

	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Rev00 Risk Management Del 12/07/2011 Pagina 1 di 10
---	--	--

PROCEDURE DEL SERVIZIO DI PSICHIATRIA DI DIAGNOSI E CURA

LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

Stesura	Verificato	Approvato
<i>Dipartimento Salute Mentale</i>	<i>Comitato Rischio Clinico</i>	<i>Direzione Sanitaria Aziendale</i>

1. PREMESSA

Il SPDC è un servizio specifico che si colloca all'interno della rete dei servizi che fanno capo al Dipartimento di Salute Mentale; in tal senso va inteso come un servizio di "secondo livello" che interviene quando la gestione del paziente non è resa possibile, per svariati motivi, mantenendolo nel suo ambiente.

Per tale motivo, fermo restando la possibilità di accesso diretto al servizio, è auspicabile che l'accesso al servizio, soprattutto per l'utenza già in carico al DSM, sia filtrata dai servizi territoriali già attivati.

Pertanto obiettivo dell'intervento nel SPDC, oltre quello specifico di diagnosi e cura e/o la gestione, in casi ben definiti, dell'emergenza, è quello di proporsi come uno strumento da attivare ogniqualvolta la gestione territoriale del caso è resa impossibile; in tal senso l'attività del servizio non può prescindere da quella di orientamento ed invio, attività da sviluppare in stretto collegamento con le strutture ed i servizi territoriali cui è demandata la gestione delle cure di mantenimento, la riabilitazione, il supporto psicosociale, la gestione della cronicità, etc.

Il SPDC, al pari delle altre strutture attivate nel territorio non può non essere un servizio multidisciplinare; in tal senso si auspica l'inserimento nel gruppo di lavoro di assistenti sociali e psicologi.

Ciò detto la collocazione intraospedaliera dà al SPDC un ruolo strategico per quanto attiene:

- la possibilità di osservazione delle varie forme di disagio psichico altrimenti non osservabili e pervenire a diagnosi psichiatriche
- il reclutamento di nuovi utenti
- il counseling
- essere parte attiva nel processo generale di miglioramento della qualità della vita della popolazione di riferimento.

Il SPDC si configura come la struttura deputata a gestire prevalentemente l'emergenza e le fasi di acuzie delle malattie psichiatriche dell'adulto.

2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) garantisce la propria attività tutti giorni nell'arco delle 24 ore; accoglie pazienti che a seguito di problemi psichiatrici e psicologici necessitano di un periodo di ricovero onde meglio inquadrare l'origine e la tipologia del disturbo nonché il piano terapeutico più adeguato; questo reparto ospita sia degenti che hanno volontariamente deciso il ricovero sia degenti in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), disposto dall'autorità competente.

Entrambi i reparti di Ragusa e Scicli possono ospitare 10 degenti.

La presenza dei medici in reparto è garantita 12 ore al giorno, ed è articolata su **due turni**: dalle ore 08.00 alle ore 14.00 e dalle ore 14.00 alle ore 20.00; nelle restanti ore, dalle ore 20.00 alle ore 08.00 del giorno successivo viene garantito un servizio di **pronta disponibilità**.

Il lavoro degli infermieri e degli operatori tecnici è articolato su **tre turni**: dalle ore 07.00 alle ore 14.00 – dalle ore 14.00 alle ore 22.00 – dalle ore 22.00 alle ore 07.00 del giorno successivo.

L'assistenza ai ricoverati viene erogata e garantita esclusivamente dal personale infermieristico del reparto, mentre l'aspetto alberghiero è curato dal personale di supporto (ausiliari e operatori tecnici).

Quotidianamente, dalle ore 09.30 alle ore 11.00, viene effettuata la **visita collegiale al letto** dei pazienti, cui partecipano tutti gli operatori di turno in reparto (medici, infermieri, caposala) seguita dalla **riunione di équipe**, che ha funzione clinica, organizzativa e propositiva nella quale si discute dei singoli casi clinici e delle più opportune strategie comportamentali da adottare per ogni singolo paziente. Si prospettano e si concordano le scelte terapeutiche, il periodo di permanenza in reparto e le dimissioni; per ogni nuovo ricoverato si affida la **presa in carico** del paziente a un **medico di riferimento**. Gli operatori dell'équipe, ciascuno per le proprie competenze professionali, provvederanno a trasmettere le consegne, orali e scritte nel registro delle consegne, ai colleghi dei turni successivi.

L'attività clinica giornaliera include altresì i **colloqui individuali del medico di riferimento** con il paziente e/o i suoi familiari; i colloqui *dello psicologo* dell'équipe con il paziente, tesi a fornire un adeguato supporto diagnostico (somministrazione di **tests psicometrici**) e terapeutico (**colloqui psicoterapici di sostegno**); i colloqui individuali *dell'assistente sociale* dell'équipe con il paziente e/o i suoi familiari tesi a fornire il **supporto psicosociale** necessario al processo terapeutico e un funzionale **collegamento** con le strutture e i servizi territoriali.

Oltre all'attività in regime di ricovero, il Servizio garantisce attività di consulenza intra ed extra ospedaliera e attività ambulatoriale psichiatrica.

Le visite ambulatoriali si effettuano, previa prenotazione, concordandole direttamente (anche telefonicamente) con i medici.

I locali che ospitano il Servizio sono dotati di un sistema di videosorveglianza, che comunque garantisce la privacy richiesta dalle norme vigenti (L. 675/96). Tale sistema è destinato ad essere ulteriormente potenziato.

3. AMBITI DEGLI INTERVENTI

a) <u>ATTIVITA' DI REPARTO</u>	• <i>INVIO</i>	- Pronto Soccorso - Altri Reparti ospedalieri - Spontaneo e/o Familiari - Medico di Base - Ambulatorio territoriale - Strutture intermedie - Istituzioni pubbliche - Forze dell'ordine
	• <i>ACCESSO</i>	- Volontario - TSO
	• <i>PROVENIENZA</i>	- Distretto - Fuori Distretto - Fuori ASP - Straniero
	• <i>ACCOGLIENZA</i>	- Colloquio di accesso - Visita medica - Visita psichiatrica - Analisi della domanda - Gestione dell'emergenza - Orientamento in reparto
	• <i>PRESA IN CARICO</i>	- Es. clinici (routine) - Colloquio con i familiare e/o l'inviante - Diagnosi - Terapia
	• <i>PERMANENZA</i>	- Presentazione del caso all'équipe - Assistenza alberghiera - Assistenza infermieristica - Assistenza medica di routine - Monitoraggio terapia - Predisposizione piano terapeutico
	• <i>DIMISSIONE</i>	- Piano terapeutico - Orientamento - Invio
b) <u>CONSULENZA</u>	• <i>Pronto Soccorso</i> • <i>Reparti ospedalieri</i>	
c) <u>ATTIVITA' AMBULATORIALE</u>	• <i>In sede</i>	

