



AZIENDA ULSS N. 6 "VICENZA"

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050 – COD. U.L.SS. 006 – COD.FISC. E P.IVA 02441500242

Dipartimento di Salute Mentale

Dir.: Dr. Andrea Danieli

INTRODUZIONE

Il Dipartimento di Salute Mentale di Vicenza ha strutturato un percorso di ricerca, studio e formazione allo scopo di definire un **protocollo per la gestione delle condotte suicidarie nel DSM e di implementare le raccomandazioni ministeriali sulla prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale.**

Sono stati individuati i seguenti principali **obiettivi**:

- maggior conoscenza del problema delle condotte suicidarie da parte degli operatori
- acquisizione di specifiche competenze e di un miglioramento della qualità delle prestazioni all'interno degli ambiti operativi
- possibilità di intercettare il fenomeno della suicidarietà in modo sempre più accurato e garantire la trasmissione della informazione in merito nell'ambito delle strutture del Dipartimento

A tale fine è stato formato un **gruppo di lavoro** composto da tutte le figure professionali operanti nel DSM che dal 2008 ha operato secondo questi passaggi:

1. **Ricerca bibliografica** con particolare riguardo a:
 - esperienze di lavoro di altri gruppi sul tema in Italia
 - linee guida internazionali
2. **Programmazione e svolgimento di un percorso formativo specifico per il DSM**, con le seguenti caratteristiche:
 - coinvolgimento del più alto numero possibile di operatori del DSM
 - formazione effettuata da esperti di suicidologia riconosciuti a livello internazionale e da gruppi operanti nel panorama italiano con esperienze di lavoro nel DSM sul tema della prevenzione del suicidio
 - metodologia di lavoro: lezioni frontali e piccoli gruppi
 - attenzione alle problematiche cliniche e di gestione del paziente
 - coinvolgimento del gruppo di lavoro nella formazione stessa
 - temi affrontati: (oppure vedi programma del corso ECM)
3. **Messa a punto di una scheda per la raccolta dati**, ai fini di una rilevazione della problematica suicidaria all'interno del DSM e di una maggior conoscenza del fenomeno da parte di tutto il personale coinvolto (allegato A) e creazione di un data base per la registrazione delle rilevazioni e degli interventi effettuati
4. **Messa a punto del protocollo per la gestione delle condotte suicidarie nel Dipartimento di Salute Mentale** (allegato B), strutturato secondo i seguenti principi:
 - riferimento alle linee guida internazionali, ma scelta di definire un protocollo originale misurato alle esigenze del servizio e a criteri operativi
 - attenzione alla specificità dei diversi ambiti di lavoro del DSM (SPDC e CSM)

- integrazione tra i suddetti ambiti e le loro modalità operative, con particolare attenzione alle comunicazioni e alla modalità di gestione delle informazioni cliniche significative

allegato A: scheda di rilevazione

allegato B: scheda di osservazione effettuata dal personale infermieristico.

allegato C: protocollo per la gestione delle condotte suicidarie nel Dipartimento di Salute Mentale

Allegato C

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.

A. valutazione

B. definizione dell'intervento nei diversi ambiti

1. SPDC
2. CSM

C. modalità di registrazione e comunicazione dei dati

A. valutazione

La valutazione della presenza di ideazione od intenzionalità anticonservativa fa parte dell'esame psichico che viene effettuato ogni volta che il medico psichiatra compie una visita psichiatrica e per tale motivo dovrebbe essere effettuata per tutti i pazienti che afferiscono alle strutture del Dipartimento. Va rilevato che l'attenzione per il rischio suicidario deve essere inserita nella più ampia valutazione del rischio di aggressività ed agiti violenti (che potranno essere auto od eterodiretti), che deve valutare in modo approfondito elementi anamnestici, clinici e socio-ambientali. Gli elementi da prendere in considerazioni sono i seguenti:

Schema per la valutazione del rischio di comportamento aggressivo (auto ed etero) tratta da HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management)

- Valutazione anamnestica: storia di violenza, età del primo episodio, anamnesi relazionale, lavorativa, tossicologica, psichiatrica (psicopatia, disadattamento precoce, disturbo di personalità), fallimento di precedenti misure restrittive.
- Valutazione clinica: mancanza di insight, opinioni negative, presenza di sintomatologia psichiatrica, instabilità comportamentale, difficoltà di trattamento.
- Valutazione della gestione del rischio: mancanza di un piano di gestione, accesso ad elementi destabilizzatori, mancanza di supporto, mancanza di compliance, fattori di stress.

È anche noto che, in letteratura, il rischio suicidarlo è associato alla presenza di alcune caratteristiche socio-demografiche e cliniche che andranno pure tenute in considerazione; lo stesso vale per fattori ritenuti essere protettivi.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E SOCIALI

- età superiore ai 45 anni
- sesso maschile
- stato civile: single, divorziato, vedovo
- disoccupazione o pensionamento
- relazioni interpersonali conflittuali
- retroterra familiare caotico o conflittuale

- separazioni e allontanamenti familiari, personali o sociali (es. lutti, separazioni)
- procedimenti legali in atto (incluso il divorzio)
- porto d'armi

CARATTERISTICHE CLINICHE

- precedenti idee o comportamenti suicidari o impulsivi o aggressivi
- disturbo depressivo maggiore grave
- psicosi e malattie mentali croniche
- grave disturbo di personalità
- abuso di alcool e sostanze illecite
- malattie fisiche dolorose o disabilitanti
- recente ricovero in Psichiatria
- dimissioni volontarie contro il parere del medico
- familiarità per suicidio

FATTORI PROTETTIVI

- bambini in casa
- gravidanza
- credenze religiose deterrenti
- soddisfazione nella vita
- buona capacità di effettuare un esame di realtà
- abilità di coping
- supporto sociale e familiare
- relazione terapeutica efficace

Per i pazienti che presentano le suddette caratteristiche lo psichiatra dovrà condurre un'intervista clinica più approfondita. Pur nel rispetto del proprio stile di colloquio, andranno assunti alcuni atteggiamenti nell'approccio al paziente: ascoltare attentamente, essere empatici, emettere segnali non verbali di accettazione e rispetto per le opinioni ed i valori della persona in crisi, parlare con semplicità ed onestà, esprimere la propria preoccupazione e solidarietà. Saranno da evitare le interruzioni frequenti e l'eccessiva fretta, o espressioni di eccessiva preoccupazione o disagio:

Elenchiamo alcune domande che possono risultare utili:

- Ti senti triste?
- Senti che nessuno si prende cura di te?
- Pensi che non valga la pena vivere?
- Pensi che vorresti suicidarti?
- Ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?
- Hai idea di come farlo?
- Possiedi farmaci, armi da fuoco o altri mezzi per commettere il suicidio? Sono facilmente disponibili?
- Hai deciso quando vuoi porre fine alla tua vita? Quando hai deciso di farlo?

B. definizione dell'intervento nei diversi ambiti

B.1 SPDC

Il paziente accede all'SPDC con le seguenti modalità:

- a) attraverso consulenza di P.S.
- b) per trasferimento da altro Reparto dell'Ospedale di Vicenza o di altro Ospedale
- c) per ricovero richiesto o programmato dal CSM, o da Medico di Medicina Generale o di Specialista Privato.

Il Medico che cura la pratica di ricovero e lo esegue materialmente (scheda di ricovero, compilazione della cartella clinica) avrà cura di compilare, quando ne ravvisi la opportunità/necessità, la scheda di segnalazione/rilevazione (scheda A e A1 - Allegato A) qualora questa non sia trasmessa insieme assieme all'invio del paziente. La scheda sarà conservata in cartella.

La scheda verrà posta all'attenzione del gruppo infermieristico di turno (infermiere di accettazione, o "turnista"). Da questo momento il gruppo infermieristico inizia una osservazione che viene periodicamente registrata (ogni 3 giorni) sulla scheda B (Allegato B), che viene conservata in cartella. La sospensione del periodo di osservazione verrà disposta dal Medico di Reparto una volta ravvisata la cessazione dell'utilità dello strumento.

Gli interventi durante la degenza in SPDC, relativi a questa problematica, si configurano come una molteplicità (valutazione su scheda A e A1, osservazione seriale su scheda B, intervento farmacologico specifico, intervento psicodiagnostico e/o psicoterapico da parte dello Psicologo, intervento sociale da parte dell'Assistente Sociale) nell'ambito della totalità degli interventi che trovano la loro unitarietà nella cartella clinica dove vengono registrati.

Alla dimissione del paziente, il medico che dimette a mezzo della Scheda A e A1 segnalerà e concorderà con il CSM che ha o prenderà in carico il paziente (o con la struttura che accoglierà il paziente) il livello di rischio ed il conseguente intervento opportuno.

B.2 CSM

Il Protocollo può essere attivato per le seguenti tipologie di pazienti:

- a. pazienti dimessi dall'SPDC dopo un ricovero motivato dalla presenza di ideazione o agiti anticonservativi (con segnalazione da parte dell'SPDC, vedi sopra)
- b. pazienti inviati al CSM con richiesta di visita psichiatrica (prime visite) per le quali l'inviante segnali la presenza di ideazione od intenzionalità suicidaria nell'impegnativa o con altre modalità (telefonata, lettera di accompagnamento), o per i quali vi sia la segnalazione in tal senso da parte di familiari o conoscenti.
- c. pazienti noti al CSM che verbalizzino ideazione/intenzionalità anticonservativa o per i quali si riceva una segnalazione da parte di familiari o conoscenti.

L'operatore del CSM che riceve la segnalazione dovrà avvisare il medico referente del paziente in oggetto o il medico di fascia ove esso sia previsto. Il medico che riceve la segnalazione valuterà l'opportunità di attivare il protocollo: qualora lo ritenesse opportuno provvederà alla compilazione della SCHEDA A e A1 e procederà secondo la seguente definizione dei livelli di rischio e conseguente intervento:

- **PAZIENTI CON NUMEROSI FATTORI DI RISCHIO E POCCHI FATTORI PROTETTIVI:** il paziente verrà ricoverato presso il SPDC. Qualora rifiutasse il ricovero, se ve ne fossero gli estremi, andrà valutato il ricorso al TSO)). Qualora si decida per il ricovero il medico inviante informerà il medico di guardia del SPDC sia telefonicamente sia con l'invio tramite fax di una relazione clinica in cui siano descritti in modo dettagliato gli elementi che hanno portato ad individuare un alto rischio suicidario e la SCHEDA A
- **PAZIENTI CON NUMEROSI FATTORI DI RISCHIO E NUMEROSI FATTORI PROTETTIVI:** predisporre rivalutazioni quotidiane del paziente presso il CSM per 7 giorni (al termine di tale periodo andrà ripetuta la valutazione iniziale); valutare l'opportunità di associare ciclo di fleboterapia in regime di DHT; effettuare colloquio con i familiari/conoscenti (con il consenso dell'interessato) per garantire la supervisione diurna e notturna del paziente; predisporre contatti telefonici da parte degli I.P. qualora il paziente non dovesse essere puntuale alle rivalutazioni concordate (tutti gli interventi andranno registrati nella cartella clinica del paziente).
- **PAZIENTI CON POCCHI FATTORI DI RISCHIO E NUMEROSI FATTORI PROTETTIVI:** predisporre rivalutazione del paziente a breve termine (entro 7 giorni); avvisare i familiari/conoscenti (con il consenso dell'interessato) per ottenere una maggiore osservazione del paziente, con l'accordo di segnalare tempestivamente al personale del CSM eventuali cambiamenti dello stato psicopatologico; predisporre almeno 2 rivalutazioni telefoniche dello stato psichico del paziente da parte degli I.P.

Qualora l'attivazione del protocollo non si concludesse con il ricovero, il medico, alla fine del periodo di monitoraggio del paziente o dopo la rivalutazione a breve, dovrà nuovamente compilare la SCHEDA A e A1.

C. modalità di registrazione e comunicazione dei dati

La scheda di rilevazione (SCHEDA A e A1, vedi Allegato A) contiene i seguenti dati:

- Soggetto che ha effettuato la segnalazione
- Nome e cognome del paziente
- Tabella per valutare la presenza di caratteristiche demografiche e sociali associate al rischio suicidario
- Tabella per valutare la presenza di caratteristiche cliniche associate al rischio suicidario
- Tabella per valutare la presenza di fattori considerati protettivi per il rischio suicidario
- Tipo di intervento che si decide di attuare.

Per i pazienti in carico ai CSM copia delle SCHEDA A e A1 saranno conservate nella cartella clinica ambulatoriale del paziente, sulla quale verranno comunque registrate la valutazione clinica effettuata e il tipo di intervento che si è programmato.

Per i pazienti ricoverati in SPDC le SCHEDA A, A1 e B andranno conservate nella cartella clinica del paziente sulla quale verranno comunque registrate tutte le annotazioni sulla valutazione clinica effettuata e sul tipo di intervento che si è programmato.