



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

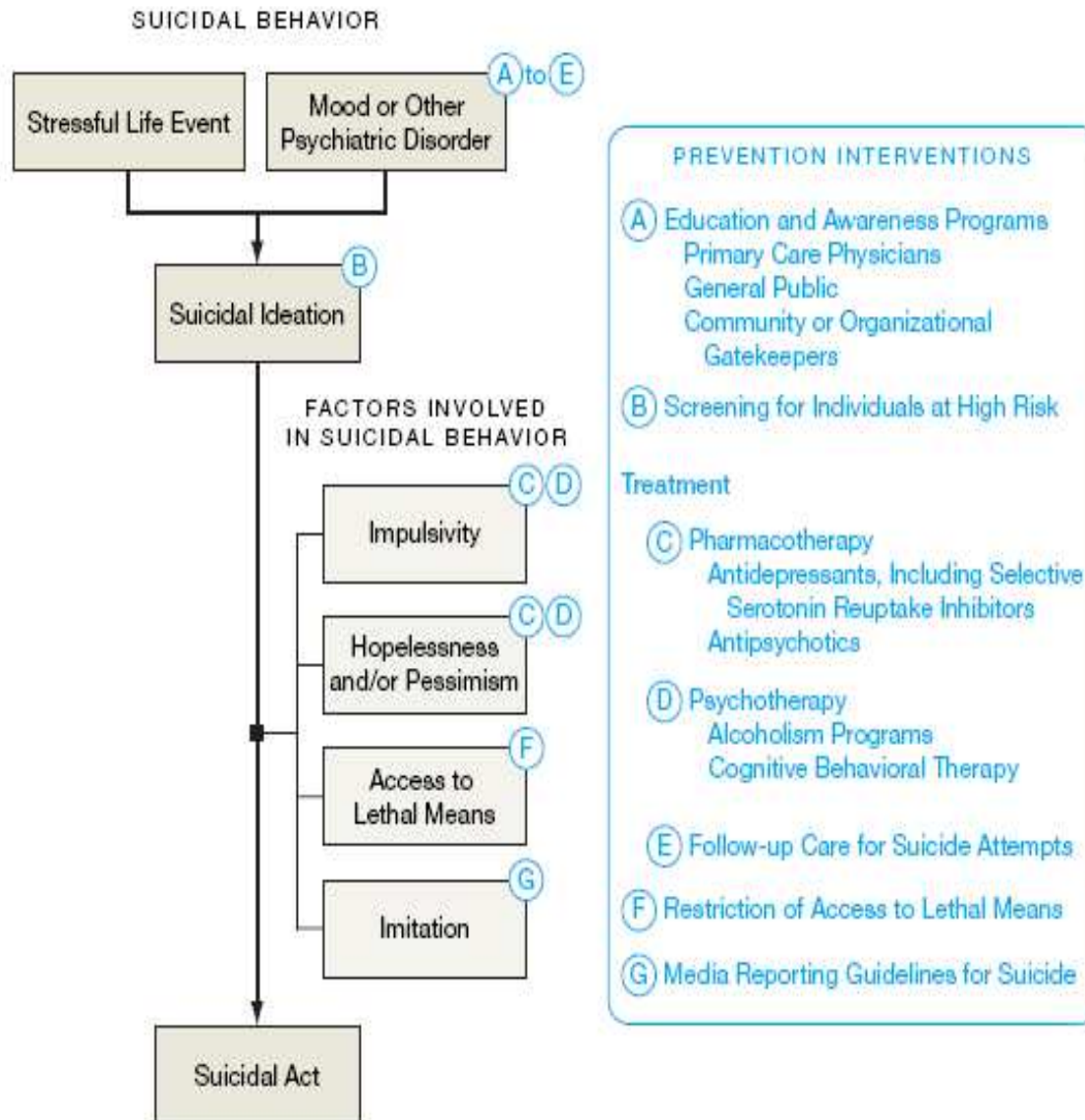
**Metodi efficaci e prospettive per una nuova strategia nella prevenzione del suicidio: l'importanza dei servizi per l'emergenza**

**Disegno e sperimentazione di un programma di monitoraggio dei casi di tentato suicidio nei servizi per l'emergenza**

# Interventi di prevenzione del suicidio



**Figure.** Targets of Suicide Prevention Interventions



**Strategie di intervento e obiettivi possibili**

*J. Mann et al. "Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review" JAMA, October 26, 2005—Vol 294, No. 16*

# Ostacoli per una rilevazione sistematica dei TS



Sono diverse le **criticità**, evidenziate in più fonti di letteratura, che debbono essere affrontate per poter pianificare interventi appropriati ed efficaci miranti ad un monitoraggio dei TS.

Tra queste :

## 1. **L'ambiguità di definizione degli atti suicidari** crea due importanti limitazioni:

- La non corretta confrontabilità degli studi
- L' assenza di una valida valutazione "*actual intent to die*" che può determinare una errata classificazione del comportamenti suicidari e non suicidari .

## 2. **L'assenza di una classificazione specifica per il Suicidio o TS nei sistemi di classificazione delle malattie (ICD9-CM)**

Tale assenza di codifica ha reso difficile sino ad ora utilizzare i dati ricavati dai sistemi informativi esistenti.

# L'ambiguità di definizione degli atti suicidari



A tal proposito è stato coniato il termine “parasuicide” che però mantiene ancora tutta la ampiezza delle definizioni.

“attempted suicide; behaviours from suicidal gestures and manipulation to serious attempts;  
according to the WHO definition, an act with a nonfatal outcome, in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without intervention from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally realized therapeutic dosage, and which is aimed at realizing changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences.

*”For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN) July 2004*

# Limiti del sistema di classificazione delle malattie (ICD9-CM) ai fini della segnalazione



- Notturna 780.8  
p) **SUDS (morte improvvisa non spiegata) 798.2**  
e **Suicidio, suicida (tentativo di)**  
- Da avvelenamento  
- Potenziale 300.9  
- Tendenze 300.9  
- Trauma NIA (v. anche natura e sede del traumatismo) 959.9  
di **Supstifer, infezione da (v. anche infezione, salmonella) 003.9**  
**Sulfatidosi 330.0**

Nevrosi parossistica  
Psicastenia  
**300.9 Disturbi nevrotici non specificati**  
Nevrosi SAI  
Psiconevrosi SAI  
**301 Disturbi di personalità**  
Incl.: nevrosi di carattere  
Utilizzare un codice aggiuntivo per identificare ogni nevrosi o psicosi associata, o condizione organica

**958.8 Altre complicazioni precoci di traumatismi**  
ult- **959 Altri e non specificati traumatismi**  
Incl.: traumatismo SAI  
Escr.: traumatismo SAI di:  
vasi sanguigni (900.0-904.9)  
occhio (921.0-921.9)  
organi interni (860.0-869.1)  
localizzazioni intracraniche (854.0-854.1)  
nervi (950.0-951.9, 953.0-957.9)  
midollo spinale (952.0-952.9)  
**959.0 Altri e non specificati traumatismi di testa, faccia e collo**



# Elaborazione e sviluppo di iniziative preventive di riconosciuta efficacia per individuare e ridurre il rischio di suicidio, di tentato suicidio e di depressione post partum



Il progetto è stato finanziato come sottoprogetto del più ampio Programma Strategico **“Migliorare la qualità dell'offerta del SSN nelle patologie psichiatriche attraverso tecnologie che misurano l'appropriatezza clinica, economica ed organizzativa”** all'interno dei Bandi 2006 della Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute.

