



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Aroasio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

Art Director:
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori**

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,
1 -24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni
sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

5 Una domanda inquietante:
la politica trascura la salute mentale?
di Giannelli A.

12 The Eternal Sunshine of a spotless mind.
Ovvero come riprendere ad usare la
parola in Psichiatria
di Cerveri G.

18 Società Italiana di Psichiatria: appunti
per una proposta di trasformazione
di Bondi E.

20 Uno Sguardo al futuro: il
punto della Società Italiana di
Neuropsicofarmacologia
di Mencacci C. e Balestrieri M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

22 Transizione da UONPIA a CPS
Giovani: focus sulle diagnosi nelle
traiettorie cliniche
di Baldaqui N., Malvini L., Barbera S.

28 Intervento di prevenzione del disagio
giovanile nelle scuole secondarie superiori
della Martesana (Città Metropolitana di
Milano)
di Carnevali S., Camporota V., Giombelli
A., Durbano F.

36 L'uso problematico di internet:
dall'evoluzione della definizione
diagnostica alla pratica clinica.
Presentazione di un caso clinico
di Di Bernardo I., Porcellana M., Morganti C.,
Percudani M.

51 L'integrazione tra i Disturbi della
Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)
nell'età adulta e diverse aree della
Medicina: Il Progetto Intersezioni
di Galetti N., Arrighoni V., Floris L.G.,
Cardani I., Fraticelli C.

58 L'abuso sessuale nell'infanzia come
disorganizzatore nosografico
di Grecchi A., Cigognini A.C., Ingrosso G.,
Orešti M., Ossola C., Beraldo S., Miragoli P.

64 La riabilitazione psichiatrica in contesto
residenziale ai tempi del Covid: analisi,
considerazioni e prospettive future
di Gulizia D., Cisima M., Consonni E.,
Mazza U., Morsello I., Percudani M.,
Oltolina M., Porcellana M., Simone M.,
Zoppini L.

71 Progetto AUTER - Formulazione del
progetto di vita per le persone con
Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)
basato sui costrutti di "Quality of Life".
Progetto per la diagnosi ed il trattamento
dell'autismo nell'adulto: L'esperienza del
DSMD dell'ASST di Lodi
di Viganò V., Granata N.; Vercesi M.,
Cerveri G.

IN COPERTINA: Profeta Imberbe di Donatello, 1416-1418
Museo dell'Opera del Duomo, Firenze
© Larry Lamsa / Wikimedia Commons / CC BY 2.0



SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 2 • luglio–dicembre

PSICHIATRIA FORENSE

80 Il presente e i possibili futuri scenari per i percorsi della esecuzione penale dei pazienti psichiatrici
Autori di reato alla luce delle sentenze 2022 delle Corti dei diritti (cui si aggiunge la sentenza Corte costituzionale n. 99 del 2019)
di Amatulli A.

89 In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?
di Mantovani R. e Mantovani L.

91 Stress e pazienti psichiatrici autori di reato
L'esperienza della Fondazione AS.FRA durante la pandemia da Covid-19
di Santambrogio J., Giancontieri A., Matuella M., Besana F., Leon E., Rat C., Mauri M., Cunial E., Mattavelli C., Solmi M., Clerici M., Santarone A.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

104 CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
AITeRP. Da associazione professionale maggiormente rappresentativa ad associazione tecnico scientifica (ATS).
di Fossati E.M., Pagella D.M.G., Scagliarini V.

109 Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio
di De Paola T., Romano F., Elsa V.

TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

122 Le nuove tecnologie per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)
Breve rassegna delle terapie digitali e slato dell'innovazione
Di Cugno M., Pasi A., Perrotta S., Migliarese G.

L'ANGOLO DELLA REDAZIONE

132 Sharp objects: immagini da una miniserie televisiva e spunti per una lettura psicopatologica del disturbo fittizio per procura
di Caselli I.

135 Significati archetipici e simbolici nella perizia di famiglia e nella figura del perito
di Loi M.

Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio

di De Paola T.* , Romano F.°, Elsa V.^^

RIASSUNTO

Background

Il suicidio è un problema serio che riguarda la sanità pubblica, costituisce la causa di circa un milione di morti ogni anno nel mondo.

Obiettivo

Evidenziare la rilevanza del fenomeno del suicidio, attualmente sottovalutato, migliorandone la conoscenza e fornendo indicazioni e metodi al personale infermieristico per individuare precocemente i fattori di rischio del suicidio e attuare di conseguenza gli interventi preventivi più appropriati, soprattutto in ambito infermieristico: figura più vicina al paziente e spesso "confidente" dei problemi e delle situazioni più intime.

Materiali e metodi

Revisione della letteratura disponibile sull'argomento: libri di testo specifici, articoli scientifici presenti nelle banche dati online (PUBMED, MEDLINE).

Risultati

Il fenomeno del suicidio, nonostante sia un fenomeno complesso, si può prevenire. La persona a rischio di suicidio, contrariamente a quanto si pensa, emette dei segnali, coinvolgendo le persone a lui vicine, concentrando nelle sue comunicazioni il "Cry for help".

Conclusioni

Questo studio dimostra l'esigenza di incrementare la conoscenza circa il fenomeno del suicidio, sviluppare piani preventivi più efficaci organizzati a livello territoriale, attraverso la collaborazione e la coordinazione dei mol-

teplici settori della società, nonché di interventi integrati per allargare l'accesso alle cure e abbattere lo stigma. Inoltre, emerge la necessità di sviluppare dei programmi di formazione, basati sulle evidenze, fornendo indicazioni e metodi al personale infermieristico per individuare precocemente gli individui a rischio di suicidio e attuare di conseguenza gli interventi preventivi più appropriati.

Parole chiave

Suicidio, Fattori di rischio, Prevenzione, Infermiere, Relazione d'aiuto, Fattori di protezione.

