

Nomenclatura:

Autolesionismo: atto volontario autoinflitto, doloroso, distruttivo, senza l'intenzione di morte

Comportamento parasuicidario: *condotte che comportano un inconsapevole o latente desiderio di morte*, in cui viene ricercato un rischio estremo ed una sfida con la vita (ad es. sport pericolosi, incidenti stradali, abusi di sostanze)

Ideazione suicidaria: *pensieri riferiti alla messa in atto di azioni mirate alla propria morte*. L'ideazione suicidaria può avere gravità diverse a seconda della specificità di piani di suicidio e dal grado di intento suicidario.

Minaccia di suicidio: *verbalizzazione dell'intento di mettere in pratica un suicidio oppure l'aver iniziato un gesto che, se portato a termine, può portare al suicidio*.

Intento suicidario: il paziente è *in procinto di commettere l'atto* con chiara porogettualità

Gesto suicidario: *si intende una minaccia di suicidio accompagnata da un gesto suicidario* che il paziente ritiene di ridotta letalità

Tentativo di suicidio: *quando il paziente vuole commettere un suicidio ma non riesce per cause indipendenti dalla propria volontà*.

E' uno dei termini più usati in modo inappropriato in quanto il paziente può tentare di tentare, tentare di commettere, tentare di non essere letale, per cui maggiori chiarimenti e una maggior precisione nel termine si possono ottenere se si approfondisce la letalità dell'atto discriminando tra atti di alta e bassa letalità.

Suicidio mancato. Comportamento fallito di autosoppressione che si differenzia dal tentato suicidio per le modalità con cui è stato attuato, chiaramente letale e senza spazio intenzionale per evitare la morte



*** L'incidenza del suicidio è lievemente maggiore nelle persone ricoverate rispetto alle persone non ricoverate, ma nel servizio ambulatoriale il problema appare comunque, forse in modo meno eclatante.**

La letteratura internazionale riporta:

- maggior frequenza di suicidio nel sesso maschile
- Incidenzadi suicidi in aumento con l'aumentare dell'età
- che è più frequente in persone con depressione in anamnesi

ed in casi di alcolismo, tossicofilia, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo narcisistico di personalità, disturbo borderline, psicosi, pregressi TS, persone con malattie fisiche invalidanti, persone con esperienze di lutti recenti o con perdite di tipo fisico, affettivo, sociale ed economico.



Il gruppo di lavoro della SIP ritiene che la formazione del personale sanitario (*) rivesta un ruolo fondamentale per la prevenzione del suicidio e debba prefiggersi due principali obiettivi:

1- rendere tutto il personale in grado di individuare precocemente i paziente con fattori di rischio di suicidio

2- adottare i comportamenti adeguati per quei pazienti in cui si è emerso un rischio di suicidio



Il gesto suicidario è un **gesto imprevedibile** e quindi ogni operatore del servizio deve conoscere ed attuare tutte le procedure possibili in caso di rischio suicidario ed inoltre di poter dimostrare di averle attuate, pur non avendo la certezza che il paziente non riesca nel proprio intento.

Il minimo protocollo da seguire per prevenire il fenomeno del suicidio si prefigge di due fondamentali obiettivi:

1*- Valutare il rischio suicidario

(ideazione-anamnesi-pregressi tentativi)

2*- Gestione del paziente a rischio suicidario

(rilevato il rischio occorre trovare la soluzione più idonea per l'adeguato sostegno, a seconda del contesto in cui si trova, PS, CSM, SPDC Ospedale)



-1* Valutare il rischio suicidario:

(....ideazione-anamnesi-pregressi tentativi...)