# Perché questo progetto?



Questo progetto è nato intorno alla consapevolezza della **scarsità di conoscenze sul fenomeno del tentato suicidio** e della sua importanza nel percorso che porta al suicidio.

Tale scarsità di conoscenze è evidente:

- ❖ Nella **dimensione di una corretta rilevazione del fenomeno**, dato che la registrazione dei casi di tentato suicidio di fatto non viene condotta da nessun organismo (il Ministero dell'Interno raccoglie i dati su un modello apposito, ma la registrazione da parte della polizia è in realtà discrezionale e, in sostanza, sporadica, pur rappresentando la fonte dei dati pubblicati dall'ISTAT)
- ❖ In una **dimensione epidemiologica**, sia descrittiva (andamenti temporali e geografici, caratteristiche dei soggetti che tentano il suicidio) sia analitica (fattori predittivi, scatenanti e predisponenti)
- ❖ In una **dimensione clinica** a diversi livelli (come mettersi in rapporto con la persona, come stabilire la gravità del caso, come favorire la presa in carico).



## **Obiettivo principale del progetto**



**Il trattamento sistematico del problema del suicidio e di particolari manifestazioni della sindrome depressiva, quale la DPP, nell'idea che esista un ampio spazio di miglioramento della capacità di riconoscimento del disagio e del rischio, della prevenzione e dell'erogazione del trattamento sia del fenomeno suicidario che della DPP nelle sue forme più gravi.**



## Obiettivi specifici



1. elaborazione di un modello strategico per la prevenzione del suicidio nella popolazione generale secondo criteri di implementabilità clinica e gestionale (obiettivo 1);
- 2. riduzione dei TS nei soggetti con almeno un precedente tentativo nelle aree in studio ed elaborazione e applicazione di una strategia per la riduzione del rischio di ripetizione degli atti suicidari nel gruppo a rischio costituito da chi ha già compiuto un tentativo di suicidio (obiettivo 2);**
3. miglioramento del riconoscimento precoce e della presa in carico della depressione post-partum, elaborazione e applicazione di una strategia per il riconoscimento precoce e il trattamento della DPP (obiettivo 3).

## Ci occuperemo qui solo della parte relativa all'obiettivo 2



Data la cospicua riduzione del finanziamento ottenuto rispetto a quello richiesto, e in seguito all'evolvere delle conoscenze del gruppo di lavoro stesso, gli obiettivi sono stati per certi versi ridimensionati e per altri arricchiti.

In particolare, la problematicità del setting del Pronto Soccorso è stata meglio messa in luce, ed è stata identificata come un'area non solo destinataria dell'implementazione di procedure, ma da studiare e attivare preliminarmente all'avvio di procedure e sistemi informativi

Per quanto riguarda la fase esplorativa e di acquisizione di elementi conoscitivi, è stata predisposta una scheda, attualmente in forma preliminare **per la rilevazione delle caratteristiche organizzative e strutturali dei PS**. Tale scheda verrà somministrata da un ricercatore dello studio al responsabile del PS.



## Perché il Pronto Soccorso



- ✓ Il progetto mette al centro della sua azione e dei suoi obiettivi il Pronto Soccorso per diversi motivi :
- ✓ il PS rappresenta il luogo in cui afferisce l'**80% dei casi di tentato suicidio** in Italia e quindi il luogo privilegiato per la loro intercettazione;
- ✓ il PS è per molte persone il **primo punto di contatto** con una fonte di aiuto;
- ✓ poiché il rischio di **ripetere un tentato suicidio è più alto nelle settimane immediatamente successive al tentativo precedente**, appare opportuna una presa in carico rapida che prenda le mosse a partire dal contatto in PS.

## In una fase preliminare il progetto intende:



- ✓ indagare i **percorsi** che i casi di tentato suicidio seguono nei Pronto Soccorso a seconda delle caratteristiche organizzative e strutturali dei PS stessi;
- ✓ condurre una **stima dei casi** di tentato suicidio visti in PS in base ai sistemi informativi disponibili in alcuni PS;
- ✓ identificare possibili **fonti di supporto** per i casi di tentato suicidio che non facciano capo esclusivamente al servizio psichiatrico;
- ✓ identificare modalità e aree per la **formazione**, intesa non come serie di lezioni frontali, ma come strumento per la modifica di attitudini importanti per migliorare riconoscimento, registrazione, trattamento e invio del paziente che arriva in PS per le conseguenze di un tentato suicidio

## Nella fase successiva il progetto intende:



- ✓ implementare in PS **procedure per l'accoglienza e il riconoscimento** del caso di tentato suicidio e per la raccolta di alcune informazioni necessarie all'applicazione di criteri prognostici e per la descrizione della popolazione in studio;
- ✓ implementare e migliorare le **modalità di invio al servizio psichiatrico** e il collegamento tra questo e il PS;
- ✓ sperimentare forme di **feed-back sulla presa in carico e sullo stato di salute** del paziente al personale del PS e agli psichiatri che vengono chiamati in PS per la consultazione sul caso di tentato suicidio;
- ✓ attivare un **sistema informatizzato che registri il caso**, ne raccolga alcuni dati fondamentali, lo segnali al servizio psichiatrico di afferenza territoriale, ne consenta il monitoraggio nel tempo;
- ✓ **seguire nel tempo** i soggetti individuati per valutare nel tempo la presa in carico, i fattori predisponenti la presa in carico, lo stato in vita, le condizioni di salute.

## Strategie individuate per il rilevamento dei TS



Nel Lazio è allo studio l'integrazione di una sezione dedicata ai TS nell'ambito di un sistema di **sorveglianza sindromica** operante già da alcuni anni in molti PS della regione.

Tale strumento informatico interroga costantemente (ogni due ore) il sistema informativo dei PS e segnala immediatamente l'occorrenza di un evento di interesse.

I dati sono raccolti sequenzialmente in un database centrale, che costituisce pertanto un archivio storico di estremo interesse (attivo già da alcuni anni); si tratta essenzialmente dei dati presenti nella cartella di PS ad eccezione dei dati sensibili, che includono la **diagnosi testuale**.

# Sorveglianza sindromica



**Di che si tratta?** È una sorveglianza sanitaria che monitora le variazioni d'incidenza nel tempo e nello spazio di quadri sintomatici e non di malattie definite per eziologia.

**A cosa serve?** A identificare cluster di nuove e/o poco prevedibili malattie. Se si verificano eccessi o aggregazioni spazio temporali di casi, → **allarme**

- Verificare se esiste realmente un cluster
- Identificare la causa del cluster
- Evitare il diffondersi della malattia rimuovendo le cause o riducendo il rischio di contagio.



# Sorveglianza sindromica: sindrome neurologica



## DEFINIZIONE

Una delle seguenti patologie:

ENCEFALITE, MENINGITE

Oppure

NESSUN SINTOMO

e una delle seguenti patologie:

CAMBIAMENTI NEI LIVELLI DI COSCIENZA, CONFUSIONE, DELIRIO, DISORIENTAMENTO, STATO MENTALE ALTERATO, ENCEFALOPATIA, INCREMENTO DEI GLOBULI BIANCHI O DELLE PROTEINE NEL LIQUOR

## DEFINIZIONE OPERATIVA

Uno dei seguenti codici diagnosi:

320 (Meningite batterica), 321 (Meningite da altri microrganismi), 322 (Meningite da causa non specificata), 323 (Encefalite), tutti gli altri codici ICD-9-CM corrispondenti a Encefalite e Meningite

oppure uno dei seguenti codici diagnosi:

780.02 (Alterazione temporanea della coscienza), 780.1 (Allucinazioni), 780.09 (Altre alterazioni della coscienza), 298.9 (Psicosi non specificata), 792.0 (Reperti anormali non specifici nel liquido cerebrospinale), 348.3 (Encefalopatia non specificata)

## Rilevanza della cartella di Pronto Soccorso



E' in fase di avvio presso l'ospedale di Milano San Carlo un lavoro indirizzato a verificare l'effettiva reperibilità dei dati a partire dal sistema informativo del PS per stimare il numero di casi di tentato suicidio.