INTRODUZIONE

Le origini

Il termine "suicidio" deriva dal latino sui che significa "di sé stesso", e da cida che significa "uccidere". La parola "suicidio" è di utilizzo recente; Le espressioni utilizzate prima di allora, nelle diverse lingue europee, erano "procurarsi la morte", o "cadere di propria mano". Il suicidio è un tema che può essere letto e interpretato da diverse angolature, e sono molte le discipline ad esserne investite: l'etica, la religione, la morale, la sociologia, la psicologia, il diritto, la medicina. È un fenomeno esistente nelle varie epoche e nelle varie culture. Nel corso del tempo, gli uomini hanno cercato di esercitare su sé stessi il diritto di vita e di morte. Il suicidio, però, è stato ed è percepito con valutazioni ed interpretazioni differenti, con reazioni alternativamente di censura o accettazione da parte delle società di appartenenza. L'atteggiamento dei filosofi greci sul suicidio era equilibrato e razionale.

Platone, ad esempio, lo riteneva sensato e giustificabile quando la vita era divenuta insopportabile. Nell'antica Roma, vi era una visione priva di paura e di avversione nei confronti del suicidio, visto come una libera scelta da attuarsi con ponderazione. Non vi erano leggi che prevedevano vendetta o sanzione per il suicidio o tentato suicidio, eccetto per coloro che non erano considerati liberi di decidere della propria vita. Tuttavia, in caso di sofferenze intollerabili ognuno aveva il diritto di togliersi la vita. Nelle culture asiatiche il suicidio sembra avere una connotazione diversa rispetto a quella occidentale, legata soprattutto alla salvaguardia dell'onore e alla spiritualità. In India veniva praticato il suttee, il cosiddetto rituale della auto immolazione delle vedove una volta morto il marito; Tale pratica veniva considerata una prova di fedeltà e devozione. In Giappone, con il termine harakiri si fa riferimento ad una pratica di suicidio cerimoniale per sventramento; L'harakiri era inizialmente attuato nel Giappone feudale dai samurai, che lo praticavano per sottrarsi al disonore della cattura, oppure dai nobili come gesto di estrema devozione a un superiore defunto o come protesta politica. Oggi questa pratica è stata abolita come auto esecuzione obbligatoria, anche se è rimasta, se pur raramente, come azione di suicidio volontaria. In ogni caso, i giapponesi danno ancora al suicidio una valutazione positiva, considerandolo come un atto ragionato e in alcuni casi come il comportamento più onorevole per salvaguardare il proprio buon nome. Con l'introduzione del Cristianesimo, però, le considerazioni sul suicidio cambiarono giacché venne assimilato all'omicidio e quindi al peccato; Sant'Agostino lo definiva come un assassinio di sé stessi. In epoca medioevale cristiana, la disperazione era intesa come quel sentimento che nasceva dalla convinzione di non poter più disporre della grazia e della misericordia di Dio. Dunque, nel sesto secolo, il suicidio divenne un peccato religioso e un crimine laico; colui che si suicidava era escluso dalla comunità ecclesiastica: non aveva diritto a ricevere esequie religiose e la sepoltura in terra consacrata. Nel Rinascimento, con la

nascita di un pensiero nuovo, riapparirono considerazioni intese a sostenere la liceità del suicidio. L'intento era quello di abbattere i pregiudizi e far trionfare la ragione, il suicidio era espressione di libertà umana. "I dolori del giovane Werther", l'opera dell'umanista Goethe, influenzò un'intera generazione di giovani, i quali emularono il protagonista dell'opera, suicidandosi con una copia del libro in mano. Ne "le ultime lettere di Jacopo Ortis" la trama è la medesima: Jacopo, il protagonista, s'innamora di Teresa, già promessa ad un altro uomo. Per porre fine al suo tormento d'amore decide di togliersi la vita. Foscolo non si suicidò poiché non riuscì ad aggrapparsi all'illusione, l'unico modo per sopravvivere fu auto ingannarsi con l'amore. Da parte dei filosofi moderni prevale l'idea della non liceità del suicidio. La corrente di pensiero che si richiama a fondamenti etici individuali pare rinforzarsi nel XIX secolo e ancor più nell'ultimo dopoguerra, attraverso la letteratura e nell'opinione pubblica. Fino al XIX secolo non è mai esistito un vero e proprio studio scientifico sul suicidio, nonostante tale comportamento si fosse rivelato, da sempre, come un fenomeno costantemente presente in culture ed epoche storiche diverse. In ogni società, sia quella passata che quella odierna, si è sempre sentita l'esigenza di studiare il comportamento suicidario, per provare a comprendere e spiegare tale atto, al fine di cercare di attribuire un senso ed un significato ad esso. I primi studi "scientifici" in materia di suicidio, si affermano solo a partire dalla pubblicazione dell'opera di Emile Durkheim "Il suicidio" (1897). L'originalità del suo pensiero sta nell'idea che il suicidio, pur essendo un fatto individuale, dipende da fattori sociali e deve perciò ricevere una rilevanza sociale. I suoi studi lo portarono ad affermare che i suicidi sono più probabili quando i legami sociali si allentano, l'individuo non è più integrato in una rete sociale ed è lasciato in balia di sé stesso.

Il suicidio nel mondo

Secondo le stime dell'OMS, pubblicate ad aprile 2019 nel rapporto "World health statistics 2019", sarebbero

circa 800 mila i decessi all'anno nel mondo per suicidio; ogni quaranta secondi qualcuno muore di suicidio nel mondo. I tassi di suicidio sono diminuiti nell'arco di tempo compreso tra il 2000 e il 2019, con un tasso globale in calo del 36%; Tassi molto alti si registrano nella regione delle Americhe, invece, dove sono aumentati del 17% nello stesso periodo di tempo. Tra i giovani di età compresa tra 15 e 34 anni, il suicidio è stata la quarta causa di morte dopo gli incidenti stradali, la tubercolosi e la violenza interpersonale. Il suicidio non si verifica solo nei paesi ad alto reddito, ma è un fenomeno globale e si verifica in tutte le regioni del mondo. Nel 2019, infatti, oltre il 77% dei suicidi a livello mondiale si è verificato nei paesi a basso e medio reddito. Più del doppio dei maschi muoiono per suicidio rispetto alle femmine (12,6 per 100.000 maschi rispetto a 5,4 per 100.000 femmine). I tassi di suicidio tra gli uomini sono generalmente più alti nei paesi ad alto reddito; Per le donne, i tassi di suicidio più alti si riscontrano invece nei paesi a basso/medio reddito. I tassi di suicidi dell'OMS riportano: nelle regioni dell'Africa (11,2 per 100 000), europea (10,5 per 100 000) e del sud-est asiatico (10,2 per 100 000), erano superiori alla media globale (9,0 per 100 000) nel 2019. Il tasso di suicidio più basso si registra nella regione del Mediterraneo orientale (6,4 per 100 000). Tuttavia, essendo un fenomeno assai delicato e considerato illegale in alcuni paesi, è molto probabile che sia sotto stimato e che molti decessi possano essere erroneamente classificati come dovuti a un'altra causa di morte.