Se un operatore ritiene necessario approfondire un atteggiamento "negativo" di un paziente deve attuare alcuni essenziali accorgimenti:

- fondamentale effettuare un colloquio clinico:

basato su analisi dei vissuti, credenze, speranze, dell'analisi del senso di disperazione e del grado di sofferenza esistenziale, si dovrebbe approfondire una valutazione psicopatologica (se occorre utilizzando anche strumenti di valutazione) -----> al fine di valutare se necessario un ricovero per tutelare il paziente

La raccolta dell'anamnesi è il primo momento di contatto col paziente, il personale sanitario, ciascuno con le proprie competenze, dovrebbe svolgere un'anamnesi accurata in un clima accogliente al fine di favorire la comunicazione tra operatore e paziente.(allegato A e B)

➤-2* attuare accorgimenti organizzativi, assistenziali,

strutturali e terapeutici per ridurre al massimo il rischio che possa passare all'atto suicidario -----> attivare i servizi in rete



Ruolo dell'equipe del CSM*su persone a rischio suicidario:*
**decidere se è necessario un
ricovero in SPDC !!!!**

Se è necessario, procedere in tali modi:

- 1- attivando una rete in reparto
- 2- attivando familiari, MMG, Guardia medica, PS
- 3- invio in reparto al collega psichiatra di guardia



Pz a rischio suicidario in PS:

Il pz, arrivato in PS (accompagnato o meno) è in carico al medico del PS che dovrà effettuare tutte le valutazioni medico laboratoristiche del caso per accertare patologie organiche di rilievo e successivamente richiedere la consulenza psichiatrica che permetterà di valutare se provvedere con un ricovero in SPDC o con la dimissione e presa incarico al CSM



-Paziente a rischio suicidario in reparto:

Lo psichiatra può essere attivato per:

- 1- Paziente a RISCHIO AUTOLESIVO
- 2- Paziente a RISCHIO SUICIDARIO (correlato ad eventuali patologie organiche)

In questi casi lo psichiatra darà direttive su modalità di gestione della degenza (rivalutare la terapia farmacologica e psicosociale, trasferimento in SPDC, presa in carico programmata alla dimissione)



INDICAZIONI PER RICOVERO in SPDC dopo un TS in un paziente in carico al CSM:

A) il CSM, in equipe (coinvolgendo mmg e familiari) valuta se serve un ricovero dopo il TS.

B) Il Medico del PS (o il medico di reparto), dopo l'acertamento strumentale o di laboratorio del caso, in accordo con lo psichiatra valuta se serve il ricovero in spdc

E se il ricovero viene rifiutato?



Se il ricovero, dopo un TS, viene rifiutato è necessario valutare se ci sono i presupposti per un ASO o un TSO...

* QUESTIONE DIFFICILE :

E' possibile trovare elementi indicatori che possano garantire che un ricovero può non essere necessario??????

----->

----->

----->



Un ricovero di un paziente con ideazione suicidaria o che ha attuato un gesto autolesivo o autosoppressivo: potrebbe anche non avere necessità di un ricovero, quindi restare al proprio domicilio (però con l'indicazione di controlli al CSM) , se:

- a) l'ideazione suicidaria è una reazione ad eventi scatenanti (fallimenti di esami difficoltà relazionali) e l'orientamento del paziente è cambiato da quando il paziente è entrato in PS
- b) il piano suicidario espresso ha una bassa letalità
- c) il paziente ha condizioni di vita stabili e supportanti
- d) il paziente è in grado di cooperare con le raccomandazioni per il follow up, ha una buona aderenza alle cure, può essere facilmente contattabile e monitorabile periodicamente a domicilio



La prevenzione del rischio suicidario

Primaria: il rischio di suicidio diminuisce di fronte a tutte quelle iniziative che mirano ad **umanizzare le strutture sanitarie**; se il personale focalizza il paziente come persona malata e non come copro malato è più facile riconoscere pazienti più fragilirispetto alla loro malattia e alla loro particolare esperienza di vita di quel momento.

Secondaria: diretta a livello più generale e sistemico la prevenzione si avvale di **interventi volti ad aumentare la sicurezza** agendo su:

- Valutazione del paziente (anamnesi)
- Profili assistenziali personalizzati per pazienti con tali tendenze
- Processi organizzativi che consentano la corretta valutazione e gestione dei rischi
- Idoneità ambientale e strutturale
- Formazione degli operatori



Il gruppo di lavoro della SIP ritiene che **la formazione del personale sanitario (*)** rivesta un ruolo fondamentale per la Prevenzione del Suicidio e debbe prefiggersi due principali obiettivi:

1- rendere tutto il personale in grado di individuare precocemente i pazienti con fattori di rischio di suicidio ALLEGATO A e B

(equipe dell'accettazione -----> medico)
<-----

2- adottare i comportamenti adeguati per quei pazienti in cui è emerso un rischio di suicidio

La raccolta delle informazioni, la raccolta della storia clinica, l'esame obiettivo ed il colloquio clinico sono fondamentali per prevenire un tentativo suicidario o per evitare di ricadere in un nuovo tentativo.

Questo deve essere esteso appunto a tutto **il personale sanitario (*)**



storia clinica:

Raccolta in clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e pz è uno strumento essenziale per identificare i fattori di rischio da monitorare

La raccolta della storia clinica è integrata in una delicata fase di presa in carico che, nel caso di tali condizioni cliniche, non possono prescindere dalla raccolta dei dati che possono essere forniti da operatori sanitari, forze dell'ordine, caregiver, familiari, mmg, amici, ed è importante stimolare il coinvolgimento di famiglie e di amici di questi pz sia nella fase di valutazione che di gestione dei fattori di rischio. In allegato 3 si notano gli eventuali fattori di rischio che possono emergere durante la raccolta della storia e vengono riportati 7 fattori la cui presenza è elemento di attenzione per tali nostri pz a rischio.

l'esame obiettivo: analizza la presenza di ideazione suicidaria e la presenza di aspetti psicotici che possono aggravare lo stato in cui si trova il paziente

colloquio clinico:

In questi casi serve un approfondimento per indagare le intenzioni suicidarie e nel contesto di un colloquio è possibile fare una serie, una sequenza di domande che partendo da domande di carattere generale la possono raggiungere gradualmente il centro del problema del pz in osservazione. In aggiunta è possibile effettuare durante il colloquio in forma discorsiva degli items di una scala di valutazione (SSI) al fine di sondare la profondità dell'ideazione suicidaria. I dati desunti dal colloquio devono essere riportati nella cartella clinica per essere a disposizione di tutta l'equipe al fine di permettere a tutta l'equipe di creare un'alleanza col paziente che vive tale difficoltà



Esistono scale utili per monitorare fattori di rischio, approfondimenti, impulsività, ideazione suicidaria ed intenzionalità suicidaria

N.B. Questi non sono altro che strumenti finalizzati alla valutazione di un rischio, sono strumenti per l'operatore che cerca di ottenere una strategia personalizzata di colloquio empatico col paziente:

*servirebbe mantenere un approccio realistico, non giudicante e non condiscendente.

*I pazienti possono non riferire spontaneamente idee suicidarie, ma possono comunicare le loro intenzioni ad altri significativi è quindi importante raccogliere informazioni anche dai familiari e dai MMg



Questionari:

Allegato A:

per fattori di rischio (al primo contatto e procedere eventualmente con allegato B da compilare se i fattori di rischio sono elevati, completandolo tra medici infermieri)

Allegati B,C,D (per i medici, da somministrare a loro discrezione)

- Per valutare impulsività
- Pessimismo
- Ideazione suicidaria
- Intenzionalità suicidaria



ALCUNI DATI dell'ANNO 2018-19

ANALISI DELL'INCIDENZA di alcuni fenomeni
inerenti al suicidio.

Ideazione:

Tentativo suicidario:

0 decessi per suicidio.



I dati infermieristici riportano:

in 12 mesi, l'equipe rileva che, su 10 di tutti i pazienti in carico e per cui si ritiene utile la discussione i del caso in equipe:

4 pazienti con ideazione suicidaria

6 pazienti con tentativi suicidari



Non è possibile visualizzare l'immagine.

Non è possibile visualizzare l'immagine.

Non è possibile visualizzare l'immagine.