Esso richiede che vengano individuate le voci in cui vengono **codificati**, normalmente, i casi di tentato suicidio nei diversi sistemi informativi.

Nei PS del Lazio si è osservato che la **diagnosi testuale** riportata nella cartella di PS riporta in modo costante e circostanziato l'avvenuto TS, laddove la diagnosi ICD-9cm non fa alcun riferimento esplicito e non permette di fare alcuna inferenza certa.

Da una prima analisi appare evidente il problema accennato della codifica per il TS:



Diagnosi testuale	Diagnosi ICD9-CM
tentativo di autolesionismo ingestione volontaria di benzodiazepine	Abuso emotivo/psicologico di adulto
tentativo di suicidio	Disturbi dell'identità psicosessuale
tentato suicidio.	Depressione nevrotica
tentato suicidio	Ferita del polso, senza menzione di complicazione
tentativo di suicidio con abuso di alcool e benzodiazepine	Abuso di alcool, episodico
tentativo di suicidio con assunzione incongrua di bdz alle ore 8,30, ferita lacero-contusa polso sn, pz vigile sat 97	Intossicazione patologica da droghe
tentativo di suicidio con assunzione di monossido di carbonio.	Effetti tossici dell'ossido di carbonio
tentato suicidio (caduto dall'altezza di circa 3 metri e mezzo) politrauma con: contusione al bacino, contusione anca dx e anca sin e femore sin. distrazione a livello del rachide cervicale.	Traumatismo di sedi multiple
trauma cranico minore, trauma chiuso toraco addominale	
tentativo di suicidio	Tentativo fallito di aborto senza complicazione riferita
assunzione incongrua di benzodiazepine per tentato suicidio	Avvelenamento da altre sostanze specificate agenti sui costituenti del sangue

# Risk-Rescue rating scale di Weisman e Worden

Digitare un "x" nella colonna appropriata per ciascuna caratteristica del rischio implicato (una sola risposta per riga)			
Agente utilizzato	ingestione, tagli, accoltellamento	affogamento, strangolamento, asfissia	gettarsi nel vuoto, armi da fuoco
Alterazione della coscienza	nessuna	confusione	coma
Lesione e/o tossicità	modesta	moderata	grave
Reversibilità	previsione di remissione completa	previsione di remissione nel tempo	danni residui in caso di sopravvivenza
Trattamento necessario	ambulatoriale	osservazione in ospedale	terapia intensiva o terapie speciali

Digitare un "x" nella colonna appropriata per ciascuna caratteristica che modifica la probabilità di essere soccorsi (una sola risposta per riga)			
Luogo dell'evento	remoto	né familiare né remoto	familiare
Persona che ha iniziato il soccorso	passante	operatore sanitario	conosciuta
Probabilità di scoperta da parte del soccorritore	accidentale	incerta	quasi certa
Accessibilità al soccorso	non chiede aiuto	trascura occasioni di soccorso	chiede aiuto
Tempo sino al soccorso	più di 4 ore	da 1 a 4 ore	da immediato sino a un'ora

**Punteggi:**

**Rischio 5 - 15**

**“Soccorribilità” 5 - 15**

**Gravità complessiva dell'evento:**

**score Rischio**

----- x 100

**score Rischio+Socc.**

Weissman AD, Worden JW. Risk-Rescue Rating in suicide assessment. In: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, eds. The Prediction of Suicide. Philadelphia, Pa: Charles Press; 1974.

# SAD PERSONS scale di Patterson et al.

data	enter
Are you evaluating a patient you think may be suicidal? (Y or N)	
Gender of the patient (enter M or F)	
Age of the patient in years	
Does the patient express feelings of depression or hopelessness? (Y or N)	
Has the patient made a previous suicide attempt? (Y or N)	
Does the patient have a history of psychiatric care? (Y or N)	
Does the person abuse drugs or alcohol excessively? (Y or N)	
Has the patient lost the ability to think rationally? (Y or N)	
Is the patient separated, divorced or widowed? (Y or N)	
Has the patient made a serious or organized attempt at suicide? (Y or N)	
Does the patient have any social supports? (Y or N)	
Has the patient indicated the intent to attempt suicide again? (Y or N)	

Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS Score. J Emerg Med. 1988; 6: 99-107 (Tables 1 and 2, page 100; Table 4, page 102).

Score	Management
0 - 5	may be safe to discharge, depending on circumstances
6 - 8	emergency psychiatric consultation
9 - 14	probably requires hospitalization

# Fattori di rischio da considerare (adulti)

data	enter
Are you evaluating an adult for suicide risk factors? (Y or N)	
age of the patient in years	
gender of the patient (enter M or F)	
Is the patient married? (Y or N)	
Does the patient have a lack of, or recent loss of, social supports? (Y or N)	
Has the patient recently become unemployed? (Y or N)	
Has the patient experienced a fall in social and/or economic status? (Y or N)	
Does the patient have a major affective disorder or schizophrenia? (Y or N)	
Does the patient have a personality disorder? (Y or N)	
Does the patient have a significant physical illness? (Y or N)	
Does the patient have a family history for suicide? (Y or N)	
Is the patient in a state of psychological turmoil? (Y or N)	
Does the patient feel hopeless? (Y or N)	
Has the patient made a previous suicide attempt? (Y or N)	
Does the patient have a history of alcohol or drug abuse? (Y or N)	
Is a firearm accessible? (Y or N)	

## Punteggi:

**1 punto per ciascuna domanda positiva**

**3-5 Rischio aumentato**

**> 5 Rischio elevato**

Klerman GL. Clinical epidemiology of suicide. J Clin Psychiatry. 1987; 48 (Suppl 12): 33-38.

Mortensen PB, Agerbo E, et al. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. Lancet. 2000; 355: 9-12.

# Suicidio in carcere: fattori di rischio (Bonner, 1992)

Does the patient have/show?	
• abnormal behavior with suicidal ideation? (Y or N)	
• a history of previous suicide attempts? (Y or N)	
• serious problems with other prisoners or the guards? (Y or N)	
• feelings of being isolated, lonely or alienated? (Y or N)	
• hopelessness or feeling that there are no reasons for living? (Y or N)	
• depression or other mental illness? (Y or N)	
• a serious family problem or personal loss? (Y or N)	
• drug or alcohol intoxication at the time of arrest? (Y or N)	
Is the inmate housed in isolation or segregation? (Y or N)	
Was the person put in isolation because of a behavioral problem? (Y or N)	

Bonner RL. Chapter 19: Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. pages 398-419. IN: Maris RW, Berman AL, et al (editors). Assessment and Prediction of Suicide. The Guilford Press. 1992.