4. STRUMENTI

- Visita quotidiana in équipe al letto dei pz.
- Riunione di équipe
- Colloqui individuali
- Colloqui familiari
- Consulenza psico-sociale
- Consulenza psicologica
- Test psicometrici
- Consulenze specialistiche medico-chirurgiche
- Cartella clinica
- Diario clinico
- Cartella infermieristica
- Modulistica richiesta esami clinici
- Modulistica richiesta consulenze
- Modulistica e registro piani terapeutici
- Modulistica per certificazioni
- Richiesta vitto via telematica
- Modulistica richiesta farmaci
- Quaderno delle terapie
- Scheda di dimissione ospedaliera
- Registro delle consegne
- Scheda di accettazione ospedaliera
- Registro dei ricoveri (cartaceo e informatizzato)
- Registro dell'attività ambulatoriale (informatizzato)
- Registro terapie long-acting
- Registro protocollo
- Archivio cartelle cliniche
- Fascette di contenzione
- Registro interventi di contenzione
- Carta di accoglienza
- Armadio dei farmaci
- Questionario sulla soddisfazione dell'utente
- Scheda problematiche organiche
- Scheda consenso informato
- Calendario della disponibilità dei medici
- Calendario dei turni degli infermieri e del personale ausiliario

5. PROCEDURE

5.1 Ricovero

A seconda dell'urgenza e/o della gravità della patologia il ricovero potrà essere *urgente* o *programmato*.

Il ricovero di qualunque paziente, sia volontario che in regime di TSO, viene effettuato **esclusivamente** sulla base di una visita specialistica effettuata dal medico di turno del SPDC che ne valuta la necessità e la congruità.

Si ritiene in ogni caso che il momento del ricovero sia un momento importante nella storia personale del paziente e deve sempre essere "gestito" dallo specialista; è infatti esperienza comune che il primo colloquio spesso resta il più significativo! Là dove è possibile e/o utile il primo colloquio con il paziente viene effettuato con l'assistenza infermieristica.

Al momento del ricovero il personale di turno in reparto effettuerà un **colloquio di accesso**, teso all'analisi della domanda e alla individuazione dei bisogni, quindi il medico effettuerà una **prima visita psichiatrica** al fine di valutare le condizioni psicopatologiche del paziente, nonché la gravità del caso; contestualmente, se le condizioni cliniche del ricoverando lo consentono, provvederà ad effettuare una **visita medica**, a compilare la **cartella clinica**, raccogliere l'**anamnesi**, richiedere gli **accertamenti clinici di routine**, eventualmente altri esami clinici suggeriti dalle condizioni cliniche del paziente nonché **consulenze specialistiche** urgenti, e a prescrivere la **terapia** del caso.

La terapia va annotata nel **diario clinico** e trascritta nel **foglio di terapia** che va consegnato agli infermieri, che provvederanno altresì all'**accoglienza** e all'**orientamento** del paziente in reparto.

I dati rilevati alla visita medica verranno annotati nella cartella clinica, mentre gli infermieri provvederanno ad annotare sulla **cartella infermieristica** la PA, la frequenza cardiaca, e quant'altro è stato rilevato dall'osservazione (malattie trasmissibili, dolorabilità, bisogni di assistenza, grado di autonomia nell'alimentazione, nella comunicazione, nella mobilità, nell'igiene personale, ecc.).

All'atto del ricovero, se trattasi di ricovero volontario, il paziente sottoscriverà la scheda del consenso informato, e riceverà la carta di accoglienza, dove vengono indicati i nominativi e i relativi ruoli degli operatori, i recapiti telefonici, ed illustrate le indicazioni generali e gli orari delle attività di reparto; copia di detta carta di accoglienza, al fine di favorire l'orientamento in reparto, verrà data anche ai familiari dei pazienti ricoverati.

Le modalità del ricovero presso il SPDC vengono modulate sulla base di alcune variabili quali:

- l'inviante
 - la tipologia del ricovero (ricovero volontario o TSO)
 - le condizioni cliniche del paziente (urgenza)
 - la fascia oraria di arrivo in reparto.
- a) Se l'inviante è il *Pronto Soccorso* o altro *Reparto ospedaliero*, stante che il ricovero può essere sia volontario che in regime di TSO, l'accoglienza in reparto è **sempre** preceduta da una consulenza specialistica effettuata dal medico di turno del SPDC, ed è comunque concordata con i sanitari della struttura inviante. Qualora trattasi di trasferimento da altro reparto verrà acquisita la documentazione riguardante il paziente e le indicazioni terapeutiche relative ad altre patologie intercorrenti o correlate.
- b) Se l'inviante è l'*Ambulatorio del Servizio Psichiatrico Territoriale* o altra *Struttura intermedia* presente nel territorio, stante che il ricovero può essere sia volontario che in regime di TSO, i percorsi operativi per il paziente ricoverato prevedono la conoscenza e condivisione del "**progetto terapeutico**" formulato dall'équipe che ha in cura il paziente, e il "**progetto di ricovero**" (da non confondersi con il progetto terapeutico) si iscrive nel progetto terapeutico formulato dall'équipe territoriale. Il medico referente dell'ambulatorio territoriale o della struttura intermedia inviante fornirà all'équipe del SPDC tutti i dati

clinici ed anamnestici necessari al ricovero e sarà parte attiva nel "progetto di ricovero" sia nella fase iniziale che in quelle di verifica e di dimissione.

c) Qualora trattasi di ricovero in regime di TSO occorre chiedere che venga consegnata la disposizione del trattamento a firma dell'autorità competente, con allegata la proposta del medico di riferimento; certificare agli operatori della polizia municipale, che abitualmente accompagnano il paziente, l'avvenuto ricovero. E' altresì auspicabile non inviare pazienti in TSO residenti nel territorio dell' ASP n. 7 in S.P.D.C. situati fuori dall' ASP; ciò al fine di una migliore gestione della relazione paziente-famiglia-operatori.

d) Quando un ricovero arriva al SPDC nel periodo di assenza dei medici di reparto, gli infermieri, soprattutto se trattasi di primo ricovero, devono invitare gli eventuali accompagnatori del paziente, siano essi familiari, rappresentanti di istituzione o delle forze dell'ordine, a trattarsi fino all'arrivo del medico reperibile, al fine di avere notizie sul paziente circa la sua anamnesi psichiatrica e sui motivi che lo hanno condotto al ricovero, sia per un eventuale contenimento del paziente agitato.

e) Nell'ambito della prevenzione del rischio clinico all'interno del SPDC a tutti i pazienti ricoverati, all'ingresso in Reparto, vengono effettuati i controlli dei seguenti parametri:

- Controllo P.A.
- Ecg per controllo QTC
- Glucotest
- Saturazione Ossigeno, Frequenza Cardiaca
- Temperatura Corporea

Inoltre, in caso di pazienti con politerapia, sia con psicofarmaci che con altra tipologia di farmaci, vengono effettuati dei controlli crociati con l'ausilio di programmi computerizzati specifici per ridurre il rischio di eventuali interferenze farmacologiche e così ridurre al minimo il rischio di danno o inefficacia farmacologica.