Il suicidio in Italia

In Italia sono circa 4000 i morti per suicidio. I tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione dai 15 anni in su, poiché il suicidio infantile in Italia è molto raro. Secondo i dati ISTAT della "Indagine sulle cause di morte", nel 2016 (ultimo anno per il quale i dati sono attualmente disponibili) nel nostro Paese, si sono tolte la vita 3780 persone. Il 78,8% dei morti per suicidio sono uomini. Analizzando le tre macroaree

del nostro Paese: Nord, Centro e Sud-Isole, i tassi di mortalità per suicidio sono più elevati nelle province del Nord-Est Italia e quelle dell'arco Alpino. Sia per gli uomini che per le donne i valori più bassi del tasso di suicidio si registrano nelle regioni del Sud-Italia. Questo potrebbe indicare che proprio dove l'essere occupati è una regola, perdere il lavoro e affrontare una crisi finanziaria, porterebbe al disagio, all'emancipazione e dunque ad un aumento del rischio. Gli uomini sarebbero più vulnerabili a fattori sociali ed economici. Studi a livello individuale hanno riportato un tasso di suicidio più alto nelle persone divorziate (Cutright & Fernquist, 2005 ; Stack, 2000b) e studi ecologici hanno riportato tassi più elevati di suicidio in paesi con tassi di divorzio più elevati. Tra le donne, prevalgono i tentativi di suicidio, mentre il rapporto uomo/donna nei suicidi portati a termine è solitamente di tre a uno, o quattro a uno a secondo dei contesti geografici. Il suicidio è un fenomeno age-related: si osservano quozienti crescenti al crescere dell'età 26 (1,4 i suicidi ogni 100 mila abitanti fino a 24 anni, 10,4 oltre i 65 anni). I tre modi più frequenti dell'autolesione sono l'impiccagione e il soffocamento, la precipitazione, l'uso di arma da fuoco ed esplosivi.

Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio Prevedere e prevenire il suicidio non è facile e la difficoltà dipende da alcuni fattori fondamentali:

- L'ampiezza della popolazione a rischio: i fattori di rischio, sopra elencati, sembrerebbero essere molto diffusi e interessare la maggior parte della popolazione in generale, ma che nel contesto pratico, individuano una popolazione a rischio "potenziale", ma di fatto, invece, un rischio reale scarso o nullo in un dato momento;
- Variabilità del rischio: i livelli di rischio possono oscillare continuamente in uno stesso individuo, passando da un rischio reale nullo ad un rischio reale elevato. Il rischio di suicidio non può essere individuato semplicemente attraverso la somma dei fattori di rischio presenti in quel dato individuo, come lo si

- fa per altre malattie; È un vissuto così intimo e personale che può presentarsi in qualsiasi momento della vita, sulla base delle capacità di coping individuale;
- Scarsa collaborazione dei pazienti: se si parla di suicidio lucido non è facile captare le intenzioni del paziente, le quali appaiono nascoste; se il paziente è in uno stato confusionale, delirante e/o sotto intossicazione da farmaci, non è in grado di fornirci informazioni circa il suo stato e le sue intenzioni.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Nel programmare strategie di prevenzione da mettere in atto, bisogna tenere in considerazione che il comportamento suicidario si associa ad una crisi intensa da stress elevato. La maggior parte degli individui con rischio di suicidio hanno voglia di vivere, esiste un'ambivalenza psicologica: il desiderio di morire e quello di vivere coesiste nella stessa persona. Persino in situazioni di crisi estrema, questi individui vogliono comunicare, sentono il bisogno di parlare con qualcuno. La letteratura smentisce la possibilità che il suicidio avvenga in maniera improvvisa ed inaspettata; il soggetto emette segnali di disagio e preoccupazione, lo fa coinvolgendo le persone che lo circondano attraverso una richiesta: "Cry for help", richiesta di aiuto. Il pensiero del suicidio come unica soluzione da mettere in atto deriva da azioni mal adattive e fallimentari nel tentativo di porre fine alla sofferenza. Secondo il Codice Deontologico, la prevenzione e l'educazione terapeutica rientrano tra le funzioni principali dell'infermiere. L'infermiere nella prevenzione svolge un ruolo fondamentale che può diversificarsi in tre principali funzioni:

- Funzione tecnica, collaborando con altre figure professionali per l'esecuzione di procedure di screening e di indagini che consentono di definire il livello di rischio di ciascun paziente;
- Funzione di educatore alla salute, promuovendo uno stile di vita corretto;

- Funzione di supporto psicologico, l'infermiere individua e gestisce i bisogni di assistenza del paziente e della sua famiglia, promuovendo e sostenendo il recupero e il mantenimento della maggior autonomia possibile, educando il singolo all'autocura ove possibile.

Per fare questo, secondo l'autrice, l'infermiere dovrebbe possedere determinati requisiti professionali come la capacità di raccogliere elementi significativi della vita del paziente tramite l'anamnesi e l'assessment, la capacità di fare una diagnosi infermieristica, di evidenziare i punti di forza e le modalità di auto-terapia utilizzate dal paziente, la capacità di offrire al paziente antidoti efficaci contro la solitudine ed infine la capacità di partecipare attivamente al lavoro d'equipe, in modo tale da offrire al paziente un piano terapeutico specifico, individualizzato, integrato, coerente e condiviso tra le diverse figure professionali che fornisca al paziente sicurezza e chiarezza (Tacchini, 1998). All'interno dello stesso manuale, l'autrice descrive inoltre le principali funzioni dell'infermiere:

1. Funzione di osservazione;
2. Funzione di "oggetto meno qualificato";
3. Funzione di intermediario;
4. Funzione di veicolo del trattamento;
5. Funzione di Io ausiliario nelle sue fasi: maternage e il contenimento;
6. Funzione di accoglienza;
7. Funzione di "oggetto inanimato";
8. Funzione psicoeducativa nei confronti dei familiari;
9. Funzione "psicoterapeutica" e riabilitativa;
10. Funzione didattica e di ricerca.

