



## LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL SUICIDIO DEGLI UTENTI IN CASA DI RIPOSO

Rev. N.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione
0	12.2019	Dott.ssa Annalisa Faggionato I.P. Maria Teresa Della Pietra Dott. Antonio Cianchelli	Dott. Daniel Aldo Del Brio	Determinazione del Direttore generale n. 63 del 03.03.2020
1	01.04.2023	Dott.ssa Katjuscia Esposito	Dott. Antonio Cianchelli	Determinazione del Direttore generale n. 145 del 22.06.2023



## INDICE

1. SCOPO .....	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	3
3. RACCOMANDAZIONI.....	3
3.1. MISURE DI PREVENZIONE GENERALE .....	3
3.2. INGRESSO IN STRUTTURA: VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA .....	3
3.3. PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA .....	7
4. SUICIDIO DELL'UTENTE .....	8
5. RESPONSABILITÀ .....	8
Riferimenti bibliografici .....	9
Allegato 1. Attribuzione del rischio suicidario .....	10
Allegato 2. Indicazioni per la pianificazione clinico-assistenziale .....	11



## **1. SCOPO**

Lo scopo del presente protocollo è quello di fornire indicazioni al personale per identificare gli utenti a rischio di comportamento suicidario e per adottare strategie orientate alla prevenzione dei suicidi e tentati suicidi.

## **2. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il presente protocollo si applica a tutti gli utenti residenti presso le unità operative dell'Azienda pubblica di servizi alla persona San Luigi Scrosoppi della Carnia e a tutti gli operatori coinvolti nei processi di cura e assistenza alla persona.

## **3. RACCOMANDAZIONI**

### **3.1. MISURE DI PREVENZIONE GENERALE**

La prevenzione del suicidio comprende tutti gli interventi che mirano a rendere più personalizzata l'esperienza della degenza. Quando la struttura e gli operatori manifestano attenzione nei confronti dell'utente come persona, aumentano le probabilità di individuare le persone a rischio e quindi di sviluppare quel supporto che rappresenta uno dei principali fattori protettivi.

Particolare attenzione dev'essere posta alla sicurezza dell'ambiente e in particolare a farmaci, strumenti ed attrezzature che devono essere attentamente custoditi (es. strumenti taglienti, coltelli, farmaci).

### **3.2. INGRESSO IN STRUTTURA: VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA**

L'anamnesi deve essere effettuata in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente; è uno strumento essenziale per l'identificazione dei fattori di rischio da monitorare.



La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto); è opportuno sottolineare che circa il 30-40% dei suicidi ha già tentato il suicidio in passato;
- analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente. Vanno considerati almeno: sesso (i maschi sono più a rischio), età (compresa tra i 15 e 24 anni o superiore ai 65), isolamento sociale;
- 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 o 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;
- esame obiettivo per cogliere i segni tipici dell'alcolismo cronico nonché di un'eventuale sindrome da astinenza e l'effettuazione, tra gli esami clinici, della alcolemia;
- rilevazione di altri segni, tra cui: 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, iper generalizzazione, lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, 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.

Una migliore valutazione del rischio e la conoscenza del problema consentono di mantenere un adeguato livello di vigilanza se il paziente è turbato o, paradossalmente, se i sintomi sembrano alleggerirsi.

Particolare attenzione va rivolta ai pazienti fragili sottoposti a repentini cambiamenti di vita e a coloro che:

- presentano una chiara patologia psichiatrica,
- manifestano una sindrome organica confusionale,
- giungono in struttura e manifestano tale ideazione,
- hanno una reazione suicidaria all'interno della struttura
- hanno subito o temono di subire una grave perdita (a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, del passaggio da terapia curativa a palliativa, decesso del coniuge o altro familiare, di amputazione d'arto o di altre prognosi infauste).