# Suicidio: una revisione della nomenclatura

	Self-Inflicted Unintentional Death	Self-Inflicted Death with Undetermined Intent	Suicide	Fatal Injury
	Self-Harm II	Undetermined Suicide-Related Behavior II	Suicide Attempt II	Non-Fatal Injury
	Self-Harm I	Undetermined Suicide-Related Behavior I	Suicide Attempt I	No Injury
	None	Undetermined	Some	
	INTENT			O U T C O M E

Silverman MM et al. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors  
 Suicide and Life-Threatening Behavior 37(3) June 2007

# Come codificare in PS autolesionismo e TS?

**GIPSE Pronto Soccorso - Terminale N° 999 Paziente: PAZIENTE\*IGNOT01748**

File Accesso Visite Stampe Statistiche Utilità Finestre Aiuto

Liste Pazienti Anagrafe Triage Anamn./E.O. Attività Terapie Diario Epicrisi Esito Sch. Inf. Sch. Spec.

### Triage

Paziente **PAZIENTE\*IGNOT01748** Accesso **0/0** Caso  
Sospetto >> Scheda  
H° Prog Data/ora 00/00/0000

Entrata **Condizioni all'ingresso**

**Problemi Principali:**

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

In Caso di trauma:

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

Durata Sintomi:

Ambulatorio:

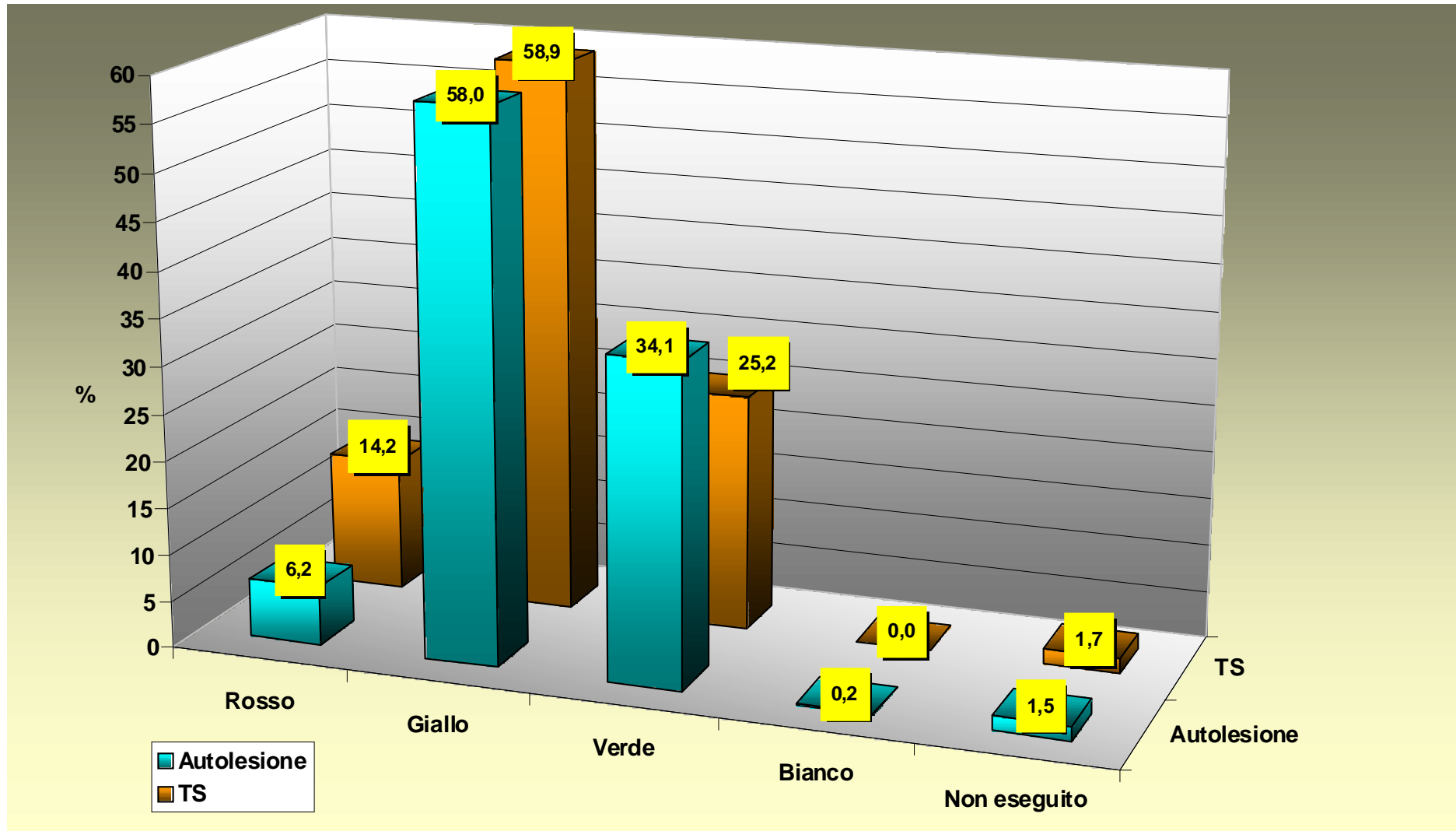
Aggressione  
Autolesionismo senza TS  
TS  
Lavoro (attività fisica, manuale)  
Lavoro (attività di concetto)  
Incidente domestico