In particolare, bisognerebbe concentrarsi sulla funzione di osservazione e quella psicoterapeutica e riabilitativa; una corretta attuazione da parte dell'infermiere è fondamentale specialmente per la prevenzione del suicidio.

La funzione di osservatore: funge da premessa per tutte le altre in quanto permette di raccogliere tutti quegli elementi significativi che serviranno alla realizzazione del processo d'integrazione tra i diversi dati

raccolti dall'equipe (Tacchini, 1998). L'osservazione ha lo scopo di raccogliere tutti i dati riguardanti il paziente come la sua storia anamnestica, la cura che ha di sé, il comportamento, la dimensione cognitiva e affettiva, il contesto familiare e sociale, al fine di identificare i suoi bisogni e trasmetterli al resto dell'equipe e della rete a cui verrà agganciato (Tacchini, 1998). L'osservazione è fondamentale durante la visita domiciliare in cui ci è data la possibilità di conoscere direttamente una parte della vita del paziente, il suo habitat e di entrare in contatto diretto sia con la famiglia che con eventuali altri caregivers (Tacchini, 1998). Funzione "psicoterapeutica" è "riabilitativa": La relazione tra infermiere e paziente può essere considerata "psicoterapeutica" quando l'infermiere è in grado di rispondere alle richieste del paziente seguendo delle modalità che favoriscano un cambiamento positivo (Tacchini, 1998). L'infermiere deve cercare di aiutare il paziente a rievocare situazioni armoniose e realizzazioni passate in modo tale da incoraggiare la speranza e diminuire lo stato d'animo depresso o di disperazione (Tacchini, 1998). L'infermiere potrebbe anche aiutare il paziente a non sentirsi solo incoraggiandolo a condividere le sue emozioni con persone che possono aver sperimentato lo stesso disagio o sconforto, ad esempio attraverso la partecipazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Obiettivi

Evidenziare la rilevanza del fenomeno del suicidio, attualmente sottovalutato, migliorandone la conoscenza e fornendo indicazioni e metodi al personale infermieristico per individuare precocemente i fattori di rischio del suicidio e attuare di conseguenza gli interventi preventivi più appropriati, soprattutto in ambito infermieristico: figura più vicina al paziente e spesso "confidente" dei problemi e delle situazioni più intime.

APPROCCIO METODOLOGICO

È stata condotta una revisione della letteratura con l'obiettivo di evidenziare la rilevanza del fenomeno del

suicidio, conoscere la preparazione del personale infermieristico in materia di suicidio, identificare i fattori che influenzano tale conoscenza, identificare la disponibilità degli infermieri a conoscere i fattori di rischio del suicidio, identificare le fonti di conoscenza del suicidio tra gli infermieri al fine di poter attuare gli interventi preventivi. È stato realizzato il P.I.C.O.:

- P: conoscenza della rilevanza del fenomeno del rischio di suicidio
- I: educazione e preparazione del personale infermieristico
- C: no comparison
- O: acquisizione di conoscenze al fine di poter attuare gli interventi preventivi

I criteri di ricerca sono stati i seguenti:

Criteri di inclusione:

- Articoli reperibili online, provvisti di titolo inerente all'argomento trattato, dei quali in seguito si è provveduto a reperire il full-text, disponibile in rete
- Articoli in lingua inglese o spagnola

Limiti considerati:

- Intervallo di tempo dal 2014 al 2022
- Pubblicazioni con la presenza di abstract
- Tipi di indagine ammessi ed interventi: revisioni sistematiche della letteratura, studi osservazionali (trasversali, descrittivi, qualitativi, quantitativi);
- Articoli in cui è espressa l'assenza di conflitti di interesse.

Criteri di esclusione:

- Tutti gli articoli precedenti all'anno di pubblicazione 2014.

La ricerca finale è stata effettuata esclusivamente online, consultando: PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) e MEDLINE (https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html). Sono state consultate, inoltre, le seguenti banche dati: EMBASE, CINAHL Database, COCHRANE LIBRARY.

Per analizzare l'argomento in oggetto sono state utilizzate le seguenti parole chiave: Suicidio, Fattori di rischio, Prevenzione, Infermiere, Relazione d'aiuto,

Fattori di protezione [Suicide, Risk factors, Prevention, Male nurse, Helping relationship, Protection factors].

Le diverse combinazioni delle suddette parole chiave sono state collegate fra loro con l'operatore booleano (AND), il quale ha permesso di costruire le stringhe di ricerca utilizzate per il lavoro di revisione bibliografica.

RISULTATI E DISCUSSIONI

Dall'analisi delle evidenze ricercate, gli interventi infermieristici dedotti possono essere raggruppati in:

- Interventi infermieristici di prevenzione del rischio suicidario
- Il suicidio in ospedale: Linee d'indirizzo per l'infermiere per la prevenzione e la gestione del suicidio
- Le politiche di intervento: abbattere lo stigma
- Le politiche di intervento: abbattere lo stigma
- I fattori di protezione
- Gruppi di auto-mutuo-aiuto
- OMS: strategie di intervento

Interventi infermieristici di prevenzione del rischio suicidario

È essenziale quando si parla di prevenzione, la conoscenza approfondita del fenomeno, nonché la formazione adeguata del personale di supporto. Prendersi cura di un paziente a rischio di suicidio necessita di abilità e attenzioni particolari da parte del personale infermieristico. Non è tanto l'abilità nell'eseguire una tecnica piuttosto che un'altra, bensì il calore umano, la comprensione e l'instaurare un rapporto terapeutico. Di fronte ad un paziente a rischio suicidario, è bene porre l'attenzione ad alcuni fattori fondamentali ed individuare gli interventi da attuare. Modalità di intervento:

- Comunicare con il paziente per valutare il potenziale di autolesionismo e riconoscere eventuali segni d'allarme;
- Rendersi disponibili al rapporto e creare un'alleanza terapeutica;
- Valutare tutte le risorse di supporto disponibili;
- Fornire un ambiente sicuro e non giudicante;

- Allontanare mezzi di suicidio come farmaci e oggetti pericolosi;
- Incoraggiare il paziente ad esprimere i propri pensieri e sentimenti;
- Assicursi che il paziente non agirà d'impulso per farsi autolesionismo; in presenza di pensieri e intenzioni di questo genere, sarà in grado di comunicarli in maniera tempestiva;
- Esortare il paziente a procrastinare l'intento di prendere decisioni durante una situazione stressante;
- Aiutare il paziente a risolvere i problemi in modo costruttivo;
- Incoraggiare i rapporti umani e scoraggiare l'isolamento;
- Educare il paziente alla corretta gestione della terapia farmacologica;
- Offrire al paziente speranza, suggerendo che sono disponibili delle alternative al pensiero di morte;
- Educare la risposta di autogestione cognitivo-comportamentale del paziente al pensiero suicidario;
- Educare la risposta di auto-espressione per gestire i sentimenti suicidi (tenere un diario e chiamare i numeri di emergenza).

Una volta individuati i soggetti a rischio, è necessario creare una rete terapeutica che funzioni; l'obiettivo è allontanare il pensiero di morte, attenuando la sofferenza e colmando il vuoto creato dalla sfiducia di non potercela fare. Il primo passo è trovare un posto idoneo al colloquio, un posto dove si può avere una conversazione sufficientemente riservata. Il compito più importante è saper ascoltare con un approccio empatico, tranquillo, aperto. In base alla gravità del rischio gli interventi da attuare saranno diversi. In una persona a basso rischio di suicidio sono presenti pensieri di suicidio come: "non ce la faccio più", vorrei essere morto", ma non vi sono progetti pianificati di morte. In queste situazioni è necessario offrire sostegno emotivo, lavorare sui sentimenti suicidari. Tanto più riuscirà a parlare apertamente di perdita, solitudine e inutilità, tanto meno vivrà un tumulto emozionale. È importante concentrarsi sui punti di forza della persona ed esaltare quest'ultimi.

I colloqui devono essere ripetuti ad intervalli regolari mantenendo un contatto continuativo, con l'aggiunta di un sostegno multiprofessionale. Un soggetto, considerato a rischio medio, ha pensieri suicidari e piani operativi, ma non ha intenzioni di metterli in atto immediatamente. In questo caso, oltre al fornire un sostegno emotivo, lavorare sui sentimenti di suicidio e concentrarsi sui punti di forza, occorre sfruttare l'ambivalenza percepita dalla persona a rischio e far sì che il suo desiderio di vivere sia progressivamente rafforzato e prevalga su quello di morte. In alcuni casi può essere utile stipulare un contratto: "un patto anti suicidario", la persona a rischio, promette di non commettere gesti azzardati, prima dell'arrivo di un soccorritore o comunque prima di una certa data. È opportuno indirizzare l'assistito da una psichiatria e verso servizi utili. L'aiuto e la collaborazione di familiari, parenti, amici, colleghi, è prezioso, poiché loro conoscono bene la persona a rischio. Una persona considerata a rischio elevato ha progettato il suo suicidio e ha i mezzi per farlo al più presto. In questa situazione non bisogna lasciarlo solo; è opportuno intervenire tempestivamente allontanando tutti i possibili mezzi di suicidio: farmaci, taglienti, armi da fuoco, sostanze tossiche, ecc. La comunicazione deve essere pacata e predisposta alla stipulazione di un contratto. È necessario chiedere aiuto ad altri professionisti, e provvedere ad un'ambulanza, e ad un eventuale ricovero ospedaliero. In alcuni casi si rende necessario l'invio della persona ad una struttura sanitaria, in particolare se la persona soffre di un disturbo psichiatrico, ha una storia familiare di suicidio, alcolismo o disturbo mentale, ha tentato precedentemente il suicidio, ha una cattiva salute fisica, non ha un sostegno sociale. È importante prendersi tutto il tempo necessario per spiegare alla persona a rischio il motivo dell'invio, il che non significa disinteressarsi del problema. È bene che gli venga detto che non sarà lasciato solo, che verrà mantenuto un contatto periodicamente, sarà aiutato e starà bene, ci saranno persone disponibili a fornirgli tutto l'aiuto possibile. È bene coinvolgere i familiari dell'assistito e le persone a lui più care nel percorso di riabilitazione.

Il suicidio in ospedale: Linee d'indirizzo per l'infermiere per la prevenzione e la gestione del suicidio

Nella prevenzione del suicidio del paziente in ospedale, un ruolo cardine è svolto dall'infermiere, quale figura più vicina al paziente, in quanto costantemente presente e spesso "confidente" dei problemi, anche delle situazioni molto intime e personali dell'assistito. Secondo un report della Joint Commission e dal Victorian Government Health Information per il periodo 2006-2007, il suicidio in Ospedale rappresenta un evento sentinella rilevante, collocandosi al secondo posto fra gli eventi sentinella. L'incidenza del suicidio aumenta drasticamente nella popolazione ricoverata in ospedale e nella popolazione dimessa da un ospedale da una a tre settimane. Molteplici possono essere le ragioni di questo fenomeno:

- l'ospedalizzazione corrisponde ad uno stato di malattia e la malattia si accompagna a vissuti di perdita, lutto, ansietà, disagio;
- l'ospedalizzazione visto come atto di un fallimento, non solo fisico ma anche esistenziale, relazionale, assistenziale o economico;
- la condizione di ricoverato si può accompagnare a vissuti di abbandono, estraniamento, mancanza di indipendenza e autonomia, perdita di controllo e privacy;
- l'Ospedale è una istituzione sociale che ha a che fare con la nascita, la malattia e la morte.