Sarebbe auspicabile, in un periodo di tempo accettabile, avere anche la possibilità di conoscere il profilo genetico del patrimonio citocromiale di ogni paziente, attualmente possibile con un semplice campione di saliva, per potere prevedere la comparsa di eventuali effetti collaterali legati alla assunzione di farmaci ed effettuare un eventuale aggiustamento posologico individualizzato della terapia.

5.2 La diagnosi e la valutazione

Qualunque sia il quadro clinico di riferimento, rimandando alle strutture territoriali obiettivi quali valutazione, monitoraggio e gestione psichiatrica, trattamento nella fase di stabilizzazione, trattamento nella fase stabile, le attività e le procedure individuate per il SPDC prevedono:

a) *valutare i sintomi presentati dal paziente;*

b) *valutare le condizioni cliniche del paziente, inclusi:*

- la possibilità che arrechi danno a se stesso o agli altri e, in particolare, la presenza di ideazione suicidaria od omicida,
- l'accesso ai mezzi per commettere un suicidio o un omicidio e la letalità di tali mezzi;
- la presenza di allucinazioni imperative,
- la capacità di prendersi cura di sé;

c) *verificare la presenza o meno di altri disturbi psichici in comorbilità;*

d) *valutare l'eventuale uso in atto di alcool o altre sostanze;*

e) *valutare eventuali patologie mediche in atto o pregresse:*

- considerare un'eventuale correlazione tra una condizione medica o un trattamento e l'esordio o l'esacerbazione dei sintomi psichici,
- valutare la funzionalità cardiaca, in particolare se il paziente soffre, o ha di recente sofferto, di

- una cardiopatia,
- se necessario, richiedere la consulenza del medico di base del paziente;
- f) *valutare l'anamnesi psichiatrica, inclusi ma non solo:*
 - precedenti episodi psicotici,
 - pericolosità per sé stesso o per gli altri,
 - compliance,
 - risposte a trattamenti precedenti,
 - pregressi disturbi da uso di alcool o di sostanze;
- g) *valutare la storia psicosociale, inclusi ma non solo:*
 - rapporti familiari e interpersonali,
 - ambiente sociale e culturale,
 - situazione abitativa,
 - funzionamento scolastico e lavorativo,
 - aspetti economici,
 - adeguatezza e disponibilità di supporti sociali,
 - adeguatezza e disponibilità di servizi di igiene mentale, medici e di altro tipo,
 - presenza di fattori stressanti psicosociali o emozionali che richiedono attenzione;
- h) *valutare l'anamnesi psichiatrica familiare.*

5.3 La prevenzione, o il mantenimento sotto controllo, delle situazioni di rischio determinate da pazienti con note di aggressività.

NORME DA SEGUIRE

Oggetto delle Ispezioni

- a) tutti gli ambienti ed i locali del S.P.D.C.
- b) gli arredi e le suppellettili presenti
- c) gli impianti tecnologici

Competenze e Azioni

- a) Predisporre l'impiego di videocamere nei locali utilizzati dai ricoverati e nelle stanze di degenza.
- b) Dissimulare l'esistenza di eventuali casseforti ed impedirne l'uso in presenza di pazienti.
- c) Verificare e porre in atto le necessarie azioni perché nell'S.P.D.C. gli arredi e le suppellettili presenti non possano essere usate come armi improprie (quadri con vetri, sedie, piantane per flebo).
- d) Determinare l'apertura al pubblico solo in presenza di due o più operatori.
- e) I pazienti con storie cliniche di pregressi atti aggressivi, o i pazienti al primo colloquio, è opportuno che siano sentiti e visitati in presenza di due operatori.
- f) Custodire i materiali utilizzabili a scopo etero-auto lesivo, come farmaci, coltelli, forbici, attrezzi per attività occupazionali o riabilitative, in locali chiusi ed accessibili solo al personale dipendente.
- g) Predisporre Linee Guida sul comportamento da tenere in caso di paziente aggressivo.

Linee guida sul comportamento da tenere in caso di paziente aggressivo.

Il personale, nel trattamento della persona violenta, deve:

- a) Preoccuparsi della propria sicurezza.
- b) Apparire calmo e controllato.

- c) Utilizzare il "tono" della voce.
- d) Quando il paziente inizia a parlare, ascoltarlo.
- e) Se possibile, sedersi entrambi.
- f) Non guardarlo con fissità.
- g) Comunicare disponibilità, anche attraverso il sorriso.
- h) Prestare attenzione, con lo sguardo, il corpo e l'ascolto.
- i) Evitare l'uso di soprannomi o appellativi vari.
- j) Evitare di essere disturbati; spegnere il cellulare.

IL CICLO DELL'AGGRESSIVITA'.

Il ciclo dell'aggressività si compone di fasi che vanno prontamente riconosciute, perché in ognuna di esse vi è una particolare indicazione delle tecniche di intervento. Gli interventi devono essere tempestivi.

- 1) Fase del Trigger (o del fattore scatenante): individuabile in una intensificazione dello stimolo avversativo, disinibizione indotta da sostanze, percezione di una mancanza di attenzione, fattori di provocazione (veri o presunti), stress o altro. L'intervento più opportuno in questa fase sarà riconoscere e rimuovere il trigger, isolare la persona in "ambiente neutro", con più bassi stimoli.
- 2) Fase della Escalation: in cui l'intervento consisterà in un approccio verbale utilizzando una comunicazione diretta (diretta espressamente alla persona, con l'uso del nome), specifica (basata sulle rivendicazioni del momento, frasi brevi, termini semplici) e positiva (atteggiamento non giudicante o contro aggressivo, volto a trasmettere la disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, cioè tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze). Trasformazione progressiva dei contenuti di violenza e di minaccia in espressioni dialettiche che possono essere negoziate.

TECNICHE CHE RIDUCONO LA PROBABILITA' DI UN AGITO.

- a) Non molestare, minacciare o assumere un atteggiamento negativo verso il problema.
- b) Non invadere lo spazio occupato dal paziente ma mantenere una distanza utile.
- c) Stabilire un contatto verbale; usare frasi brevi, dal contenuto molto chiaro, con tono di voce caldo e rassicurante; rivolgersi al paziente usando il suo nome personale; ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo con quanto sostiene il paziente; non polemizzare o contrastare. Continuare a dichiararsi d'accordo con i contenuti espressi e fare subito presenti le proprie prescrizioni.
- d) Porre il paziente di fronte a scelte alternative in modo da impegnare l'attenzione e distrarlo così dall'originale programma motorio.

L'episodio di aggressività violenta rappresenta in ogni caso un evento critico, che va discusso all'interno dell'equipe, perché siano valutate le cause e sia ridiscusso il piano assistenziale.

5.4 MOAS (Modified Overt Aggression Scale) - Scala di valutazione e misurazione del comportamento aggressivo, basata sulla descrizione, per ciascuna categoria di comportamento aggressivo, del più grave atto di aggressione commesso dal paziente nel corso delle 24 ore precedenti, selezionando il massimo grado di valutazione applicabile.

AGGRESSIVITA' VERBALE.

(Ostilità verbale, quali affermazioni o invettive con l'intento di provocare danno psicologico verso un'altra persona attraverso l'umiliazione e la mortificazione, nonché le minacce di aggressione fisica).

- 0 Nessuna aggressione verbale.
- 1 Urla arrabbiato, impreca moderatamente o rivolge insulti personali.
- 2 Impreca in modo rabbioso, insulta gravemente, ha scatti di ira.
- 3 D'impulso minaccia violenza verso se stesso o altri.
- 4 Minaccia violenza verso se stesso o altri ripetutamente o deliberatamente (per esempio per ottenere sesso o denaro).

AUTOAGGRESSIONE.

(Lesioni fisiche provocate contro la propria persona, quali l'automutilazione e il tentativo di suicidio).

- 0 Nessuna autoaggressione.
- 1 Si gratta o si graffia la pelle, si strappa i capelli, si colpisce (senza provocarsi lesioni).
- 2 Si dà pugni sulla testa, dà pugni al muro, si butta per terra.
- 3 Si procura tagli superficiali, lividi, bruciate o abrasioni.
- 4 Si provoca lesioni di grave entità o tenta il suicidio.

AGGRESSIONE CONTRO LA PROPRIETA'.

(Distruzione sconsiderata e deliberata di oggetti del reparto e di altre persone).

- 0 Nessuna aggressione contro la proprietà.
- 1 Sbatte la porta con rabbia, strappa i vestiti, orina sul pavimento.
- 2 Butta gli oggetti per terra, sferra calci al mobilio, deturpa le pareti.
- 3 Rompe oggetti, rompe i vetri delle finestre.
- 4 Appicca incendi, scaglia oggetti in maniera pericolosa.

AGGRESSIONE FISICA VERSO ALTRE PERSONE.

(Azione violenta intesa a provocare dolore, danno fisico o morte di un'altra persona).

- 0 Nessuna aggressione fisica.
- 1 Fa gesti di minaccia, scatta verso le persone, afferra gli indumenti.
- 2 Colpisce, calcia, spintona, graffia e tira i capelli agli altri (senza provocare lesioni).
- 3 Attacca altre persone, causando lesioni modeste (lividi, distorsioni, abrasioni, ecc.).
- 4 Attacca altre persone, procurando lesioni di grave entità (fratture, perdita di denti, tagli profondi, perdita di coscienza, ecc.).

5.5 Il trattamento della fase acuta

a) trattamento farmacologico:

- scelta del farmaco specifico,
- trattare le condizioni in comorbilità,
- sedazione farmacologica,
- prendere in considerazione il trattamento profilattico degli effetti collaterali;

b) interventi psicosociali:

- evitare situazioni o eventi eccessivamente stimolanti o stressanti,
- fornire supporto,

- fornire comunicazioni e aspettative semplici e chiare,
- fornire al paziente e ai suoi familiari informazioni sulla natura e sul trattamento della malattia,
- incoraggiare il paziente e i suoi familiari a collaborare alla pianificazione e all'attuazione del trattamento,
- fornire assistenza nel contesto di un ambiente che sia il meno restrittivo possibile, privo di rischi, sicuro e clinicamente efficace;

c) contenimento (farmacologico e/o fisico):

Nelle condizioni d'urgenza la *prevenzione* dei comportamenti di violenza attiene ad alcune linee guida di comportamento degli operatori, che riguardano:

- il tono della voce (calmo, sicuro, rassicurante)
- l'aspetto (tranquillo, rispettoso)
- la disponibilità all'ascolto empatico
- l'evitamento di espressioni evocanti giudizio, critica, provocazione
- l'evitamento del contatto visivo prolungato
- tentare di deviare le proiezioni del paziente all'esterno della relazione

Ciò nondimeno quando non è possibile prevenirla la violenza va fronteggiata con strumenti idonei siano essi farmacoterapici (sedazione rapida) o fisici (fascette di contenzione).

Per quanto riguarda l'intervento di **sedazione rapida** si intende una procedura di mono o plurisomministrazione di farmaci ad azione sedativa (ad intervalli di tempo variabili da mezz'ora ad un'ora), per lo più circoscritta nell'ambito di 1-4 ore, allo scopo di ottenere il controllo comportamentale in pazienti gravemente agitati o aggressivi.

L'impiego della **contenzione fisica** è una procedura eccezionale e si applica solo per la durata della somministrazione di terapie farmacologiche non accettate dal paziente in TSO.

Tale procedura, in ogni caso, quando messa in atto dovrà rispettare tutte le modalità idonee a garantire i diritti del paziente:

- *Controllo assiduo* del paziente contenuto da parte degli operatori del reparto (ogni 15 minuti),
- Disponibilità a consentire l'accesso ai servizi igienici (almeno ogni ora),
- *Resoconto* puntuale e preciso sul **registro delle contenzioni**.

L'utilizzo della contenzione fisica è ammessa **solo** con *pazienti in regime di TSO*, o per i quali è già stato avviato l'iter (proposta e convalida) di TSO, ed è disposta **esclusivamente** dal Dirigente medico.