Prec. Triage Note Print Dati Logout

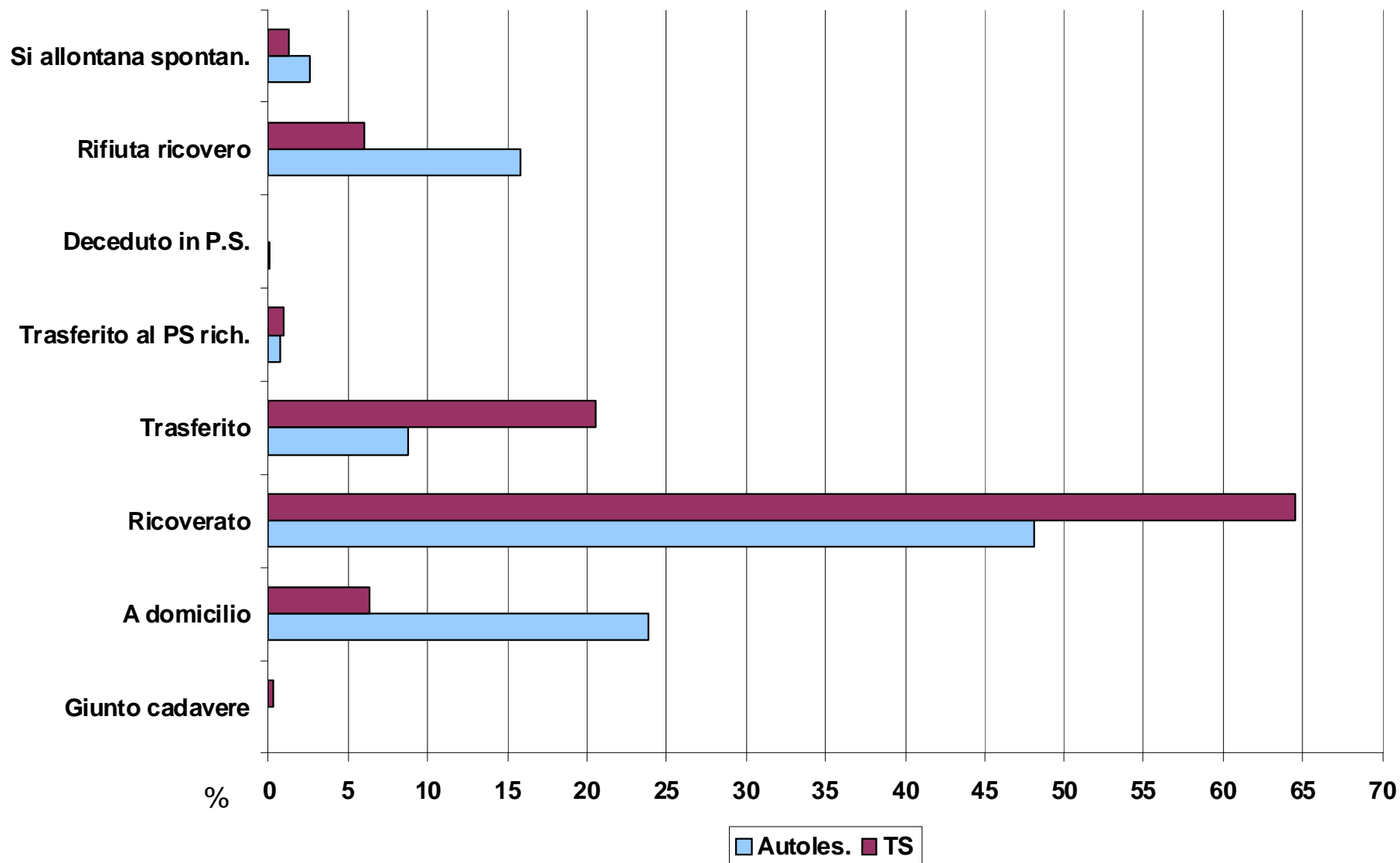
GIULIANOMED

**Nota: quella mostrata è una proposta. A tutt'oggi la scheda GIPSE delle condizioni all'ingresso non è stata modificata**