È quindi un crocevia di percorsi umani reali che hanno a che fare con gli aspetti più delicati della condizione umana. Il verificarsi dell'evento indica una sottovalutazione delle condizioni psichiche del paziente ed una inadeguata sorveglianza dei pazienti a rischio. Le caratteristiche dell'ambiente, degli spazi ospedalieri e le condizioni organizzative (finestre non protette, farmaci e taglienti incustoditi, disinformazione del personale, ecc.) possono favorire il rischio di suicidio. È necessario, pertanto, che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione. La letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio relativi al suicidio (predittori) e la loro conoscenza consente l'adozione

di strategie efficaci per la riduzione degli eventi suicidari (compresi quelli tentati) in ospedale, con l'obiettivo di ridurre il numero, agendo su:

1. strumenti di valutazione del paziente;
2. profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio, anche dopo la dimissione;
3. processi organizzativi;
4. formazione degli operatori;
5. idoneità ambientale e strutturale.

Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma, secondo i dati disponibili, le aree considerate maggiormente a rischio sono il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), le unità operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali, terrazze, scale e vani di servizio. Per garantire la prevenzione è fondamentale la presa in carico del paziente e la messa in atto degli interventi assistenziali previsti dall'anamnesi medica ed infermieristica. L'anamnesi completa, effettuata in un ambiente tranquillo che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, rappresenta uno strumento importante per l'identificazione delle situazioni "critiche": pazienti a rischio e i fattori di rischio da monitorare. La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- ricostruzione storica della vita del paziente (pregressi atti autolesivi, storia di abusi, morti per suicidio in famiglia, lutti, ecc.),
- analisi delle caratteristiche anagrafiche e socioculturali del paziente. (età, sesso, isolamento sociale),
- accertamento condizioni cliniche (disturbi psichiatrici, abuso alcol e sostanze stupefacenti, eventuali diagnosi multiple come l'insonnia, l'ansia, attacchi di panico, patologie terminali),
- rilevazione di altri segni premonitori, tra cui: riferimenti e commenti sul suicidio, assenza di speranza, condotte impulsive e aggressive, sensi di colpa, assenza di progetti per il futuro, ridotta capacità di giudizio, ecc.,

– colloquio più approfondito e somministrazione di scale di valutazioni per determinare il livello di rischio. Durante la degenza, oltre ad un'accurata valutazione del rischio, si richiede:

- l'intervento delle competenze di altre figure professionali, consulenze specialistiche. -maggiore coinvolgimento della famiglia, degli amici e del caregiver del paziente, sia nella fase di valutazione che nella gestione del rischio,
- programma terapeutico-riabilitativo personalizzato per i pazienti a rischio di suicidio, fino al TSO se necessario,
- comunicazione efficace tra gli operatori e tra questi e il paziente.

È necessario che la fase della dimissione venga programmata con anticipo, verificando il tipo di ambiente che accoglierà il paziente e se è idoneo a garantire la continuità assistenziale. All'atto della dimissione ai pazienti a rischio o che hanno già tentato il suicidio è opportuno garantire:

- la disponibilità immediata di un referente ospedaliero da contattare in caso di bisogno;
- l'integrazione con i servizi territoriali sociosanitari per fornire supporto fisico e psicologico in modo attivo e continuativo;
- fornire ai caregivers le informazioni necessarie per ridurre la disponibilità di accesso a mezzi letali.

La gestione del paziente sia in ambito ospedaliero che in quello territoriale, necessita della presenza e della collaborazione di più operatori, ognuno con i propri compiti e le proprie responsabilità. Bisogna tenere presente che i primi giorni dopo il ricovero e i primi giorni dopo la dimissione sono i più critici. Possono manifestarsi, nei primi giorni dopo il ricovero, sentimenti di solitudine, paura, esperienze depersonalizzanti, vissuti di minaccia o fallimenti personali, in un ambiente che viene percepito come stigmatizzante, soprattutto se il ricovero è obbligatorio; invece, dopo la dimissione le cause che mettono a rischio il paziente includono: l'incompleto miglioramento della condizione di salute, il persistere dei problemi clinici, il mancato instaurarsi di una

buona relazione con l'équipe, ossia di un'alleanza terapeutica, la brusca sospensione delle cure, la mancanza di un caregiver di supporto, la riesposizione agli stressors ambientali e il più facile accesso ai mezzi di suicidio.

È necessario inoltre incrementare le attività di formazione del personale su tali problematiche, al fine di aumentare le capacità degli operatori di individuare i soggetti a rischio e poter fare una corretta prevenzione. Deve essere previsto, inoltre, un aggiornamento specifico periodico del personale operante nelle aree critiche e della salute mentale. Gli obiettivi della formazione mirano a sviluppare le seguenti competenze:

- identificare precocemente le situazioni a rischio;
- conoscere e adottare le corrette misure di prevenzione, soprattutto in caso di rischio accertato;
- realizzare un costante monitoraggio della sicurezza ambientale.

Le politiche di intervento: abbattere lo stigma

Lo stigma, purtroppo, è uno dei problemi più grandi del suicidio e il ruolo dello stigma rimane uno dei principali ostacoli nell'esecuzione degli interventi preventivi. Si parla di un marchio indelebile attribuito a chi tenta il suicidio o a chi ha perso un proprio caro per suicidio. La storia ci insegna che il suicidio era definito reato e veniva attribuita una punizione a chi lo commetteva o ai cari del defunto. Il corpo del defunto veniva umiliato pubblicamente e si negava il rito funebre, la famiglia del defunto invece poteva subire anche ripercussioni legali. (Alvarez, 1973; Pompili e Tatarelli, 2007). In Inghilterra i corpi dei suicidi venivano utilizzati per fini di ricerca medica, destinati alle scuole di anatomia; In Polonia, il corpo del suicida veniva fatto uscire dalla finestra, che veniva successivamente bruciata; In Francia venivano sepolti tra la spazzatura. Oggi il suicidio non è più considerato reato, non vengono più inflitte conseguenze altisonanti a chi lo pratica o chi lo tenta, ma vi sono comunque dei processi sottili di emarginazione, di allontanamento, di riduzione dei contatti sociali, situazioni di silenzio