Al fine di identificare le persone ad elevato rischio di suicidio, i medici e gli infermieri devono porre attenzione su particolari fattori anamnestici, obiettivi e clinici e ricordare che la valutazione dev'essere effettuata non solo all'ingresso, ma anche durante la degenza e in previsione della dimissione.



### *Fattori di rischio generali*

<i>Cosa ricercare/osservare</i>	<i>Perchè</i>
<b>Disturbi psichici (soprattutto depressione)</b>	Sicuramente è il primo e più importante elemento da considerare: in una elevata percentuale dei casi di suicidio è diagnosticabile un disturbo psichico, rappresentato prevalentemente dalla depressione
<b>Abuso/dipendenza da alcool, stupefacenti e/o psicofarmaci</b>	Da solo o associato a disturbo psichico è un fattore rilevante di rischio
<b>Traumi/eventi recenti/ situazioni con "perdita di speranza"</b>	Possono determinare sindromi reattive abnormi (reazioni emotive inadeguate, stati depressivi, ecc.) con possibile ideazione suicidaria. L'evento (normalmente una perdita) va messo in relazione con la personalità dell'individuo.
<b>Lutto recente per un parente morto suicida</b>	È una condizione in cui il rischio aumenta moltissimo
<b>Gravi malattie fisiche e sindromi dolorose</b>	Anche in questo caso vi è "perdita della speranza" (es. patologia oncologica, passaggio da terapia curativa a palliativa); il dolore cronico, se presente, è sempre contestuale a modificazioni dell'umore e ugualmente non consente "vie di fuga"
<b>Episodi di autolesionismo/ Precedenti tentativi di suicidio</b>	Il rischio è più elevato che nella popolazione generale
<b>Condizione di isolamento</b>	Il rischio aumenta in presenza di problemi socioeconomici e/o se sono facilmente accessibili i mezzi idonei a porre in atto l'intento suicidario

### *Fattori di rischio specifici (persona anziana)*

<i>Cosa ricercare/osservare</i>	<i>Note</i>
<b>Problemi relazionali cronici</b>	La persona si sente prigioniera nella relazione, non vede vie di uscita
<b>Tensione con i caregiver</b>	
<b>Preoccupazione di essere un peso per gli altri</b>	Persone con alto senso dell'onore e del dovere; presenza di problemi economici
<b>Solitudine</b>	Eventualmente aggravata da problemi economici



Per la valutazione del rischio è fondamentale il colloquio con la persona. 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, gli utenti possono non riferire spontaneamente idee suicidarie, ma spesso comunicano le loro intenzioni ad altre persone significative. E' perciò importante rivolgersi non solo all'utente ma anche a familiari, amici, Medici di Medicina Generale (MMG), altri servizi che seguono il paziente, ecc. perché possono rappresentare una ricca fonte di informazioni.

L'assegnazione del livello di rischio può essere effettuata con lo strumento "Assegnazione del rischio suicidario" (Allegato 1).

### **3.3. PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA**

Percorso clinico assistenziale:

Il rischio di suicidio 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:

- di avvalersi delle consulenze specialistiche psicologiche e psichiatriche per una valutazione specialistica, sulla base delle caratteristiche distintive o dei bisogni unici di questa categoria di pazienti;
- il maggiore coinvolgimento possibile delle famiglie e degli amici sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio;
- una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e gli utenti;
- la prescrizione di terapie "personalizzate" per i soggetti ritenuti a rischio suicidario.

Gli interventi attuabili in funzione del livello di rischio sono evidenziati nel modulo "Indicazioni per la pianificazione clinico-assistenziale" (Allegato 2).



In caso di rilevazione del rischio è necessario:

- che il medico che ha in carico il paziente informi tutto il personale e che l'équipe assistenziale disponga un piano clinico-assistenziale integrato;
- evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità per la vigilanza. Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e utenti è ridotto.

#### **4. SUICIDIO DELL'UTENTE**

Nel caso in cui venga attuato l'atto suicidario da parte dell'utente:

- Il medico di struttura se presente, o l'infermiere contatta il NUE (numero unico emergenza) e informa il familiare di riferimento;
- L'infermiere provvede a informare il Direttore dell'Area delle cure sanitarie e sociosanitarie e il Direttore Generale.
- Il Direttore dell'Area delle cure sanitarie e sociosanitarie raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di approfondire le cause dell'evento, i fattori contribuenti, i possibili rischi latenti, il piano d'azione da intraprendere per rimuovere tali rischi;
- L'Ente si mette a disposizione dell'Autorità Competente.

#### **5. RESPONSABILITÀ**

Tutti gli operatori coinvolti nella cura e nell'assistenza delle persone accolte in struttura sono responsabili dell'applicazione delle azioni previste nel presente documento.



### **Riferimenti bibliografici**

- A.S.S. n. 1 "Triestina", D.S.M. di Trieste, Amalia, WHO. Prevenire il suicidio. Linee guida per i medici di medicina generale e gli operatori sanitari e sociali. Edizione italiana a cura di Lekovich K. & Oretti A. Aprile 2011.
- A.A.S. 3 "Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli" procedura per la PREVENZIONE E GESTIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE AOP approvato con Delibera n. 355 del 06/09/2012
- Ministero della Salute. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale. Raccomandazione n. 4, 2008.
- Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie nel territorio. Dicembre 2012.
- Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale. Dicembre 2012.



## **Allegato 1. 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:*

### **1 - LIVELLO DI RISCHIO ASSENTE**

- ⊗ ideazione suicidaria assente
- ⊗ anamnesi personale negativa
- ⊗ condizioni di salute mentale nella norma

### **2 – 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

### **3 – 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.

### **4 – 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 2. Indicazioni per la pianificazione clinico-assistenziale**

**In base al livello di rischio considerare le seguenti misure:**

### **Livello 2 – RISCHIO LIEVE**

1. Protrarre l'osservazione/valutazione da parte dell'équipe medico-infermieristica, in particolare tramite:
  - ascolto attivo o supporto con la sola presenza, assicurando un clima tranquillo e invitando a rivolgersi all'équipe se compaiono pensieri negativi o un aumento di tensione;
  - incoraggiamento dell'espressione dei pensieri e dei sentimenti;
  - informazioni e istruzioni alla persona e/o ai familiari sulla gestione dell'eventuale disturbo emotivo e sui modi alternativi di gestire i problemi;
  - rilevazione degli eventuali segni iniziali di aumento di ansia, agitazione e irritabilità: es., camminare avanti e indietro, ipervigilanza o cambiamenti di umore
2. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, valutare se richiedere consulenza psichiatrica per inquadramento clinico e trattamento
3. Possibilmente assegnare alla persona una stanza con altro degente
4. Alla dimissione segnalare al MMG la valutazione di rischio suicidario lieve ed eventualmente prenotare visita al CSM/SerT.

### **Livello 3 – RISCHIO MEDIO (sono compresi anche i punti precedenti)**

5. Informare/coinvolgere i familiari
6. Predisporre una sorveglianza personalizzata, con il coinvolgimento eventuale di familiari o conoscenti del paziente opportunamente preparati e valutati
7. Verificare la sicurezza degli oggetti personali e di quelli tenuti in stanza; controllare la persona durante l'uso di oggetti potenzialmente pericolosi. Valutare in quale stanza è più opportuno collocare il paziente e la posizione del letto nella stanza
8. Richiedere consulenza psichiatrica e valutare se trasferire in ambiente psichiatrico, considerando la situazione generale, le condizioni internistiche e possibili controindicazioni sul piano psicologico
9. Rivalutare quotidianamente in équipe medico-infermieristica il paziente

### **Livello 4 – RISCHIO ALTO (sono compresi anche i punti precedenti)**

10. Predisporre una vigilanza più intensa e accurata (ovvero: personalizzata 24 ore su 24).