# Autolesione e TS per triage

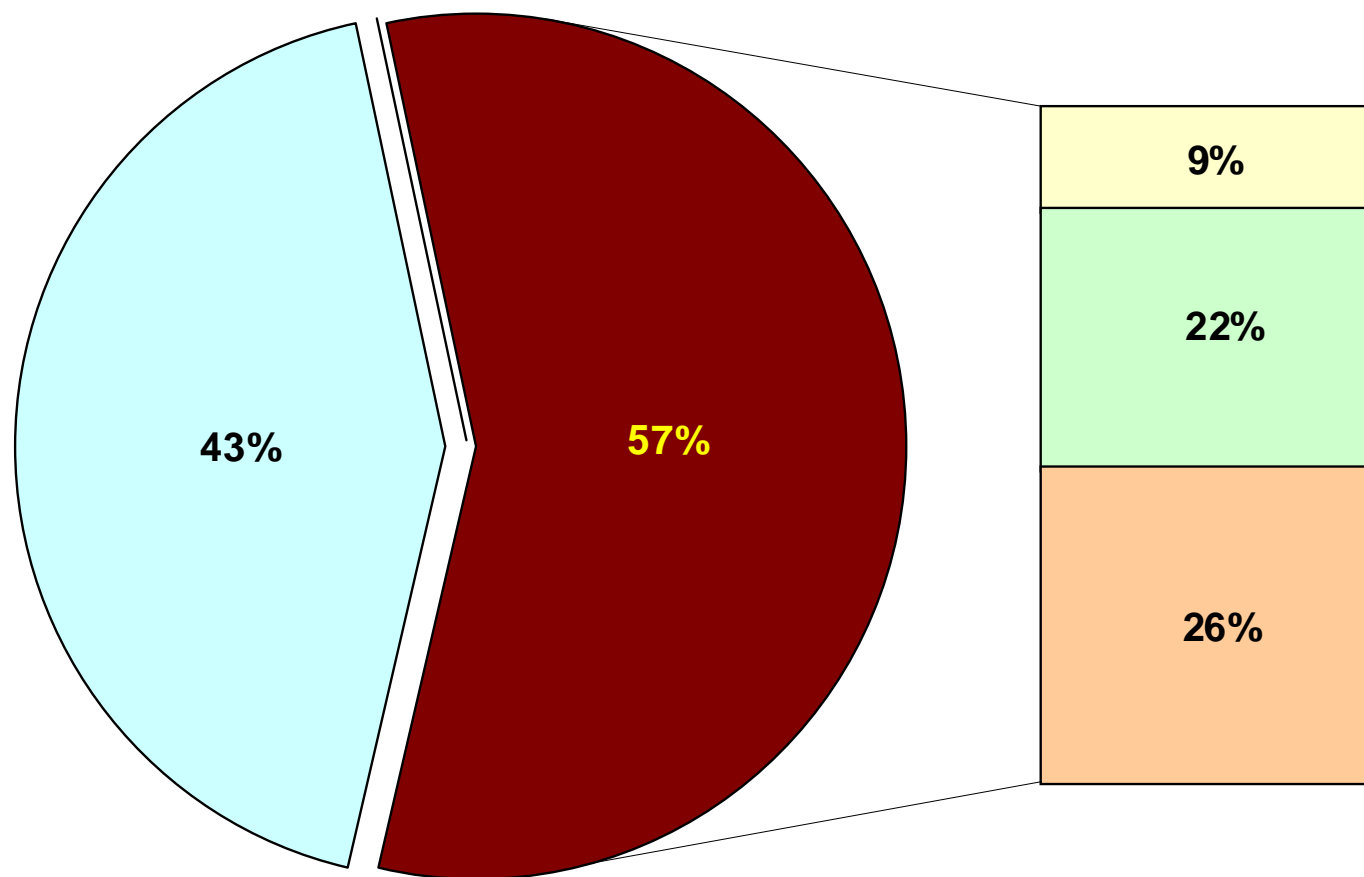


# Autolesione e TS per esito



# Autolesionismo

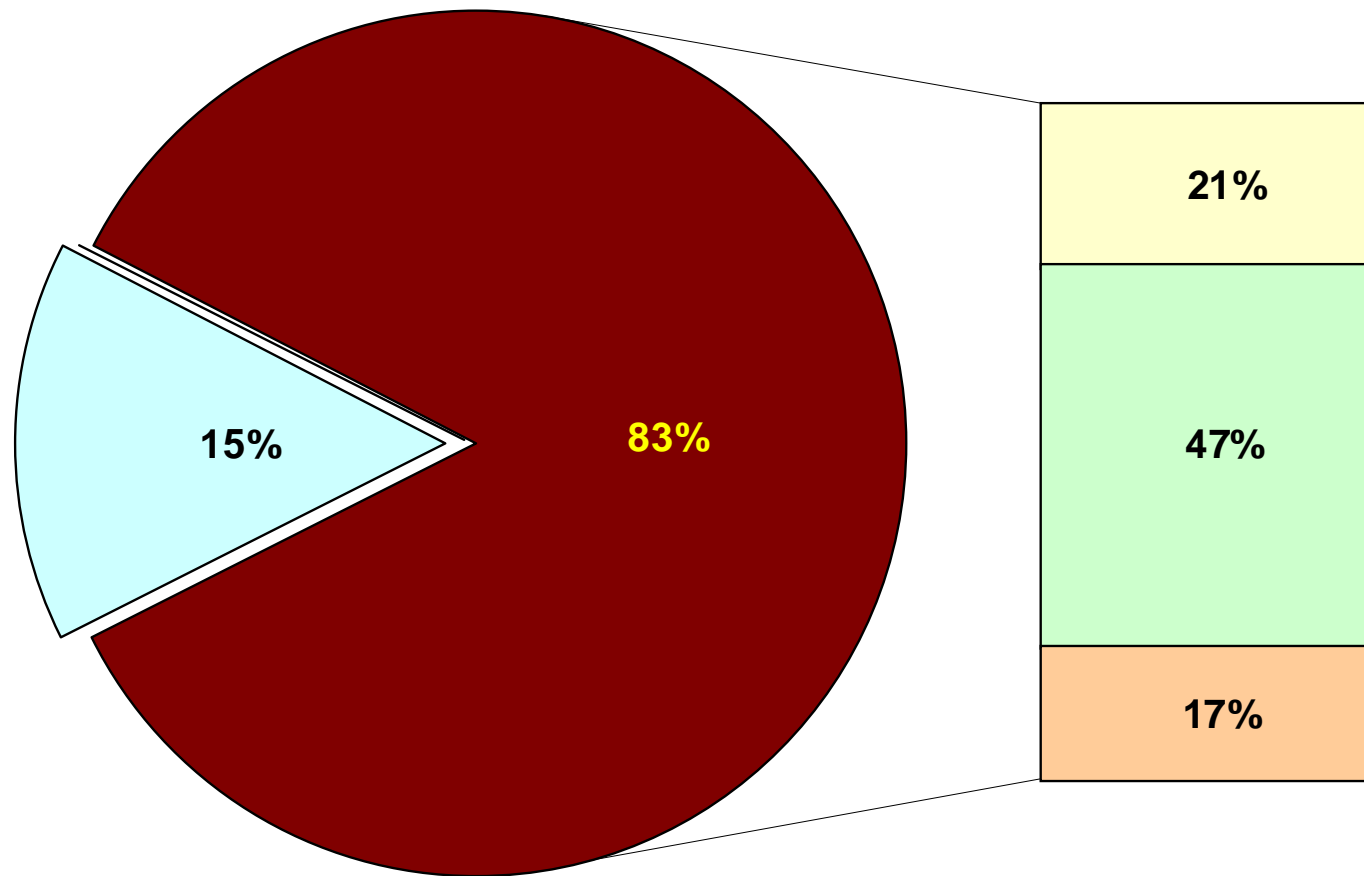
Valutazione in PS: autolesionismo per esito (N=978)



■ Non ricov. ■ Ricoverato ■ Trasferito ■ SPDC ■ Altro rep.

# Tentato suicidio

Valutazione in PS: tentato suicidio per esito (N=302)

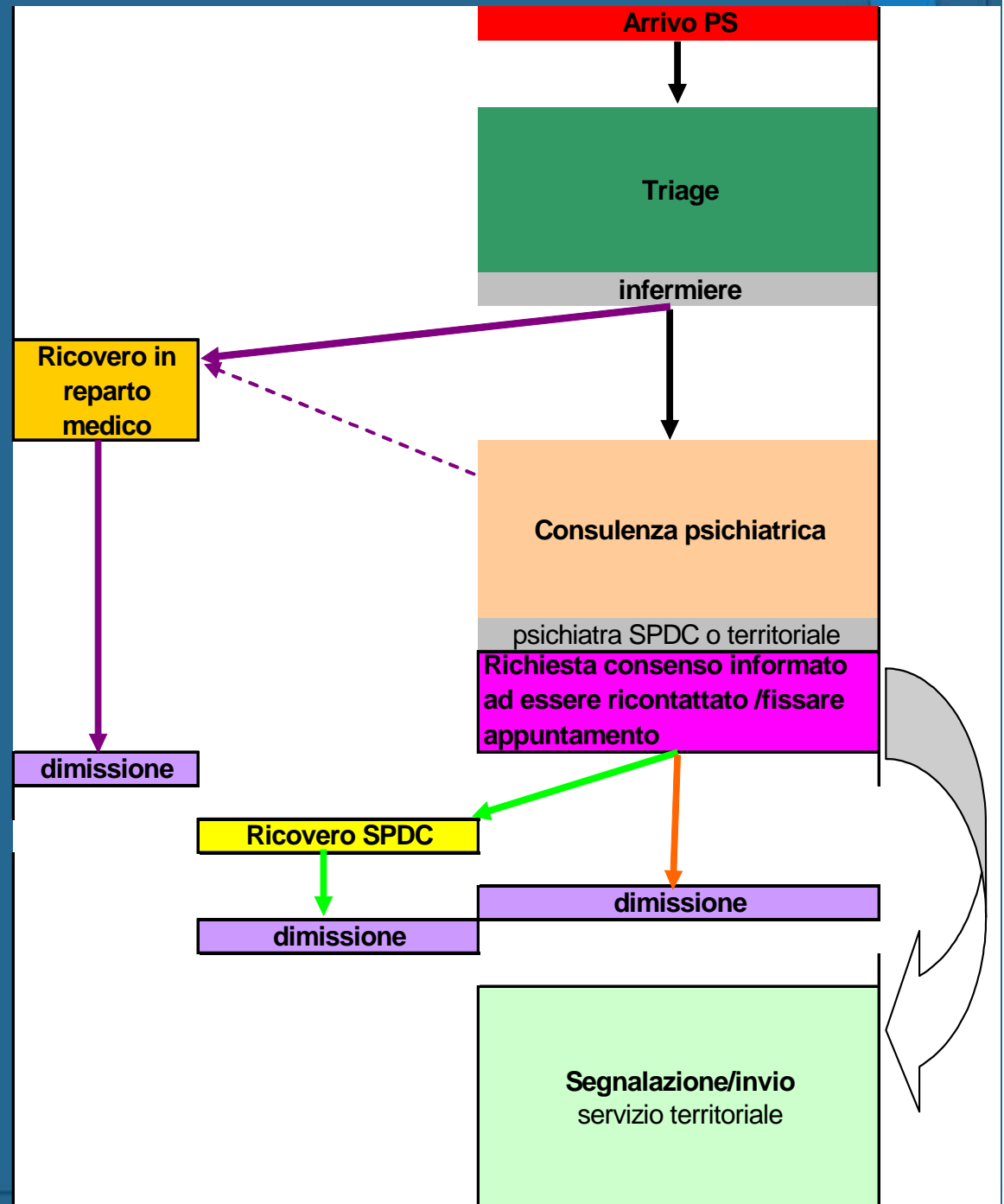


■ Non ricov. ■ Ricoverato ■ Trasferito ■ SPDC ■ Altro rep.

## Diagramma di flusso

Per una pianificazione puntuale degli interventi sarà necessaria una più appropriata **individuazione dei percorsi assistenziali seguiti nel caso dei TS**, in base alla gravità delle conseguenze dell'atto suicidario .

Gli esistenti Sistemi Informativi (SIO, SIES, Gipse) potranno fornire dati utili in questa fase.





# Valutazione dello psichiatra in PS



N° | | | | | | | |

## SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL TENTATIVO DI SUICIDIO (TS) NEI P.S.

da compilarsi a cura del Medico Psichiatra consulente

**Luogo dell'evento:**  Casa  Rep. di degenza/Strutt. residenziale  Strada  Posto di lavoro  Altro

**Tempo intercorso dall'evento:**  Meno di un'ora  1-3 h  4-12 h  Più di 12 h

**Modalità del TS:**  Impiccagione/soffocamento/strangolamento  Precipitazione  Armi da fuoco

Avvelenamento da farmaci o da altre sostanze  Sostanze chimiche o corrosive  Gas  Sommersione

Strumenti da punta e taglio  Investimento da oggetto in movimento  Altra modalità

# Valutazione dello psichiatra in PS (2)



## Valutazione del rischio suicidario:

- Alta intenzionalità suicida e alta letalità del mezzo
- Alta intenzionalità suicida e bassa letalità del mezzo
- Bassa intenzionalità suicida e alta letalità del mezzo
- Bassa intenzionalità suicida e bassa letalità del mezzo

**Ha mai effettuato un TS in precedenza?**       No, mai       Sì, 1       Sì, 2       Sì, più di 2

**Nell'ultimo anno, aveva manifestato le sue intenzioni a qualcuno?**       No       Sì       Non accertato

## Risulta familiarità per...?

- |                        |                             |                                   |   |  |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| suicidio               | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Genitore | <input type="checkbox"/> Familiare convivente | <input type="checkbox"/> Altro familiare |
| patologia psichiatrica | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Genitore | <input type="checkbox"/> Familiare convivente | <input type="checkbox"/> Altro familiare |

**Ha avuto contatti o è attualmente in trattamento presso uno o più Servizi specialistici?**       No, nessuno

- Psichiatrico
- Psicologia Clinica
- Neuropsichiatria Infantile
- Algologia
- SERT

**Se è in trattamento, da quanto tempo?** (riferirsi al servizio prevalente)

- Meno di 1 mese
- 1-6 mesi
- Più di 6 mesi

**E' portatore di patologie fisiche invalidanti?**       No       Sì, da meno di 6 mesi       Sì, da più di 6 mesi

**Risultano problemi gravi alcol-correlati?**       No       Sì

**Risultano problemi gravi di tossicodipendenza?**       No       Sì

# Valutazione dello psichiatra in PS (3)



**Nell'ultimo anno, ha assunto non occasionalmente farmaci?**     No     Sì

**Farmaci psicotropi**     Benzodiazepine     Neurolettici     Antidepressivi     Stabilizzatori dell'umore

**Altre tipologie**     Sist. Cardiovascolare     App. Gastrointestinale     Ematologici     Altri SNC

App. respiratorio     App. genito-urinario     Altre categorie di farmaci

**Nell'ultimo anno, ha effettuato un trattamento psicoterapeutico in modo sistematico?**     No     Sì

*Nota: in verde sono le domande per le quali è possibile marcare più di una risposta.*

## Alcune questioni da affrontare nel progetto



- ✓ Può il PS costituire il setting in cui condurre una valutazione iniziale dei casi di tentato suicidio? Che cosa può essere verosimilmente fatto in questo senso in PS?
- ✓ il personale del PS può occuparsi direttamente di questa valutazione?
- ✓ va identificata una soglia di gravità del caso, o di rischio, a partire dalla quale inviare il soggetto al servizio con modalità assertive?
- ✓ come strutturare la formazione e a chi rivolgerla, considerando l'alto numero di operatori del PS e il loro elevato turn-over e quindi la bassa probabilità per ciascuno di loro di trovarsi di fronte ad un caso di tentato suicidio?
- ✓ un'azione di *outreach* nei confronti delle persone che hanno tentato un suicidio è ammissibile in termini di rispetto dell'autonomia della persona?

## Sino a che punto è possibile assumere posizioni prescrittive nei confronti del paziente?



“In the United States, individuals who express the intent to harm themselves are automatically determined to lack the *present mental capacity* to refuse treatment, and can be transported to the emergency department against their will. An emergency physician will determine whether inpatient care at a mental health care facility is warranted.

This is sometimes referred to as being "committed". A court hearing may be held to determine the patient's *competence*.”

## Questioni aperte



- ✓ Quali potrebbero essere le difficoltà e le effettive potenzialità del sistema informativo?
- ✓ Le migliori modalità per la formazione e il coinvolgimento di un numero adeguato di operatori del PS;
- ✓ Quali potrebbero essere i problemi connessi ad un invio assertivo e attivo da parte del PS e del servizio psichiatrico (etica, privacy...)

# Obiettivi in ciascuna tappa del percorso assistenziale



## ***nella fase del triage:***

favorire una maggiore conoscenza per il riconoscimento dei TS mediante formazione dedicata del personale ed individuazione di modalità realizzabili per una immediata registrazione dell'evento (dichiarato o sospetto) nella scheda di PS;

## ***nella fase dell'intervento in PS:***

favorire l' utilizzo della consulenza psichiatrica (sia dai Servizi ospedalieri che territoriali) e implementare una scheda di valutazione del rischio suicidario da compilare a cura del consulente psichiatra che dovrà essere parte integrante del sistema informatico GIPSE ; formazione del consulente psichiatrico all'uso dello strumento. Saranno inoltre sviluppate strategie efficaci per migliorare i processi di invio ai servizi pubblici di salute mentale (CSM) competenti per territorio.

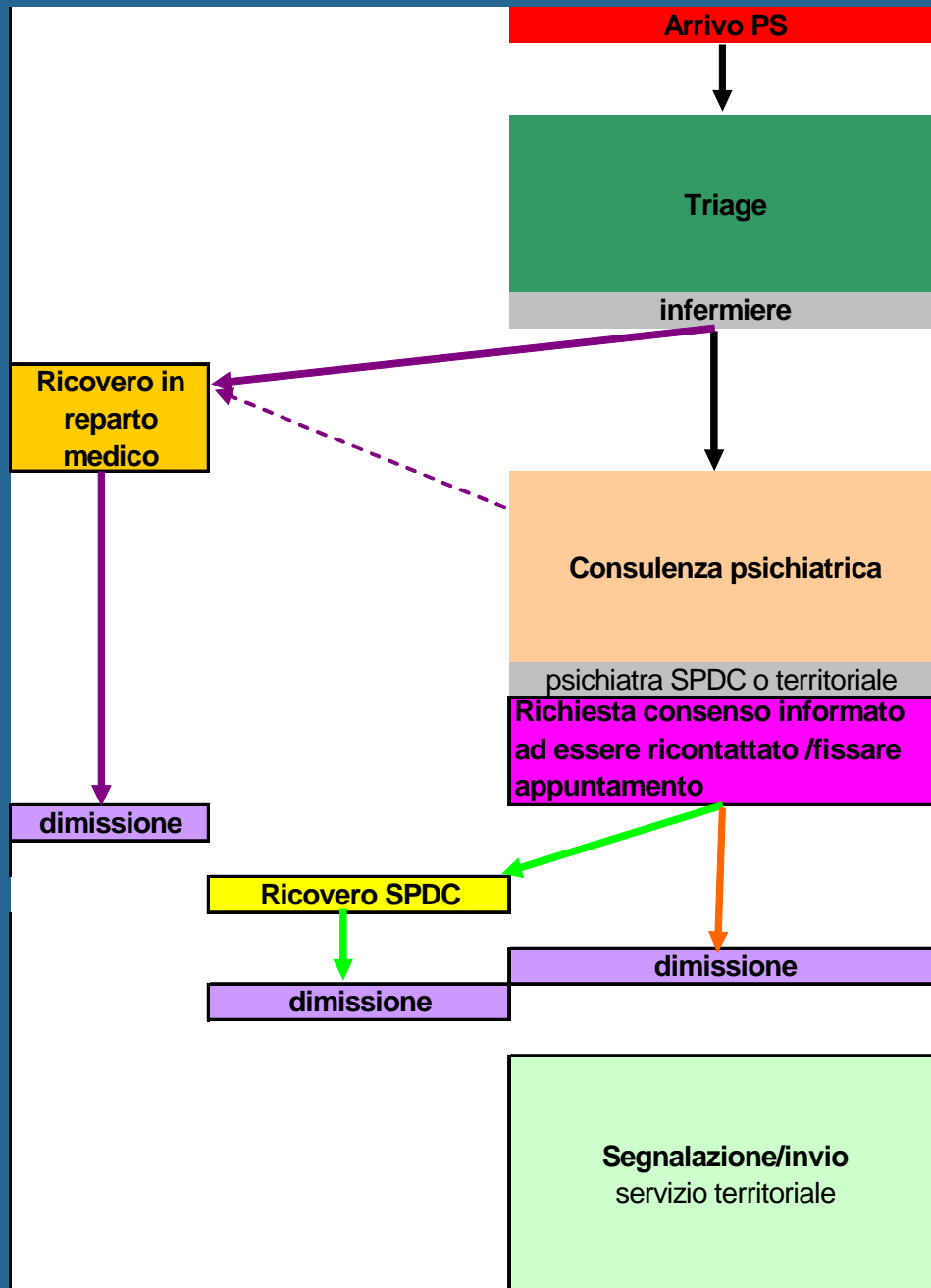
## ***nella fase della presa in carico :***

stimolare l'individuazione di pacchetti terapeutici specifici e modulati, a seconda delle caratteristiche e della gravità di rischio suicidario. Individuare modalità di registrazione degli interventi terapeutici per il monitoraggio dei casi e per il calcolo degli indicatori necessari alla valutazione d'efficacia degli interventi pianificati





# Strumenti per la rilevazione



Registrazione di TS o sospetto TS nella scheda PS

Scheda di valutazione del rischio suicidario da inserire nell'attuale campo consulenza del record PS

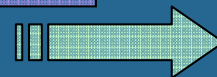
modalità registrazione nell' MRP del SIS

# Formazione degli operatori



**Personale infermieristico:  
Registrazione di TS o sospetto TS nella scheda PS**

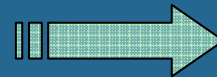
**Capacità riconoscimento + approccio empatico**



**Formazione personale infermieristico:**  
- per facilitare il riconoscimento dei TS  
- per favorire una corretta rilevazione  
- Per favorire un'approccio empatico al paziente

**Scheda di valutazione del rischio suicidario da inserire  
nell'attuale campo consulenza del record PS**

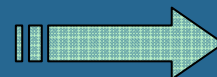
**Facilitare adesione trattamento e stimolare presa in carico**



**Formazione consulenti psichiatrici**  
- per utilizzo scheda di valutazione del rischio  
- per procedure consenso informato/invio ai SSM territoriali

**modalità registrazione nell'MRP del SISP**

**Utilizzo approcci terapeutici appropriati**



**Formazione operatori psichiatrici territoriali per :**  
- implementazione appropriati ed efficaci pacchetti terapeutici  
- registrazione MRP e fogli giornalieri

## **Riduzione dei TS nei soggetti con almeno un precedente tentativo ed elaborazione e applicazione di una strategia per la riduzione del rischio di ripetizione degli atti suicidari (obiettivo 2)**

### **Popolazione**

- Casi di TS che arrivano in un definito gruppo di PS arruolati secondo criteri predefiniti, sulla base dei dati che mostrano che circa l'80% degli atti suicidari arriva alle strutture d'emergenza. Si tratta dei soggetti che in seguito a TS, ad un gesto autolesivo o incidente la cui dinamica giustifichi un sospetto di TS, arrivano ai PS.

### **Intervento**

- Individuazione ed implementazione di modalità di registrazione dei TS in arrivo al PS che permetta il monitoraggio dei casi nelle diverse tappe dei percorsi assistenziali (Scheda pronto soccorso, e MRP del SISP).
- Individuazione ed utilizzo di uno strumento diagnostico che permetta la valutazione del gesto suicidario e il suo livello di rischio.
- Definizione di procedure di invio ai servizi sanitari competenti che permettano e facilitino la presa in carico del paziente suicidario
- Individuazione ed implementazione in fase sperimentale di interventi terapeutici, miranti alla prevenzione della ripetizione degli atti suicidari.

## **Riduzione dei TS nei soggetti con almeno un precedente tentativo ed elaborazione e applicazione di una strategia per la riduzione del rischio di ripetizione degli atti suicidari (obiettivo 2)**

---

### **Risultati attesi**

- Ottenere la corretta rilevazione di tutti i casi di TS in Pronto Soccorso;
- Migliorare l'appropriatezza clinica e gestionale del trattamento dei TS;
- Implementare procedure organizzative e interventi clinici e preventivi della reiterazione degli atti suicidari;
- Favorire la valutazione quantitativa e qualitativa dei gesti suicidari anche finalizzata alla elaborazione di un modello strategico per la prevenzione del suicidio nella popolazione generale.

## Riduzione dei TS nei soggetti con almeno un precedente tentativo ed elaborazione e applicazione di una strategia per la riduzione del rischio di ripetizione degli atti suicidari (obiettivo 2)

### Indicatori

- Il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato in base:
- al numero di casi di TS identificati rispetto ai casi identificati nelle stesse aree negli anni precedenti e nello stesso periodo in aree limitrofe non partecipanti al progetto.
- Sarà computato il **numero di persone inviate** ai SSM e di **soggetti presi in carico**
- La **ripetizione di un atto suicidario** (TS o suicidio completato) rappresenterà l'indicatore di esito.

L'efficacia dell'intervento di prevenzione testato nella fase sperimentale sarà espressa come rischio relativo di commettere un atto suicidario tra le persone con anamnesi positiva per un TS nelle aree randomizzate all'intervento. Poiché in un anno tra il 15 e il 30% dei soggetti che hanno compiuto un TS compie un nuovo tentativo, ci si attende, alla fine del secondo anno e dopo un anno di osservazione, di poter riscontrare una riduzione del numero di gesti suicidari nelle aree assegnate all'intervento.

## **Riduzione dei TS nei soggetti con almeno un precedente tentativo ed elaborazione e applicazione di una strategia per la riduzione del rischio di ripetizione degli atti suicidari (obiettivo 2)**

### **Intervento**

il progetto prevede un disegno osservazionale longitudinale sull'effetto dell'utilizzo degli strumenti di riconoscimento e invio ai servizi competenti dei casi di TS e il loro monitoraggio ad un anno (e, quando possibile a 18 mesi). L'efficacia di un intervento più specifico, che implementi modalità di trattamento derivanti dalle evidenze scientifiche disponibili, verrà testata in un disegno randomizzato in cui ad essere assegnate a offrire l'intervento saranno le aree partecipanti. L'osservazione avrà durata di un anno.



Vari autori hanno rilevato che vi sono sentimenti più negativi nei confronti di coloro che hanno tentato il suicidio e manifestato il parasuicidio rispetto a qualsiasi altra emergenza medica.

Le spiegazioni a tali attitudini si rifanno al concetto di stigma verso il suicidio e la possibile malattia mentale connessa, al timore di non sapere quale è la cosa giusta di dire al paziente ed al .....

Tali reazioni negative o indifferenti del personale sanitario , con quindi un ridotto potenziale empatico, che entra in contatto con persone influenza considerevolmente un approccio costruttivo nel trattamento di questi pazienti.

*(Pompili et al. “Emergency staff reactions to suicidal and self-harming Patients” European Journal of Emergency Medicine 2005, Vol 12 No 4, p.169-178*