e imbarazzo fuori e dentro la famiglia. Accade spesso infatti che i sopravvissuti e gli individui con idee suicidarie, rifiutino il sostegno offerto, probabilmente per il senso di vergogna che provano; si sentono trattati in modo diverso (auto-stigmatizzazione), e spesso fuggono proprio dalla compassione, è più facile scappare ed evitare una situazione di disagio. Nasce così un circolo vizioso: i sopravvissuti provano un sentimento di vergogna e ciò non fa altro che comportare un maggiore isolamento che incrementa la stigmatizzazione. Secondo Corrigan, lo stigma agisce come fattore anti-terapeutico attraverso un processo sociale e cognitivo a quattro fasi: segnali, stereotipi, pregiudizi e discriminazioni. Shneidman e Farberow, nel 1961, hanno proposto il metodo dell'autopsia psicologica per individuare i casi di suicidio e cosa più importante per dimostrare l'esistenza di processi psichici inconsci che inducono il soggetto a commettere gesti auto-lesivi. Sempre nel 1961, un interessante studio ha dimostrato come le famiglie delle vittime siano interessate a difendersi dalla stigmatizzazione che deriva dal gesto commesso dal loro caro, più che dal motivo che lo ha spinto a decidere di voler morire. Morte accertata per suicidio, provoca, effetti devastanti sulle relazioni sociali della famiglia della vittima. A tal proposito, negli Stati Uniti è stato redatto un programma nazionale di prevenzione del suicidio che prevede la collaborazione di professionisti della salute, dei pazienti e delle loro famiglie nonché di organizzazioni di supporto. Le famiglie devono essere informate su che cosa è la malattia mentale, sulle possibilità di cura e sui luoghi di assistenza, inoltre vanno supportati nella gestione dei sentimenti che possono provare nei confronti del familiare malato. Le cause che conducono allo stigma sono svariate: l'ignoranza, la paura, l'ostilità, queste sono solo alcune; da ciò si deduce facilmente che le soluzioni al problema sono l'informazione, la rassicurazione ed efficaci campagne antidiscriminazione. Aumentare la consapevolezza della comunità e abbattere questo tabù è importante affinché ci sia progressione nella prevenzione del suicidio.

I fattori di protezione

I fattori protettivi hanno caratteristiche tali da diminuire la possibilità che un soggetto consideri l'idea del suicidio, tenti il suicidio o che lo commetta. Prendere in considerazione i fattori protettivi al momento dell'elaborazione di un progetto terapeutico, significa partire dalle risorse presenti nel singolo per incrementarle e utilizzarle per produrre effetti benefici. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha messo in evidenza alcune condizioni che tendono a ridurre il rischio di suicidio e le più rilevanti sembrano essere: le relazioni familiari, la fiducia in sé stessi e avere una forte consapevolezza del proprio valore, la capacità di chiedere aiuto, di confrontarsi con gli altri, capacità di autogestione e di coping, una rete di buone relazioni con amici, vicini, compagni di lavoro o di scuola, l'integrazione nel lavoro, nelle attività culturali e di tempo libero, o anche fattori ambientali come l'evitamento di sostanze stupefacenti, condurre uno stile di vita sano, come mangiare e dormire in modo corretto, una buona attività fisica e il contatto diretto con la natura.

Gruppi di auto-mutuo-aiuto

I gruppi di auto mutuo aiuto sono stati definiti come piccole associazioni costituite da pari, nelle quali ci si aiuta per il raggiungimento di obiettivi personali, cercando di superare collettivamente gli ostacoli, di risolvere i problemi che rendono faticosa l'esistenza quotidiana e di favorire i cambiamenti desiderati sul piano personale e sociale. I membri appartenenti al gruppo, si impegnano a contribuire al miglioramento del sistema dei servizi e nella difesa dei diritti di tutte le famiglie che lottano contro un disturbo psichiatrico. L'efficacia di questi gruppi è data dal fatto che essi basano la loro azione sulla valorizzazione dei punti di forza e sulla presa di coscienza dei punti di debolezza di ciascun membro; hanno la finalità di favorire l'indipendenza, l'accrescimento dell'autoestima, dell'auto determinazione e dell'empowerment, grazie alla condivisione di problemi ed esperienze simili e al rinforzo reciproco. Alla base di questi gruppi vi è il principio

secondo cui chi aiuta è nello stesso tempo aiutato; ogni membro sentirà di avere maggior valore, nel momento in cui si sentirà utile agli altri e parte integrante di un gruppo. I gruppi di auto mutuo aiuto svolgono di fatto una funzione preventiva nei confronti delle persone considerate a rischio di suicidio.

OMS: strategie di intervento

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il suicidio come un problema complesso, non riconducibile ad una sola causa o ad una sola motivazione precisa, ma è il risultato di una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Il suicidio è considerato un grave problema di salute pubblica, costituendo la causa di circa un milione di morti ogni anno. I suicidi sono prevenibili e a tal proposito, l'OMS risponde con una serie di misure che possono essere adottate a livello di popolazione, sottopopolazione e individuo per prevenire il suicidio e i tentativi di suicidio. "Live life", l'approccio dell'OMS raccomanda i seguenti interventi chiave basati sull'evidenza:

- limitare l'accesso ai mezzi di suicidio (es. pesticidi, armi letali, alcuni farmaci);
- interagire con i media per la segnalazione e la conoscenza responsabile del fenomeno;
- promuovere le abilità di vita socio-emotive negli adolescenti;
- identificare, valutare, gestire e seguire tempestivamente chiunque sia colpito da pensieri e comportamenti suicidi.

Gli sforzi di prevenzione del suicidio richiedono la collaborazione e il coordinamento tra molteplici settori della società: il settore sanitario, settori come l'istruzione, il lavoro, l'agricoltura, gli affari, la giustizia, il diritto, la difesa, la politica e i media. Questi sforzi devono avvenire a livello globale e integrati poiché nessun singolo approccio da solo può avere un impatto su una questione così complessa come il suicidio. Il suicidio è una delle condizioni prioritarie nel Programma d'azione per la

salute mentale dell'OMS lanciato nel 2008, che fornisce una guida tecnica basata sull'evidenza per aumentare la fornitura di servizi e l'assistenza nei paesi per disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze. Nel Piano d'azione dell'OMS per la salute mentale 2013-2030, gli Stati membri dell'OMS sono impegnati a lavorare per raggiungere l'obiettivo globale: ridurre di un terzo il tasso di suicidi nei paesi entro il 2030.