5.6 Lo sviluppo di un progetto terapeutico

Il "**progetto di ricovero**" si inserisce nel "**progetto terapeutico**", e l'équipe del SPDC è parte attiva nella definizione del progetto terapeutico unitamente agli operatori dei servizi territoriali che hanno, o prenderanno, in carico il paziente. Il perseguimento di questo obiettivo, teso a garantire oltre la cura la sua continuità, prevede una stretta collaborazione tra operatori delle diverse strutture. Pertanto la gestione dei singoli casi prevede, durante il periodo di degenza in reparto del paziente, l'attivazione di gruppi di lavoro ad hoc, in grado di programmare e gestire gli interventi di cura, nonché la dimissione, utilizzando un **approccio di "squadra"**. La funzionalità del programma terapeutico prevede altresì:

- a) *il coinvolgimento del paziente, dei familiari* nella pianificazione del trattamento;
- b) *la scelta del setting terapeutico*, valutando i rischi e i benefici dei diversi setting: (ricovero a breve o lungo termine, l'ambulatorio distrettuale, il day hospital, il centro diurno, gli alloggi protetti, le residenze comunitarie, ecc.), e prendendo in considerazione fattori quali:
 - 1) la minaccia di arrecare danni a sé stessi o agli altri.

- 2) l'incapacità del paziente di provvedere a sé stesso,
 - 3) la scelta di un ambiente che sia clinicamente efficace, ma il meno restrittivo possibile,
 - 4) la necessità di trattamenti particolari e la capacità di adesione del paziente,
 - 5) la disponibilità di supporti sociali e risorse terapeutiche nella comunità;
- c) la pianificazione di trattamenti farmacologici specifici;
- d) la pianificazione di interventi psicosociali specifici:
- 1) terapia individuale
 - 2) interventi familiari
 - 3) terapia di gruppo
 - 4) counseling
 - 5) interventi comunitari
 - 6) riabilitazione
 - 7) gruppi di autoaiuto.

5.7 Indagini cliniche e strumentali

a) Indagini di laboratorio

- *Analisi di base* : Esami amatochimici

- glucosio
- urea
- creatinina
- colesterolo totale
- trigliceridi
- albumina
- proteine totali
- elettroliti (Na, K, Cl)
- calcio
- fosforo
- magnesio
- prolattina
- ormoni tiroidei

Enzimi

- Fosfatasi alcalina
- Transaminasi GOT/GPT
- CK

Ematologia

- emocromo

Urine

- esame standard

- *Valutazioni non routinarie*:

verranno richieste, di volta in volta, secondo le indicazioni e le linee guida suggerite dalla letteratura di riferimento, sulla base di:

- quadri clinici specifici (es. DCA, psicosi organiche e/o dismetaboliche, psicosi indotte dall'uso di alcool e/o sostanze stupefacenti, ingestione di farmaci, ecc.),
- patologie organiche collaterali,
- monitoraggio di specifiche terapie (es. uso di antipsicotici atipici, quali l'olanzapina, ecc.).

b) Indagini strumentali

- ECG

L'esame elettrocardiografico verrà eseguito di routine in tutti i pazienti che assumono antipsicotici.

Valutazioni non routinarie verranno richieste di volta in volta, secondo le indicazioni e le linee guida suggerite dalla letteratura di riferimento, sulla base di:

- quadri clinici specifici (es.: DCA, psicosi organiche e/o dismetaboliche, psicosi indotte dall'uso di alcool e/o sostanze stupefacenti, ingestione di farmaci, ecc.),
- patologie organiche collaterali,
- monitoraggio di specifiche terapie (es. uso di antidepressivi triciclici, ecc.)

- EEG

L'esame elettroencefalografico verrà eseguito con l'attrezzatura disponibile in reparto, secondo le indicazioni e le linee guida suggerite dalla letteratura di riferimento, in presenza di:

- disturbi amenziali
- intossicazione da farmaci
- psicosi organiche

- Esami radiologici, TAC, Risonanza magnetica

Valutazioni non routinarie verranno richieste di volta in volta, secondo le indicazioni e le linee guida suggerite dalla letteratura di riferimento, sulla base di:

- quadri clinici specifici (es.: psicosi organiche e/o dismetaboliche, dementia complex, ecc.),
- patologie organiche collaterali.

5.8 Permanenza in reparto

Durante la permanenza in reparto il paziente, pur essendo seguito dall'intera equipe, avrà un **medico di riferimento** che garantirà oltre gli aspetti burocratico-amministrativi del caso (aggiornamento cartella clinica, certificazioni, ecc.) anche, in collaborazione con l'assistente sociale, il collegamento con le altre figure di riferimento del paziente stesso (familiari, medico di famiglia, operatori territoriali, operatori di strutture di accoglienza e/o residenziali, ecc).

Il paziente, negli orari prestabiliti, se le condizioni cliniche lo consentono e non ci sono controindicazioni, potrà ricevere visite, potrà uscire per brevi periodi o usufruire di permessi di uscita più lunghi, potrà ricevere ed effettuare telefonate.

Le uscite, le visite e le telefonate dei pazienti ricoverati vengono regolate caso per caso da istruzioni impartite dal medico ed annotate sulla **cartella infermieristica** nelle apposite chiamate.

Per motivi clinici e di privacy ai visitatori non è concesso l'accesso nelle stanze di degenza, tuttavia, per comprovate esigenze clinico-assistenziali e in casi particolari, parenti o personale di assistenza può essere autorizzato dal personale medico all'accesso al letto del paziente.

Durante la permanenza in reparto ai pazienti **non è concesso** tenere o autosomministrarsi farmaci di nessun tipo; tutte le terapie, anche quelle che i ricoverati già assumono per altri motivi clinici al momento del ricovero, devono essere consegnati agli operatori del reparto e verranno somministrati agli orari stabiliti dagli infermieri del reparto secondo le disposizioni impartite dai medici di reparto.

Tutte le variazioni della terapia farmacologica vengono disposte **esclusivamente** dal personale medico, annotate sulla **cartella clinica** e trascritte nel **foglio di terapia** custodito dagli infermieri.

Quotidianamente, prima della visita al letto del paziente, gli infermieri del reparto rileveranno la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa di ogni ricoverato; i dati rilevati verranno riportati nella **cartella infermieristica**, unitamente ai dati rilevati dall'osservazione.

Alla fine di ogni turno gli infermieri provvederanno alla compilazione del **Registro delle consegne** secondo i seguenti criteri:

- numero dei pazienti ricoverati
- eventi particolari
- terapie somministrate e difficoltà riscontrate
- osservazioni varie.

I caposala e gli infermieri per quanto di loro competenza provvedono utilizzando gli **appositi moduli** all'approvvigionamento dei farmaci e alla loro custodia secondo le norme di legge (i farmaci devono essere custoditi in **appositi armadietti** dotati di serratura e collocati in locali non accessibili agli utenti).

Per quanto attiene il regime alimentare, i caposala provvedono quotidianamente alla richiesta del vitto, nel rispetto delle necessità dietetiche di ogni singolo ricoverato.

5.9 Dimissioni

Le dimissioni del paziente ospedalizzato prevedono il perseguimento dell'*obbiettivo terapeutico*, da **non** confondere con la *guarigione*.

Infatti, secondo quanto già detto nella premessa, il SPDC si pone come un segmento nel "processo" di cura, da sviluppare in **stretto collegamento** con le strutture ed i servizi territoriali cui è demandata la gestione delle cure di mantenimento, la riabilitazione, il supporto psicosociale, la gestione della cronicità, etc., e ha come obiettivi:

- *inquadrare l'origine e la tipologia del disturbo*
- *avviare o rimodulare il piano terapeutico più adeguato;*
- *gestire, in casi ben definiti, l'emergenza ogniqualvolta la gestione territoriale del caso è resa impossibile;*

Le dimissioni vengono decise durante la riunione quotidiana dal gruppo di lavoro del servizio, e prevedono la **collaborazione attiva** degli operatori del territorio che prenderanno in carico il paziente. Qualora trattasi di paziente che fa riferimento a un distretto sanitario di altra USL, per il tramite del servizio sociale si provvederà a segnalare il caso (**orientamento ed invio**) al servizio di appartenenza del paziente, cui verranno successivamente comunicate le valutazioni e i suggerimenti terapeutici ritenuti utili per le cure del caso.

Si allega relazione sul Comportamento Suicidiario.

Il Direttore del Dipartimento
Dr. Francesco Sanfilippo

PREVENZIONE DEL COMPORTAMENTO SUICIDARIO

Non essendoci una spiegazione comune, né una causa specifica per tutti i suicidi, non è possibile fare un'ipotesi di prevenzione assoluta.

Nonostante vi siano molti limiti, vi sono pur tuttavia delle buone ragioni per fare prevenzione:

- la decisione di togliersi la vita non è sempre certa ma spesso è accompagnata dal desiderio di vivere
- la sofferenza che porta una persona a suicidarsi, se non è conclusa con la morte, molto spesso viene superata e seguita da nuovi adattamenti che permettono di continuare a vivere
- quasi sempre un suicidio esprime la disperazione e la mancanza di vie d'uscita di chi, in quel momento, non ha visto possibilità o soluzioni al suo problema.
- Comprendere il rischio suicidario in una persona che soffre di un disturbo psichico e inviarlo ad un aiuto specifico può rendere possibile un vero intervento salva vita
- Se neghiamo o ignoriamo il rischio di suicidio possiamo contribuire all'avverarsi dell'evento

Quando parliamo di prevenzione non pensiamo però a un accanimento, a una crociata, al salvare una vita a qualsiasi costo.

Il comportamento suicidario è troppo complesso per essere riduttivamente attribuito solo ad una condizione psicopatologica.

Deve sempre essere presente una prospettiva di rispetto per la libertà dell'individuo e deve prevalere il primato del singolo nel decidere della propria vita.

Questo non deve escludere una disponibilità all'assistenza, un aiuto sia sociale che individuale per riuscire a rispondere alla sofferenza psichica e a proteggere i soggetti più deboli. Bisogna essere consapevoli che anche se il suicidio può essere una libera scelta, esiste un legame forte, anche se non specifico, fra i disturbi psichici e comportamento suicidario, per cui si deve favorire e sviluppare la loro identificazione e la loro cura.

Fare prevenzione significa inoltre promuovere la salute mentale e il benessere psichico di una popolazione.

Possiamo parlare di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Prevenzione primaria.

La prevenzione primaria dovrebbe tentare di influire sulle circostanze in grado di determinare la comparsa di problemi psicologici e comportamentali che possono esitare in un'ideazione suicidaria. In tal senso possono risultare di sicura utilità l'informazione rivolta alla popolazione e mirante a ridurre lo stigma sociale legato non solo ai comportamenti suicidari, ma alla malattia psichiatrica in generale. Altrettanto importante è la formazione degli operatori (sanitari e non) che più spesso vengono a contatto con gruppi di soggetti a rischio. In questa direzione, alcuni programmi educativi rivolti al personale sanitario di base nel riconoscimento e nella gestione del paziente depresso hanno già dato ottimi risultati in alcuni paesi.

Si stima che circa metà dei soggetti che realizzano un suicidio abbiano contattato un medico nelle settimane immediatamente precedenti la morte e che un medico di base veda circa sei gravi pazienti suicidari nel corso di un anno, dei quali solo uno sarebbe riconosciuto tale.

Anche le campagne di prevenzione del disagio giovanile e la collaborazione con le scuole, per esempio, permetterebbero di raggiungere un importante gruppo di soggetti a rischio suicidario

La limitazione dell'accesso a mezzi suicidari fortemente letali quali armi da fuoco o sostanze tossiche, la detossificazione del gas domestico, il controllo dell'abuso alcolico, possono essere utili interventi di politica sociale volti a ridurre l'incidenza del fenomeno suicidario

Non è possibile dimenticare, inoltre, il ruolo dei mezzi di comunicazione di massa che dovrebbero fornire un'informazione meno incline alla spettacolarizzazione o al riferimento scandalistico e più attenta a sottolineare la gravità del fenomeno e le possibili linee di comportamento.

Prevenzione secondaria.

La prevenzione secondaria è orientata alla diminuzione dell'incidenza di comportamenti suicidari in gruppi considerati ad alto rischio, quindi in particolar modo nei soggetti affetti da "patologie psichiatriche" ed in quelli che hanno "già compiuto un tentativo di suicidi"

In tal senso è necessaria un'organizzazione dei servizi che permetta innanzitutto di riconoscere precocemente tali soggetti, magari fondata su una collaborazione più stretta tra operatori sanitari di base e specialisti psichiatri, ma anche di rispondere in tempi brevi e in maniera efficace alla presentazione di una crisi suicidaria: a quest'ultimo scopo, per esempio, sono nate diverse esperienze di centri crisi o linee telefoniche disponibili 24 ore su 24 e diverse tipologie di intervento sulla crisi emozionale.

Soggetti che hanno già realizzato un tentativo di suicidio, in particolare, sono ad alto rischio di ripetizione dello stesso: dal 10 al 12% di questi ripete l'atto entro i dodici mesi successivi; circa l'1% va incontro a morte per suicidio nel corso dell'anno successivo, e dal 10 al 30% nei dieci anni seguenti.

Lo sviluppo di opportuni interventi di prevenzione e trattamento dei pazienti suicidari è anche imposto dal dispendio di risorse umane e finanziarie che comporta una gestione inadeguata dei pazienti che si rivolgono alle strutture sanitarie per in conseguenza di agiti autolesivi.

E' già stato evidenziato, infatti, come nel nostro paese vi sia una squilibrata attenzione all'aspetto somatico del paziente a discapito di quello psicologico, un alto tasso di ricoveri in ambito internistico ed un'elevata onerosità dell'assistenza prestata.

Per tutto ciò è di estrema importanza riconoscere il soggetto a rischio e avviare un trattamento adeguato secondo le linee guida che verranno descritte.

Prevenzione terziaria

Nell'ambito più generale della prevenzione suicidaria, infine, rientra anche l'assistenza ai soggetti che hanno sperimentato la morte di un familiare per suicidio.

Sicuramente anche in questo caso si tratta di soggetti a maggior rischio suicidario ed in ogni caso portatori di una sofferenza che necessita di adeguate risposte: proprio a tale scopo sono sorte negli ultimi anni diverse esperienze di gruppi terapeutici per i "sopravvissuti".

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO A RISCHIO SUICIDARIO

Il colloquio con il paziente a rischio suicidario dovrebbe svolgersi in un ambiente confortevole, che garantisca l'intimità del paziente ed è necessario dedicare al colloquio un tempo adeguato, evitando, in un ascolto attento, ogni atteggiamento superficiale o sminuente le sensazioni del paziente. La capacità di creare una situazione in cui il paziente si senta accettato e non giudicato, in cui possa trovare un interlocutore empatico, aperto, onesto e capace di evitare atteggiamenti intrusivi o paternalistici è una premessa fondamentale per poter affrontare insieme al paziente la crisi suicidaria.

E' necessario evitare comuni pregiudizi rispetto alla situazione di un paziente con ideazione suicidaria: la maggior parte di questi tende a comunicare in qualche modo, con segnali diretti e indiretti, il proprio stato di sofferenza e la propria volontà di morire ed è perciò necessario non sottovalutare nessun possibile indizio in tal senso. La comunicazione diretta di una volontà suicidaria non è assolutamente indicativa di una scarsa intenzionalità e non andrebbe mai minimizzata o stigmatizzata. Anche la convinzione che l'indagine esplicita della volontà di morte possa essere pericolosa è in realtà priva di fondamento: la possibilità di comunicare a qualcuno il proprio disagio e i propri pensieri suicidari è comunque in grado di alleviare l'angoscia ad essi connessa e può permettere al paziente di sperimentare una relazione in cui si sente compreso ed accolto.

Lo stato mentale del paziente a rischio suicidario è in particolare caratterizzato da tre elementi:

Ambivalenza nei confronti della risoluzione suicidaria: anche nelle fasi in cui l'ideazione suicidaria è particolarmente importante, il soggetto rimane ambivalente nei confronti dell'idea di morire e spesso vi è la ricerca di un qualche canale comunicativo o di un supporto emotivo anche poco prima della messa in atto del suicidio.

Impulsività: per quanto la risoluzione suicidaria sia generalmente il risultato di una elaborazione piuttosto diluita nel tempo, il suicidio generalmente si realizza sulla scorta di un gesto impulsivo, magari scatenato da un qualche episodio negativo ("evento dell'ultimo minuto")

Rigidità: i soggetti suicidari presentano una notevole rigidità cognitiva e pressochè l'intera loro ideazione è ancorata ad una ideazione pessimistica o alla possibilità di concretizzare il loro proposito autosoppressivo.

Nel valutare lo stato mentale di una persona a rischio di suicidio è necessario indagare direttamente se sia presente una ideazione suicidaria e che entità abbia.

Si deve procedere in questa indagine in maniera graduale, dopo aver stabilito una relazione di fiducia con il paziente, rispettando il tempo che questi ritiene necessario per confidare i sentimenti più profondi o quelli più negativi e disturbanti.

Esempi di domande generiche che potrebbero essere formulate al paziente sono:

- Si sente infelice e disperato?
- E' in difficoltà ad affrontare le giornate?
- Sente la vita come un peso o priva di valore? Pensa talvolta che non valga la pena vivere? Desidera non svegliarsi al mattino ?
- Desidera qualche volta che la vita finisca?
- Ci sono dei momenti in cui il futuro le appare senza speranza ?
- Si sente di fare qualcosa di definitivo riguardo ai suoi problemi ?

Successive domande, più dirette, potrebbero essere:

- Sente il desiderio di farsi del male ?
- Si è mai fatto del male volontariamente?
- Pensa spesso al suicidio ?
- Ha progettato dei piani per uccidersi?

Inoltre, può essere utile la somministrazione di test per la valutazione di:

- impulsività ed aggressività(IMPS;OAS;BDHI)
- depressione(HRSD;MADRS)
- rischio suicidario(SSI;ISS)
- disturbo di personalità(BPD;SIDP IV)
- capacità a far fronte ad eventi stressanti (Brief COPE)
- Barrat impulsiveness Scale
- Hopelessness Scale.

GESTIONE E TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON IDEAZIONE SUICIDARIA

Una volta accertato il rischio suicidario, si pone il problema della gestione del paziente.

Il medico dovrebbe innanzitutto valutare le risorse a disposizione nell'ambiente vicino al paziente, in particolare la presenza o meno di familiari, amici o altre persone di effettivo riferimento e coinvolgerle nell'assistenza al paziente.

Un'utile tecnica nella prevenzione del comportamento suicidario è il contratto di "non suicidio", che può coinvolgere, oltre al paziente e al terapeuta, altre figure vicine al primo: tale contratto, oltre che rafforzare la relazione di cura e irrobustire la compliance al trattamento, può anche diventare l'occasione per affrontare in maniera approfondita le problematiche più angoscianti per il paziente.

È necessario in molti casi iniziare fin da subito un trattamento farmacologico, generalmente antidepressivo, accompagnato da un intervento psicologico di sostegno o da una vera e propria psicoterapia. È estremamente utile, soprattutto nelle fasi iniziali di trattamento che il terapeuta garantisca contatti frequenti e ravvicinati, anche eventualmente con la disponibilità di essere raggiunto telefonicamente: se ciò non fosse possibile è necessario esplicitarlo al paziente e indicargli fin da subito un altro terapeuta di riferimento.

Generalmente, l'invio ad uno specialista psichiatra è indicato ogni qualvolta sia possibile individuare un disturbo psichiatrico, precedenti tentativi di suicidio in anamnesi, una storia familiare positiva per suicidio, disturbi psichiatrici e abuso alcolico, assenza di supporto sociale.

In nessun caso, comunque, l'invio del paziente ad un altro riferimento terapeutico deve sottendere un atteggiamento di apprensione, di abbandono, di espulsione, di stigma.

In alcuni casi potrebbe risultare necessaria l'ospedalizzazione, in particolare quando l'ideazione suicidaria sia pressochè costante e associata ad un'elevata intenzionalità autosoppressiva con progetti concreti di realizzazione del suicidio, presenza di agitazione o di altri gravi sintomi psichiatrici, condizione di isolamento sociale.

In situazioni estreme è anche configurabile il ricorso al ricovero coatto (T.S.O)

GESTIONE DEL PAZIENTE CHE HA TENTATO IL SUICIDIO

Se il paziente ha già tentato il suicidio, è necessario un approfondimento attento ed una valutazione sul rischio attuale.

- Valutare la letalità del mezzo
- Affrontare l' eventuale negazione
- Fare un' anamnesi completa
- Riconoscere eventuali eventi stressanti o precipitanti
- Indagare i meccanismi delle crisi suicidarie, la consapevolezza della letalità del mezzo, le precauzioni per evitare la scoperta
- Far descrivere le emozioni prima, durante e dopo:
 - a) Come si sentiva il giorno prima ?
 - b) Dov'era quando ha deciso?
 - c) Cosa provava in quel momento ?
 - d) Perché voleva morire?
 - e) Ripeterebbe il gesto ?
- Parlare con la famiglia o eventuali amici
- Indagare la progettualità futura

TRATTAMENTO DEI SOGGETTI A RISCHIO SUICIDARIO

Una volta accertata la presenza di un rischio suicidario è opportuno avviare un intervento che può prevedere più trattamenti, spesso fra loro integrati.

A volte è possibile la cura in regime ambulatoriale, altre volte è opportuna l'ospedalizzazione.

Nei casi in cui il rischio sia elevato e le condizioni sia psicopatologiche che ambientali suggeriscano l'opportunità di un ricovero ospedaliero, ma il soggetto vi si opponga, è necessario il ricorrere al TSO.

Tab. II

Terapia farmacologica
Psicoterapia (intervento di crisi)
Ospedalizzazione volontaria
Ospedalizzazione con TSO

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEI SOGGETTI A RISCHIO SUICIDARIO

Non è a rigore possibile individuare un trattamento farmacologico specifico per le crisi suicidarie, dal momento che l'ideazione ed il comportamento suicidario vanno considerati come manifestazioni di una più articolata e complessa sofferenza psicopatologica. Da quanto esposto più sopra, vi sono alcune patologie psichiatriche più frequentemente associate ad un rischio suicidario ed è quindi necessario riferirsi al trattamento della patologia di base più che all'ideazione suicidaria in sé.

Antidepressivi

L'indicazione privilegia nei soggetti suicidari molecole a prevalente bersaglio serotoninergico e diverse evidenze si sono ormai accumulate a favore di diversi antidepressivi SSRI (citalopram, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina) nel ridurre l'intensità dell'ideazione suicidaria.

All'indubbia efficacia terapeutica, inoltre, gli SSRI associano una minor tossicità in overdose rispetto ai triciclici e si propongono quindi come farmaci di prima scelta nel trattamento del paziente suicidario con sintomi depressivi, spesso in associazione con stabilizzatori.

Neurolettici

L'utilizzo dei neurolettici, specie gli antipsicotici atipici, generalmente associati ad un trattamento antidepressivo, trova indicazione non soltanto nei soggetti suicidari con diagnosi di psicosi, ma anche nei soggetti con disturbo di personalità. L'utilizzo di neurolettici a bassi dosaggi sarebbe comunque indicato per molti pazienti con ideazione suicidaria, soprattutto nella fase acuta della crisi suicidaria, nelle fasi iniziali e ancora non pienamente efficaci del trattamento antidepressivo, e nei pazienti in regime di ricovero.

Benzodiazepine

L'utilizzo delle benzodiazepine può trovare utili indicazioni nelle fasi acute della crisi suicidaria, soprattutto se associata ad un'importante componente ansiosa. Il loro utilizzo a lungo termine, comunque, è sconsigliato anche nella gestione del paziente suicidario.

Stabilizzatori del tono dell'umore

Esistono ormai diverse evidenze dell'utilità del Litio nel ridurre l'intensità dell'ideazione suicidaria e il ricorso a comportamenti autolesivi. Tale ruolo sarebbe importante di per sé e non solo per il possibile potenziamento di una terapia antidepressiva.

Analoghi risultati sembrano potersi ottenere con l'utilizzo della Carbamazepina, dell'acido Valproico e della Gabapentina.

In generale, comunque, nel trattamento farmacologico del paziente suicidario è necessario fornire al paziente informazioni comprensibili e chiare sulle modalità e sui tempi d'azione dei farmaci somministrati e sui loro effetti collaterali, assicurarsi un'adeguata compliance terapeutica, magari con l'aiuto dei familiari, prescrivere la dose necessaria per brevi periodi, onde evitare il rischio di overdose volontaria, inserire il trattamento farmacologico in un'attenzione più ampia e supportiva al paziente.

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO DEL PAZIENTE SUICIDARIO

La psicoterapia può risultare estremamente utile, se non necessaria, per molti pazienti suicidari anche se spesso il paziente appare poco motivato al trattamento.

In linea generale è, comunque, ampiamente condivisa la necessità di utilizzare tecniche di trattamento di breve durata e con un ruolo direttivo del terapeuta, per lo meno nella fase acuta della crisi suicidaria.

Sulla scorta di tali considerazioni sono stati proposti molti interventi rivolti al trattamento specifico della crisi, concentrati in un numero di sedute limitato (da 5 a 10) e focalizzati specificamente sulle circostanze che hanno portato al gesto autolesivo

La psicoterapia è spesso associata al trattamento farmacologico.

E' auspicabile, inoltre, l'attuazione della cosiddetta Terapia Assertiva o terapia di rete ,cioè la cooperazione delle varie "agenzie" o risorse del territorio che comunicando tra loro, ognuno con le rispettive competenze, possano effettuare la presa in carico integrata del paziente in un momento così critico della propria esistenza.

CONCLUSIONI

Il suicidio è sempre enigmatico e misterioso, a volte non evitabile, ma molto più spesso è preceduto da una richiesta di aiuto, da un messaggio di sofferenza che chiede di essere accolto.

Il medico deve essere in grado di accogliere questa sofferenza sia dando spazio ad una disponibilità nei rapporti con i propri pazienti all'empatia e alla sintonia affettiva, sia avendo una cultura ed una preparazione che permetta di riconoscere le persone a rischio e di avviarle al trattamento.

BIBLIOGRAFIA

Pavan L. (a cura di)

Pauro della morte e suicidio, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995

Pavan L.

Suicidio, le parole non dette, Positive Press, Verona, 2000

Pavan L. (a cura di)

Psicoterapia della crisi emozionale, F. Angeli ed. Milano, 2003