carico degli operatori sanitari

Nella prevenzione del suicidio in ospedale, ogni operatore ha un proprio compito e di conseguenza delle responsabilità specifiche, visualizzabili nel dettaglio nella tabella 1 (12).

Tabella I: Matrice di responsabilità

MATRICE DI RESPONSABILITÀ						
Figure professionali	Psichiatra	Psicologo	Medico reparto	Infermiere coordinatore	infermiere	Oss.
Attività						
Anamnesi psichiatrica e psicologica e infermieristica	R	R	R	I	R	I
Gestione dell'utente	R	R	R	R	R	R
Attribuzione del rischio suicidario	R	C	C	C	C	I
Pianificazione clinica	R	C	C	C	C	I
Pianificazione assistenziale	C	C	C	R	R	C

LEGENDA: R= Responsabile, C: Coinvolto, I: Informato

L'infermiere, quindi, è responsabile dell'anamnesi infermieristica, della gestione dell'utente e della pianificazione assistenziale, mentre risulta essere coinvolto nei processi di attribuzione del rischio suicidario e della pianificazione della cura.

Nello specifico le attività preventive degli infermieri, come di tutti gli operatori sanitari coinvolti in queste attività, si dividono in misure preventive immediate e misure preventive permanenti.

Tra le misure preventive immediate l'infermiere è responsabile (12):

- Di informare l'equipe della presenza in reparto di un paziente a rischio di suicidio segnalando tempestivamente ad ogni cambio turno ogni situazione di potenziale pericolo (in collaborazione con il medico e il coordinatore infermieristico).
- Controllare gli effetti personali del paziente allontanando qualunque oggetto che possa costituire pericolo (in collaborazione con medico e OSS).

- Chiudere a chiave la medicheria e tutti i magazzini contenenti detersivi e presidi potenzialmente pericolosi (in collaborazione con il coordinatore, l'OSS, personale di supporto e pulizie).
- Non lasciare senza vigilanza i farmaci o altro materiale potenzialmente lesivo durante il giro per la terapia o in medicheria (in collaborazione con il medico, il coordinatore e l'OSS).

Circa le misure permanenti da attuare nel reparto, l'infermiere è tenuto a:

- Osservazione costante (ogni 15 minuti) mediante colloqui ad intervalli regolari con il paziente a rischio: in caso di variazioni significative si deve informare il medico (in collaborazione con l'OSS);
- Controllare costantemente la stanza di degenza ed il bagno, allontanare qualunque oggetto possa costituire pericolo (in collaborazione con l'OSS);
- Sensibilizzare i familiari sulla necessità di contribuire al controllo costante del paziente (in collaborazione con il medico, lo psicologo e il coordinatore);
- Sensibilizzare i familiari e gli operatori sulla necessità di eliminare oggetti potenzialmente lesivi (in collaborazione con medico, psicologo, coordinatore e OSS).
- Porre particolare attenzione nella vigilanza durante le ore serali e notturne (in collaborazioni con l'OSS);
- Prestare massima attenzione durante i trasferimenti e/o esami diagnostici (in collaborazioni con medico e OSS);

Per quanto riguarda le azioni dell'infermiere da mettere in atto alla dimissione:

- Fornire tutte le informazioni utili al personale dell'unità operativa in cui il paziente viene eventualmente trasferito (in collaborazioni con il medico, lo psicologo e il coordinatore);
- Fornire recapiti telefonici in caso di necessità e bisogno (in collaborazioni con il medico, lo psicologo e il coordinatore);

3.2.1 Azioni da intraprendere dopo un suicidio in ospedale

Sono stati proposti diversi interventi da attuare nelle fasi successive al suicidio di un paziente avvenuto durante una degenza: sono stati individuati interventi immediati, a medio e a lungo termine.

Nell'immediato deve essere identificato un responsabile che coordini gli interventi e a cui venga affidata la gestione di una riunione con il personale coinvolto per la pianificazione a breve termine. È necessario identificare le persone che hanno bisogno di attenzione clinica e di supporto, come i testimoni all'evento (la famiglia e visitatori), altri pazienti a rischio di suicidio, i pazienti vicino alla persona deceduta e il personale che si è preso cura del paziente.

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

Nel lungo termine (dopo le prime due settimane) si attua infine il processo di riorganizzazione in base all'analisi effettuata. È importante stabilire un responsabile del processo di cambiamento che monitori le varie fasi di attuazione delle disposizioni che sono state deliberate. Al fine di condividere pensieri, esperienze ed emozioni suscitate dall'evento è importante organizzare un "debriefing", termine con cui si indica un intervento finalizzato a fornire una prima risposta ad un evento fortemente traumatico. L'obiettivo del debriefing è di ridurre lo stress e prevenire sequele psichiatriche come il disturbo da stress acuto o un disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

In queste circostanze è di fondamentale importanza comunicare l'evento ai familiari. Il processo di comunicazione deve avvenire il prima possibile, quindi senza ritardi che i parenti potrebbero interpretare come reticenza nel raccontare i fatti. L'approccio deve essere chiaro e trasparente e debbono essere fornite le informazioni dell'evento avvenuto. Sarà utile per la sensibilità del colloquio valersi della figura dello psicologo, ove presente, per interventi di sostegno.

Se si verifica un episodio di suicidio tentato suicidio deve essere attivata la procedura per la segnalazione e la trasmissione di un evento sentinella al Ministero della Salute (12).

3.2.2 *La comunicazione all'autorità giudiziaria. L'obbligo di rapporto.*

Qualora succeda un fatto criminoso durante l'esercizio della professione, il professionista sanitario ha l'obbligo di informare l'autorità giudiziaria (questo prende il nome di informativa di reato). In caso di suicidio e di tentato suicidio, la denuncia si rende necessaria perché il fatto potrebbe essere collegato all'intervento di terzi sotto forma di aiuto materiale o di istigazione.

Il rapporto (denuncia) è l'atto con il quale il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio denuncia all'autorità giudiziaria un reato (delitto o contravvenzione) perseguibile d'ufficio, di cui abbia avuto notizia nell'esercizio a causa delle sue funzioni o del suo servizio. La segnalazione all'autorità giudiziaria è per il sanitario un dovere, la cui omissione costituisce un delitto contro l'amministrazione della giustizia e l'attività giudiziaria e viene sanzionata dagli articoli n.361, 362 e n.365 del Codice penale (10).

Art. 361 C.P. - Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale.

“Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria, o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto”.

Art. 362 C.P.- Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio.

“L'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare all'autorità, indicata nell'articolo precedente, un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa fino a euro 103. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa, né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico”.

Art. 365 C.P. - Omissione di referto.

“Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'autorità indicata nell'articolo 361 è punito con la multa fino a euro 516” (10).

3.3 Problematiche medico-legali del suicidio in ambito psichiatrico e responsabilità penali a carico dell'infermiere

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

La disposizione di legge prevede quattro diversi tipi di suicidio: oltre al suicidio consumato e il tentato suicidio, è possibile distinguere il suicidio istigato (attuato mediante il concorso morale determinando o rafforzando l'altrui proposito suicidario) e il suicidio agevolato (mediante l'aiuto materiale all'esecuzione del fatto).

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

Secondo l'articolo 580 C.P vi sono due circostanze aggravanti, di particolare interesse per gli operatori sanitari:

- Una comporta un aumento della pena se la persona istigata, eccitata o aiutata ha compiuto i 14 anni ma non ancora i 18, ovvero si trovi in uno stato di parziale incapacità di intendere e di volere per deficienza psichica, abuso di sostanze stupefacenti o alcoliche o altra infermità;
- L'altra invece comporta la stessa pena dell'omicidio doloso se la persona istigata è minore di anni 14 ovvero è totalmente incapace di intendere e di volere.

Come è possibile constatare al di là dei fatti dolosi, ovvero in cui sia ravvisabile il dolo, esistono tutta una serie di situazioni che sia nell'ambito delle strutture pubbliche (Dipartimenti di Salute Mentale, Cliniche Psichiatriche Universitarie, ambulatori) che nell'ambito dell'attività privata (sia psichiatrica che psicoterapeutica) possono

configurare, soprattutto laddove sia ravvisabile un'ipotesi di reato, problematiche complesse di responsabilità professionale.

In riferimento ai suicidi e tentati suicidi la responsabilità professionale del professionista sanitario implica il dovere di rispondere del proprio operato e di sottostare alle sanzioni di ordine penale, civile, deontologico ed amministrativo previste dalla normativa vigente. Perché si possa riconoscere una responsabilità legale da parte del sanitario è necessario che sussistano alcune condizioni: vi deve essere una condotta professionale che possa configurare un comportamento colposo, che da tale condotta derivi un danno ed infine che questo possa essere attribuito, secondo i principi della causalità, alla non corretta esecuzione da parte del professionista. Difatti, si parla di responsabilità in ambito penale solo nell'errore non scusabile e cioè dovuto a grossolana trascuratezza di norme elementari che ogni professionista non può ignorare o omettere ovvero per macroscopica povertà di cognizioni scientifiche (13).

Accanto alle prestazioni sanitarie e di cura, rientra anche il dovere di vigilanza sui pazienti che deve essere maggiore nel caso di soggetti che hanno mostrato di possedere condotte autolesionistiche o hanno manifestato intenti suicidari. Tale dovere di vigilanza per gli operatori sanitari si traduce con l'obbligo nei confronti dei pazienti di salvaguardia della persona assistita, detta posizione di garanzia.

Tale obbligo di protezione trova il suo fondamento dalla clausola generale contenuta nell'art. 40 C.P., il cui secondo comma, in particolare, impone un "*obbligo giuridico gravante su determinate categorie predeterminate di soggetti previamente forniti degli adeguati poteri giuridici di impedire eventi offensivi di beni altrui, affidati alla loro tutela per l'incapacità dei titolari di proteggerli adeguatamente*".

Sulla posizione di garanzia si sono autorevolmente espressi i giudici della Suprema Corte, i quali affermano che la salute dei pazienti va tutelata da qualunque pericolo ne minacci l'integrità e che tale obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro.

È evidente che affinché sorga tale dovere, maggiore nei riguardi di determinati pazienti, è necessario che gli operatori sanitari vengano informati di tale pericolo o, quantomeno, che tale pericolo fosse da loro riconoscibile, non potendosi individuare una responsabilità della struttura per un evento imprevedibile.

La Società Italiana di Psichiatria ha da tempo elaborato alcune criticità in riferimento alla concreta applicazione della posizione di garanzia, in quanto nell'ambito dei doveri di protezione, si è posta di più l'attenzione sull'aspetto custodialistico e di controllo sociale, rispetto alla cura; per evitare questo, attraverso la legge 180 cessa la funzione di custodia a carico dell'infermiere però con alcune eccezioni. L'infermiere non ha più l'obbligo della custodia ma, questa intesa come sorveglianza, deve essere maggiore quando, in base alla patologia si possa prevedere un comportamento suicidario o autolesivo.

La prevedibilità può essere data solo dalla scienza psichiatrica e di conseguenza dalla diagnosi del paziente. La responsabilità della errata diagnosi è esclusivamente medica e va valutata caso per caso.

Per identificare una responsabilità penale devono essere, inoltre, valutati diversi aspetti: la qualità della struttura del reparto, la sua ubicazione, se è presente un sistema di chiusura e apertura di porte e finestre, se il paziente è stato lasciato solo e/o in possesso di utensili pericolosi, se il numero di infermieri in servizio era sufficiente, ecc.

Qualora il personale infermieristico abbia messo in atto una sorveglianza compatibile con la prevedibilità dell'evento, a questo non può essere imputata nessuna colpa.

Quindi è chiaro che un ruolo importante ce l'ha il saper individuare correttamente il rischio suicidario e di conseguenza l'adeguatezza della struttura che deve garantire la sicurezza di tutti i pazienti (14).

CAPITOLO IV: FATTIBILITÀ DEL PROGETTO

È stato possibile realizzare questo progetto grazie all'analisi di cinque casi di pazienti che si sono suicidati all'interno delle strutture ospedaliere del territorio di Padova e circondario.

4.1 Casistica selezionata al fine della ricerca

Di seguito sono riportate le ricostruzioni delle dinamiche dei diversi eventi descritti dai casi di suicidio selezionati. È stata eseguita una sintesi di tutti i dati a disposizione così da avere un'idea chiara sulle azioni compiute dagli operatori sanitari e sul comportamento tenuto dai pazienti durante tutto il periodo del ricovero.

4.1.1 1° caso: *Paziente con diagnosi di trauma della strada + sindrome depressiva grave*

Alle ore 14, viene attivato il SUEM in seguito ad un incidente stradale: auto contro ostacolo. Il verbale riporta: *“Al nostro arrivo troviamo un giovane ancora in auto (estratto dall'auto secondo le linee del trauma). Si presenta lucido, orientato spazio-tempo. Comunica di essere andato a sbattere volontariamente. Non lamenta altri dolori, non evidenti segni di frattura. OPACS negativo, addome trattabile. Sospetto diagnostico: trauma maggiore. GCS:15 (ottimale), Revised Trauma Score pari a 12 (ottimale). Presente trauma facciale con escoriazioni (probabili, se pur non documentate, lesioni da airbag)”*.

Alle ore 14:29 giunge in PS con codice d'accesso giallo: dalla cartella clinica risulta *“vigile, orientato, pupille regolari e multiple escoriazioni facciali. Non presenti deficit senso-motori focali, murmure vescicolare fisiologico, addome trattabile e piano. Non ferite agli arti e deformazioni, no cianosi o rachialgie”*.

Considerando la dinamica dell'incidente, è stato ritenuto opportuno effettuare degli accertamenti strumentali atti ad escludere lesioni causa d'instabilità e/o immediata competenza chirurgica. Gli esami non riportano anomalie organiche (TC cerebrali e del torace + addome negative) ad eccezione della milza che si presenta di dimensioni più grandi della norma con parenchima diffusamente omogeneo e, in più, una modesta piastrinopenia.

Una volta escluse complicanze organiche precoci, si è posta l'attenzione all'aspetto psichiatrico: l'anamnesi remota evidenzia, sette mesi prima rispetto al fatto in questione, un disturbo della personalità di tipo schizofrenico con tendenza autolesiva

per il quale viene ricoverato in SPDC e poi in una casa di cura privata. A marzo si presenta una fase depressiva, anche in questo caso accompagnata da un'ideazione autolesiva, per la quale accede nuovamente al servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Vista l'anamnesi del paziente, i ripetuti tentativi di suicidio e la dinamica dell'incidente (che di fatto è un suicidio mancato), viene richiesta una valutazione psichiatrica.

Ore 18:10, la consulenza psichiatrica riporta: *“Il paziente presenta umore flesso, scarsa critica rispetto al gesto compiuto, riferisce pseudoallucinazioni criticate che gli avrebbero suggerito il gesto. Nella giornata di domani verrà trasferito in SPDC (la psichiatra ha contattato telefonicamente la struttura, la quale è disponibile ad accoglierlo) ma resterà in osservazione per la notte al fine di prevenire conseguenze tardive all'evento traumatico (es: rottura della milza in due tempi o ematomi cerebrali che danno sintomi con qualche ora di ritardo)”*. A seguito di ciò il paziente, alle ore 20 viene accolto in OBI e vengono presi accordi con i familiari per garantire l'assistenza durante la notte e la mattina successiva. La scheda compilata all'accoglienza riporta un punteggio Barthel di 20/100 (livello di dipendenza completo) e riguardo lo stato di coscienza viene valutato vigile, confuso a tratti disorientato.

Alle ore 8 del giorno successivo nella cartella infermieristica viene scritto *“paziente lucido e orientato. Si mobilizza. Posizionato collare morbido (probabilmente in vista del trasferimento). PAO: 120/60 mmHg, TC: 36 C°”*.

Alle ore 9 arrivano gli ultimi esami ematochimici che confermano l'assenza di problematiche organiche anche tardive, tuttavia il paziente rimane in PS in attesa del trasferimento che però potrà essere attivato, per motivi organizzativi interni della struttura, solo dalle ore 14.

Diario clinico: *“Alle ore 12 circa vengo contattato dalla madre, che in quel momento stava facendo assistenza al figlio, avvertendomi che, dopo essersi recato in bagno, lo stesso non era più tornato. Viene ispezionato prima il bagno poi la sala d'attesa. Nel mentre mi dirigevo verso l'uscita del reparto, vengo chiamato da una collega che mi avverte che è stato trovato il corpo di una persona che si era gettata giù dalle scale annesse all'entrata principale dell'ospedale. Alle ore 12:15 viene constatata l'assenza di ogni segno vitale e di asistolia documentata anche con tracciato ECG”*; il verbale di PS si chiuderà alle ore 14:07 con la seguente diagnosi: *“Politrauma da*

precipitazione con verosimile fratture base cranica (otorrea) e frattura vertebra cervicale. Contusioni multiple e ferite lacero contuse avambraccio sinistro”.

Causa del decesso: suicidio per precipitazione.

4.1.2 2° caso: Paziente con diagnosi di disturbo bipolare di personalità di tipo passiva-aggressiva + iniziale decadimento cognitivo

Il paziente in questione era ricoverato presso una Struttura Centro Servizio Anziani. In anamnesi presenta disturbo bipolare di personalità con tendenza passivo-aggressiva e con pregressi episodi caratterizzati da tono dell'umore depresso, in trattamento farmacologico con benzodiazepine (Tavor) e antipsicotici (Talofen). Durante la degenza era stato in plurime occasioni sottoposto a consulenza psichiatrica, nel corso delle quali aveva manifestato ansia e depressione, a seguito di ciò gli viene modificata la terapia: benzodiazepine (Diazepam) e antipsicotici (Levopraid). L'ultima visita psichiatrica risulta datata due mesi prima del decesso con conseguente ulteriore modifica della terapia (Tavor in sostituzione del Diazepam) perché non si presentavano miglioramenti nella condizione clinica. Nel mese antecedente alla morte il paziente aveva manifestato, in alcune occasioni, insonnia, agitazione e spossatezza. Il giorno del decesso alle ore 12:20 viene trovato senza vita nel bagno della struttura. Causa del decesso: insufficienza cardiorespiratoria acuta da asfissia meccanica violenta, conseguente a ostruzione delle alte vie respiratorie con materiale esterno (tre guanti di lattice ed un fazzoletto di stoffa). Suicidio da soffocamento.

4.1.3 3° caso: Paziente in diagnosi di disturbo delirante cronico

Il paziente era ricoverato presso una comunità terapeutica riabilitativa protetta. Dalla documentazione sanitaria emergono due precedenti ricoveri in psichiatria: il primo in regime di TSO per la comparsa di delirio persecutorio con agitazione psicomotoria ed episodi autolesivi; il secondo in seguito all'insorgenza di angoscia ingravescente con ulteriore ideazione autolesiva. In terapia con neurolettici e antidepressivi.

Nei giorni precedenti al decesso aveva manifestato preoccupazioni per le condizioni economiche ed episodi di agitazione.

Alle ore 13:30 del giorno del decesso è stato rinvenuto appeso ad un filo di nylon nella sua stanza; è stato soccorso da due operatori che hanno sollevato il corpo e staccato

l'estremità della corda fissata all'inferriata della stanza. Nonostante le manovre rianimatorie alle 14:07 viene constatato il decesso.

Causa del decesso: insufficienza cardio-respiratoria acuta da asfissia meccanica violenta provocata da un cingolo che ha agito con meccanismo compressivo a livello del collo. Suicidio da impiccamento.

4.1.4 4° caso: Paziente in diagnosi di disturbo depressivo associato a quadro organico non verificato

La paziente accede al PS per un peggioramento del quadro clinico caratterizzato da un riferito disturbo depressivo e uno stato confusionale acuto ed irrequietezza psicomotoria. Nel corso delle visite specialistiche esprimeva vissuti di colpa e ideazione di morte non strutturata in assenza di intenzione o progettualità. Viene inoltre, sottoposta, per escludere una problematica organica, a TC cerebrale con esito negativo. Alla luce del quadro evidenziato viene proposto il ricovero presso il reparto di psichiatria per il quale la paziente esprime il proprio consenso.

Prendendo in considerazione gli atteggiamenti della paziente durante i primi giorni di degenza (il persistere della confusione mentale, l'atteggiamento costantemente perplesso, la scarsa accessibilità ai contenuti intrapsichici, l'anamnesi negativa per disturbi psichici maggiori, la recente insorgenza del quadro, l'età della paziente e l'anamnesi familiare positiva per demenza) viene formulato il sospetto diagnostico di: disturbo depressivo associato ad un quadro organico. La RM eseguita appariva nella norma; non si è mai riusciti a confermare il sospetto in quanto la paziente ha deciso di togliersi la vita prima dell'esecuzione di ulteriori visite.

Dieci giorni dopo l'ammissione, verso le 20:30, la paziente veniva trovata in terrazza, accessibile a tutti i pazienti, mentre cercava di arrampicarsi alle protezioni di plexiglass; azione per la quale non riusciva a spiegare il proprio comportamento. Alle 22 si presentava ancora irrequieta, tanto che le viene somministrata la terapia sedativa. Quattordici giorni dopo l'ammissione, la paziente appariva più lucida e presentava un miglioramento dell'eloquio, anche se il senso di colpa nei confronti dei familiari permaneva. Alle 15:45, dello stesso giorno, veniva trovata, durante uno dei giri di controllo, in impiccamento incompleto alla pediera del letto con un paio di pantaloni utilizzati come cappio. Il gesto veniva compiuto nella sua stanza (locata lontano dalla guardiola infermieristica) e tra due letti (posizione non visibile dal corridoio se non

entrando volontariamente in stanza). Viene immediatamente soccorsa, si presenta cianotica e con assenza di polso. Tra le 16:05 e le 16:10 la paziente viene rianimata con ripresa del battito e respiro spontaneo. Eseguite TC cerebrale e rachide entrambe negative; la consulenza neurologica concludeva per un verosimile stato di coma postanossico. Alle ore 21.08 la paziente veniva trasferita presso il reparto di Terapia Intensiva ove decedeva 20 giorni dopo.

Causa del decesso: malacia cerebrale da coma postanossico causato da un tentato suicidio per impiccamento.

4.1.5 5° caso: Paziente con diagnosi di disturbo depressivo maggiore grave in disturbo di personalità NAS con modalità relazionali passivo-aggressive

Il paziente fa risalire l'esordio del proprio stato di sofferenza a quando la madre, ultraottantenne, si è fratturata il femore diventando invalida, richiedendo, così, un sostegno domiciliare continuo. Per poterle stare vicino acquista un appartamento che, a suo dire, si è rilevato un affare svantaggioso. Come conseguenza di ciò, ha accusato la comparsa di un quadro depressivo con uno stato di abulia, apatia e anedonia con disfunzionamento sia in ambito familiare che lavorativo tali da necessitare la presa in carico ambulatoriale da specialisti psichiatri territoriali.

Prima del decesso è stato ricoverato e conseguentemente dimesso in reparti psichiatrici e case di cura per otto volte. Durante i periodi che ha passato presso il proprio domicilio non si è mostrato compliant al programma terapeutico redatto dagli psichiatri, alla terapia (spesso non la prendeva perché considerata poco efficace) e non si prestava agli appuntamenti in CSM (anch'essi considerati inutili). Inoltre, non godeva di un buon clima familiare che lo sostenesse (rapporti conflittuali con il figlio, con la moglie e con la madre). Viene ricoverato, per quella che è la quinta volta, perché aveva esplicitato pensieri e idee suicidarie (prima di questo momento non aveva mai accusato di provare questi pensieri); poi è stato dimesso per miglioramento del quadro clinico. Alla sesta volta viene ammesso in PS per intossicazione da Litio e durante il ricovero tenta un altro suicidio ma viene fermato. I medici propongono dieci sedute di terapia elettroconvulsivante, alla quale il paziente acconsente e riferisce buoni risultati (per questo viene dimesso). Risultati, che a detta del paziente, sono durati solo dieci giorni. Viene ricoverato, per una settima volta, per tentato suicidio da ferite da taglio superficiali sugli avambracci. Tentativo definito dallo stesso una "*stupidità, un gesto*

impulsivo e che non era sintomo di un mio vero desiderio di togliermi la vita". Non viene sottolineata, quindi, intenzionalità e/o progettualità anticonservativa. Durante il ricovero il quadro è andato progressivamente migliorando e viene dimesso con la definitiva diagnosi di disturbo depressivo maggiore grave in disturbo di personalità NAS con modalità relazionali passivo-aggressive. Per una riacutizzazione viene ricoverato l'ultima volta presso una casa di cura. Anamnesi d'ingresso: *"Paziente riferisce che dopo l'ultimo ricovero la situazione non è migliorata. Si presenta lucido, collaborante, orientato T/S. Tono dell'umore depresso con modesta quota d'ansia manifesta. Ideazione caratterizzata da aspetti negativisti e scarsa prospettiva per il futuro. Nega intenzionalità anticonservativa. Appare apatico, abulico, rallentato. Non disturbi dispercettivi in atto"*. Inoltre, le valutazioni infermieristiche segnalano uno stato di apparente tranquillità costante. Nonostante questa diagnosi, una mattina, dopo pochi giorni dall'ammissione, decede impiccandosi con una cintura fissata alla doccia nella propria stanza di degenza.

Causa del decesso: asfissia meccanica violenta da impiccamento a dinamica suicidaria.

CAPITOLO V: MODALITÀ DI CONTROLLO DEL PROCESSO ATTUATIVO

5.1 Possibili criticità sull'operato del personale infermieristico

A partire dai dati ricavati dal capitolo precedente, sono state riportate alcune valutazioni critiche sull'operato degli operatori sanitari in servizio (con particolare riferimento alla figura professionale dell'infermiere), sull'adeguatezza delle strutture in cui è avvenuto l'evento e la qualità della documentazione clinica per mettere in luce quali possono essere state le possibili criticità.

5.1.1 Considerazioni 1° caso

Le possibili criticità rilevate sono le seguenti:

1. Ridotta valutazione del rischio: l'esame psichico e la consulenza psichiatrica appaiono stringate e la descrizione del caso risulta essere poco dettagliata.
2. Mancata sorveglianza da parte del personale infermieristico.
3. Problematiche nella comunicazione tra i diversi operatori.
4. Documentazione assente e incongruente.
5. Numero di infermieri non sufficiente per il carico assistenziale.
6. Mancata applicazione di misure preventive secondo le linee guida: in cartella clinica non risulta che gli infermieri abbiano applicato tutte le manovre preventive come detto dalle linee guida: ad esempio togliere oggetti taglienti, contundenti, ecc.
7. Struttura del PS non idonea
8. Problemi organizzativi interni alla struttura: il paziente avrebbe dovuto aspettare le ore 14 per essere trasferito.
9. Mancanza di linee guida per la prevenzione del suicidio in ambienti diversi da quello standard: le linee guida attualmente emanate dal ministero della salute riportano indicazioni per la gestione di un paziente a rischio suicidio standard. Non sono presenti protocolli che indichino le azioni da mettere in atto in circostanze come quelle del caso in esame: paziente ricoverato in pronto soccorso e con un doppio ordine di problemi (sia quello traumatologico che quello psichiatrico).

5.1.2 Considerazioni 2° caso

Le possibili criticità rilevate sono le seguenti:

1. Mancata sorveglianza del paziente
2. Il personale ha lasciato incustoditi oggetti potenzialmente lesivi per il paziente (come guanti di lattice)
3. Dall'esame tossicologico si è rilevata la presenza di farmaci (seppur suddetta terapia fosse indicata per il disturbo del paziente) per i quali, nella documentazione clinica, non c'era traccia di prescrizione medica e avvenuta somministrazione da parte del personale infermieristico.

5.1.3 Considerazione 3° caso

Le possibili criticità rilevate sono le seguenti:

1. Il paziente era in possesso di un filo di nylon, quindi probabilmente non si è controllato se il paziente avesse oggetti con i quali attentare alla propria vita.
2. Ridotta valutazione del rischio.

5.1.4 Considerazioni 4° caso

Le possibili criticità rilevate sono le seguenti:

1. Documentazione non completa ed esaustiva riguardo il quadro clinico della paziente e al suo comportamento in reparto.
2. Non sono state eseguite le corrette azioni preventive visto l'episodio confusivo, la fragilità della paziente e il quadro clinico dubbio (possibile problematica organica).
3. La stanza nella quale era allocata non consentiva una corretta sorveglianza perché troppo distante dalla guardiola. Inoltre, non si è tenuto in considerazione che, dopo che gli altri due compagni di stanza erano stati dimessi, sarebbe stata sola in stanza.
4. Tipo di letti utilizzati nel reparto che consentono l'attuazione di atti suicidari.
5. Mancanza di linee guida per la prevenzione del suicidio in ambienti diversi da quello standard: paziente che presentava anche una probabile problematica organica e che, di conseguenza, avrebbe richiesto un trattamento e una gestione specifici.

5.1.5 Considerazione 5° caso

Le possibili criticità rilevate sono le seguenti:

1. Non sono state applicate misure preventive che impediscono alla persona di accedere a mezzi per togliersi la vita (cintura).
2. La stanza non era conforme alle esigenze del paziente: in questo caso la camera del paziente aveva un bagno con una doccia che gli ha consentito di mettere in atto il suicidio.

5.1 Analisi dei dati

Per ognuno dei cinque casi analizzati si sono evidenziate alcune possibili criticità sull'operato infermieristico e sulle strutture di cura, che in aggiunta ad altre cause, hanno portato al suicidio dei pazienti in ospedale.

In quattro casi su cinque si è riscontrata una mancata applicazione delle misure preventive secondo quanto detto nelle linee guida: cioè non si è fatta un'attenta ispezione, sempre nel rispetto della dignità e della libertà del paziente, per capire se fosse in possesso di oggetti (nastri, corde, cinture ecc.) con i quali avrebbe potuto attentare alla propria vita.

In tre casi su cinque si sono riscontrate problematiche strutturali che hanno reso difficile l'assistenza degli utenti: letti, finestre, stanze e bagni non conformi a quanto scritto nelle linee guida per la prevenzione del suicidio. In alcune realtà erano presenti stanze senza video sorveglianza, finestre facilmente apribili dai pazienti, letti e docce con una struttura tale da agevolare il suicidio.

Sempre in tre casi su cinque, la documentazione presente è stata considerata incongruente o assente (non venivano riportate in cartella note assistenziali sul decorso clinico del paziente attestanti un'eventuale evoluzione del rischio suicidario).

In due casi su cinque è stata rilevata una mancata sorveglianza. Secondo le linee guida, un paziente a rischio deve essere sorvegliato ogni 15 minuti, o addirittura, qualora il livello di rischio fosse ritenuto considerevolmente alto, gli deve essere garantita una sorveglianza 24 ore su 24 (sorveglianza che deve essere attuata nel completo rispetto della dignità della persona).

In due casi su cinque è emersa la mancanza di linee guida in grado di descrivere azioni da mettere in atto con pazienti che presentino, oltre ad una salute mentale compromessa, anche complicanze a livello organico di una gravità tale da richiedere un'immediata gestione medica. Problematiche di comunicazione e problemi organizzativi interni sono stati riscontrati in uno dei cinque casi.

5.2 Strategie di miglioramento

Sulla base di quanto raccolto e sulla base delle linee guida vigenti, di seguito vengono riportate alcune strategie di miglioramento per una futura prevenzione più efficace:

1. La pubblicazione di linee guida che descrivano una casistica di pazienti più ampia.
2. Investire sulle strutture di cura con equipaggiamenti più moderni, stanze, letti e bagni più sicuri al fine di non incoraggiare atti autolesivi.
3. Aumentare il numero di infermieri in turno per poter garantire un'adeguata assistenza, una sorveglianza più precisa, puntuale, costante e per, allo stesso tempo, diminuire il carico assistenziale di ciascun operatore.
4. Promuovere l'importanza di riportare in cartella clinica ogni azione che si compie durante il turno di lavoro. Così facendo, si avrà sotto mano un decorso clinico assistenziale dettagliato e preciso in modo da visualizzare l'andamento del paziente e un eventuale peggioramento o miglioramento del livello di rischio.
5. Promuovere l'importanza della collaborazione e della comunicazione tra professionisti diversi: l'integrazione di conoscenze differenti permette una gestione del paziente più completa e di qualità.
6. Investire sulla formazione e sull'aggiornamento professionale: dallo studio sono emerse possibili carenze sulla conoscenza di linee guida, dei rischi, delle problematiche legate al suicidio. Vista l'importanza della tematica e la difficile gestione di un paziente a rischio suicidario, sarebbe importante che, sia per gli studenti di infermieristica come per i lavoratori, fossero disponibili dei corsi di formazione/aggiornamento per imparare a gestire utenti con problemi di salute mentale.

CONCLUSIONI

Come è noto, e ribadito da questo progetto di tesi, l'infermiere ha un ruolo fondamentale all'interno dell'ospedale e all'interno delle altre strutture del territorio, in quanto responsabile dell'anamnesi infermieristica, della gestione dell'utente e della pianificazione assistenziale; tutte attività di primaria importanza anche, e soprattutto, nella prevenzione del suicidio.

Il suicidio in ospedale è tutt'ora un problema e la prevenzione è un'attività complessa, talvolta imprevedibile, che richiede tante conoscenze, risorse e strutture adeguate.

Grazie all'analisi dei casi selezionati è stato possibile rilevare alcune criticità e, partendo da quest'ultime, si è provato ad avanzare alcune proposte di miglioramento. È chiaro che non tutte possano essere applicate e che i casi selezionati non sono rappresentativi dell'intera situazione (ci saranno sicuramente altri aspetti che non sono stati analizzati), ma mettere in luce alcune problematiche dell'assistenza che potrebbero essere migliorate, è certamente un punto di partenza di un lungo percorso che ha come obiettivo una presa in carico più efficace e di qualità.

Questa tesi dimostra come un'analisi reattiva di casi giudiziari possa avere un ruolo nell'identificare criticità e nel mettere in atto strategie migliorative del sistema.

È importante sottolineare, però, che i protocolli, come le linee guida, sono un importante punto di riferimento ma non possono garantire la completa eliminazione di un fenomeno che spesso non è preventivabile, quindi non potrà mai esserci un rischio nullo quando si lavora con questa tipologia di pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. Colombo G. Elementi di Psichiatria. Padova: Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova; 2018.
2. Moutier C, MD, American Foundation For Suicide Prevention. Manuale MSD, versione per professionisti [internet].
<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicidario-e-atto-autolesionistico/comportamento-suicidario?query=comportamento%20suicidario>; ultimo accesso 16.09.2022.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA; 2013. (Tr. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5).
4. Ghirini S, Vichi M. Caratteristiche e andamento temporale della mortalità per suicidio in Italia: uno studio descrittivo sugli ultimi 30 anni. Bollettino Epidemiologico 2020;1(2):1-8.
5. Vichi M, Ghirini S, Pompili M, Erbuto D, Siliquini R. Suicidi. In Rapporto Osservasalute 2021: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex S.p.a, 2022.
6. Ministero della salute. Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella, 5° Rapporto (settembre 2005 - dicembre 2012).
7. Ministero della salute. Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella, 3° Rapporto (settembre 2005 - dicembre 2010).
8. Dr.ssa Barone A.P, Dr. De Nitto V, Dott. Greco A. Procedura ASL BR- Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale, 2015.
9. Ministero della salute. Raccomandazione n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”, marzo 2008.
10. Azienda ULSS 18 Rovigo. Procedura Aziendale per la prevenzione del suicidio in Ospedale: Rovigo; 2009.
11. Dr.ssa Piazza A, Dr.ssa Boccaforno N, Dr.ssa Costi D. Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale: Emilia-Romagna; 2011.

12. U.O.C. Risk Management, AULSS 6 Roma. Procedura per la prevenzione del suicidio in ospedale: Roma; 2019.
13. Casacchia M, Di Giannantonio M, Scapati F, Varia S, Balestrieri M. Prevenzione del suicidio nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso ed SPDC; 2013.
14. Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. Milano: McGraw-Hill Education; 2019.

ALLEGATI

Allegato 1: Guida per il colloquio con il paziente

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

- 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: Attribuzione del rischio suicidario

Nell'ambito dei vari fattori di rischio, che comunque andranno valutati nel loro insieme e sulla base del loro peso specifico, per l'attribuzione del livello di rischio suicidario è fondamentale considerare:

LIVELLO DI RISCHIO ASSENTE

- Ideazione suicidaria assente
- Anamnesi personale negativa
- Condizioni di salute mentale nella norma

LIVELLO DI RISCHIO LIEVE (PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO GENERICI)

- Ideazione suicidaria infrequente, a bassa intensità, fugace
- Ideazione suicidaria criticata dal paziente
- Anamnesi personale remota (tentativo singolo o multipli ma su base "dimostrativa"; scarsa consapevolezza dell'idoneità del mezzo; salvataggio molto probabile; invio di messaggi/informazioni)
- Anamnesi familiare positiva
- Perdita di una persona amata, del lavoro, denaro, prestigio
- Condizioni di salute mentale a basso rischio (episodio depressivo lieve; disturbo di personalità in forma lieve disturbi d'ansia)
- Bevitore sociale

LIVELLO DI RISCHIO MEDIO (PRESENZA DI IDEAZIONE AUTOLESIONISTICA)

- Ideazione suicidaria a bassa intensità
- Ideazione suicidaria parzialmente criticata dal paziente
- Anamnesi personale recente
- Anamnesi familiare positiva
- Paziente sconosciuto al servizio
- Condizione di salute mentale ad alto rischio (episodio depressivo grave; disturbo bipolare; disturbi psicotici; grave disturbo di personalità; sentimenti

di disperazione, impulsività, ambivalenza, bassa autostima e sensazione di non poter ricevere aiuto);

- Condizione di abuso e/o astinenza da alcool e/o altre sostanze;
- Gravi condizioni di salute fisica.

LIVELLO DI RISCHIO ALTO (PRESENZA DI INTENSA IDEAZIONE AUTOLESIONITICA-TENTATO SUICIDIO RECENTE)

- Recente tentato suicidio
- Ideazione suicidaria ancora presente ed intensa
- Ideazione suicidaria non criticata dal paziente
- Condizione di salute mentale ad alto rischio
- Condizione di abuso e/o astinenza da alcool e/o altre sostanze
- Gravi condizioni di salute fisica

Allegato 3: Beck Hopelessness Scale

(© Beck AT & Steer RA, 1988)

Cognome e nome _____ Data di nascita ___/___/___

Data valutazione ___/___/___ Valutatore _____

ISTRUZIONI: Qui sotto vi sono 20 affermazioni. Risponda se per Lei sono vere o false, nell'ambito della settimana passata (oggi compreso), segnando una croce nelle caselle corrispondenti. In caso di dubbio, dia la risposta che ritiene più vicina a quello che Lei crede corrisponda meglio a quello che pensa. Abbia cura di segnare uno solo tra VERO e FALSO per tutte le affermazioni.

AFFERMAZIONI:

- | | Vero | Falso |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) Vedo il futuro con speranza ed entusiasmo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Potrei arrendermi perché non posso migliorare le cose per me. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Quando le cose vanno male, mi consola sapere che non può durare così in eterno. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Non posso immaginare quello che sarà della mia vita tra 10 anni. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Ho abbastanza tempo per realizzare le cose che desidero fare di più. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Nel futuro mi aspetto di riuscire in quello che mi interessa di più. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Il mio futuro mi sembra buio. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Mi aspetto di ottenere dalla vita più cose buone rispetto alla persona media. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Non mi prendo pause e non c'è motivo per cui lo debba fare in futuro. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Le mie esperienze passate mi hanno preparato bene per il futuro. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Se guardo avanti vedo solo situazioni spiacevoli piuttosto che piacevoli. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Non mi aspetto di ottenere ciò che voglio veramente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Quando guardo al futuro, mi aspetto di essere più felice di adesso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Le cose proprio non vanno come io desidero che vadano. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) Ho una grossa fede nel futuro. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) Non ottengo mai ciò che desidero, quindi è sciocco desiderare alcunché. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- (17) È molto inverosimile che nel futuro io ottenga una vera soddisfazione.
- (18) Il futuro mi sembra vago e incerto.
- (19) Posso aspettarmi che arrivino bei tempi, piuttosto che brutti.
- (20) È inutile provare ad ottenere ciò che voglio perché probabilmente non ci riuscirò.