CONCLUSIONI

Il suicidio è un problema serio che riguarda la sanità pubblica; costituisce la causa di circa un milione di morti ogni anno. Nonostante i numerosi passi avanti nello studio e nella prevenzione dell'atto suicidario, la conoscenza del fenomeno appare ancora limitata e sottostimata. La revisione sistemica della letteratura mi ha permesso di consolidare ed aumentare le mie conoscenze in merito al tema del suicidio e di approfondire in particolare il ruolo e il valore dell'infermiere nella prevenzione e gestione del comportamento suicidario. Uno dei compiti del personale infermieristico, che affianca il paziente considerato a rischio di suicidio, è quello di saper accogliere la sua dimensione psicologica, attraverso una buona relazione d'aiuto, di quel particolare momento di vita di chi finisce per essere più affascinato dalla morte, e stufo di una vita che non tollera più. Il suicidio è un grido di aiuto e come tale non può essere ignorato. In sintesi, in base agli studi analizzati per la stesura di questo lavoro, emergono due sostanziali necessità di intervento: -Interventi a livello collettivo: ognuno di noi può fare qualcosa, la prevenzione del suicidio riguarda tutti. Bisognerà incrementare la conoscenza circa il fenomeno, sviluppare piani preventivi più efficaci organizzati a livello territoriale, attraverso la collaborazione e la coordinazione dei molteplici settori della società, sviluppare un'azione programmatica per allargare l'accesso alle cure, abbattere le cause che conducono allo stigma: attraverso l'informazione, la rassicurazione ed efficaci campagne antidiscriminazione. "Pensa globalmente, pianifica a 64 livello nazionale ed

agisci localmente" (Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio. MP. 2008). Emerge la necessità di sviluppare dei programmi di formazione specifici per gli infermieri, in quanto promotori della salute, dovranno essere pronti a fronteggiare questa problematica. Il fornire istruzioni e informazioni al personale infermieristico ha un notevole impatto su come vengono valutati e gestiti i pazienti a rischio, oltre ad avere un ruolo decisivo nel correggere atteggiamenti e attitudini spesso dannosi. Si pone l'importanza sulla necessità di rafforzare gli interventi di prevenzione in ambiente ospedaliero, ma non solo, anche a livello territoriale, incrementare l'assistenza centrata sul paziente, gli interventi basati sulle evidenze scientifiche e la collaborazione interprofessionale. Non dimentichiamoci che l'infermiere è la figura più vicina al paziente; H. Peplau (1994) descrive l'infermiere come "consulente, insegnante, esperto tecnico, surrogato e leader" (Pearson, 2005), è una risorsa completa a disposizione del paziente.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *F.O. Gestione Rete Corsi di Laurea Universitari Professioni
Sanitarie e Sociali. Direttivo Società Scientifica di Scienze
Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM)*

° *Infermiera libero professionista*

^ *Centro di Salute Mentale, Area 3, Modugno, ASL Bari, Italia.
Direttivo Società Scientifica di Scienze Infermieristiche in Salute
Mentale (SISISM)*

CORRISPONDENZA

*Vitale Elsa, CSM Area 3, ASL Bari
vitaleelsa@libero.it*

BIBLIOGRAFIA

1. Beck, A.T. Weissman, A. (1997). *The measurement of pessimism: the hopelessness scale*. Journal of consulting and clinical psychology.
2. Baechler, J. (1975). *Suicides*. New York: Basic Books.
3. Ballantini, M. (1999). *Suicidio e società. Una speranza dalla prevenzione*. Milano: Franco Angeli.
4. Barelli, P. Spagnolli, E. (2021). *Nursing di salute Mentale*. Roma: Carocci editore.
5. Bertoldi, S. Venturelli, S. (2014). *I gruppi di auto mutuo aiuto e la prevenzione del suicidio*. Milano: Franco Angeli.
6. Conti, L. (2013). *Scale di valutazione in psichiatria*. Psychiatry on line. <http://www.psychiatryonline.it> (data ultima consultazione 20/04/2022)
7. Ferrara, P. Terzoni, S. D'Agoſtino, A. et al. (2019). *Psychometric properties of the Italian version of the Nurses. Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)*.
8. Giuſti, E. Bruni, F. Pompili, M. (2009). *Rischio suicidio. Prevenzione e trattamento integrato nelle relazioni d'aiuto*. Roma: Sovera Edizioni.
9. Hawton, K. Saunders, K. E. O'Connor, R. C. (2012). *Self-harm an suicide in adolescents*. London: Lancet.
10. ISTAT. (2012). *I suicidi in Italia: tendenze e confronti, come usare le statistiche*.
11. Joint Commission Resources. (2014). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (5th edition).
12. Ministero della Salute. (2008). *Raccomandazione n. 4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*.
13. 2019 *Il nuovo codice deontologico degli infermieri. Le Novità*. <https://infermiereonline.it/2019-nuovo-codice-deontologico-degli-infermieri-le-novita/> (data ultimo accesso 13/04/2022).
14. Peplau, H. (1994). *Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica, una struttura concettuale di riferimento per un'infermieristica psicodinamica*. Padova: Edizioni Summa.
15. Pompili, M. et al. (2007). *Suicide risk in schizophrenia*. NewYork: Nova Publishers.
16. Pompili, M. Girardi, P. Rubeno, A. Kotzalidis G.D. Tatarelli, R. (2005) *Emergency Staff reactions to suicidal and self-harming patients*. European journal of Emergency Medicine.
17. Pompili, M. Tatarelli, R. (2007). *Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro*. Minerva Psichiatrica.
18. Siracusano, A. Tatarelli, R. Girardi, P. et al. (2007). *Progetto per lo sviluppo di "linee guida per la prevenzione del suicidio nei pazienti psichiatrici"*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
19. Tacchini, M. A. (1998). *Professione infermiere nei servizi psichiatrici. Dalla teoria alla prassi*. Milano: Masson s.p.a.
20. Tatarelli, R. Pompili, M. (2008). *Il suicidio e la sua prevenzione*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
21. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni