

Gennaio 2009

Nursing Best Practice Guideline
Shaping the Future of Nursing

*Valutazione e Assistenza di Adulti a
Rischio di Ideazione e Comportamento
Suicidario*





RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM



*Saluti da Doris Grinspun
Greetings Direttore esecutivo*

*Registered Nurses' Association of
Ontario*

È con grande entusiasmo che la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) presenta queste linee guida per la comunità sanitaria: la *Valutazione e assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario*. La pratica basata sull'evidenza supporta l'eccellenza nel servizio che gli infermieri sono impegnati a fornire giorno per giorno nella pratica clinica.

La RNAO è lieta di offrire questa risorsa chiave per voi. La RNAO offre i suoi più sentiti ringraziamenti a tutte le persone e le istituzioni che stanno rendendo possibile la realizzazione delle Linee Guida per la Migliore Pratica Infermieristica (BPGs): il Governo dell'Ontario, per aver riconosciuto la nostra capacità di conduzione del programma e per aver fornito un finanziamento pluriennale; Irmajejan Bajnok, Direttore dei Programmi per gli Affari Internazionali e le Linee Guida di Buona Pratica dell'RNAO (IABPG), per la sua esperienza e la leadership nel promuovere la produzione delle Linee Guida; ogni Team Leader coinvolto, e, per queste Linee Guida, in particolare - Elaine Sta. Mina - per la sua superba gestione, impegno e, soprattutto, competenza acquisita. Grazie anche a Samatha Mayo, Coordinatore del Programma IABPG RNAO, per il suo intenso lavoro che ha reso possibile la realizzazione di queste Linee Guida.

Un ringraziamento speciale a tutti i membri del Gruppo di Lavoro per le Linee Guida – rispettiamo e riconosciamo la loro esperienza e il loro impegno. Non avremmo potuto farcela senza di voi!

La comunità infermieristica, con il suo impegno e la passione per l'eccellenza nelle cure infermieristiche, ha fornito un patrimonio di conoscenza ed innumerevoli ore di pratica essenziali per lo sviluppo, l'attuazione, la valutazione e la revisione di ciascuna Linea Guida. I responsabili delle strutture hanno risposto con entusiasmo attraverso l'individuazione di esempi di buona pratica, sintetizzando e valutando gli orientamenti e lavorando per una cultura della pratica basata sulle evidenze cliniche.

L'apprendimento positivo di queste linee guida richiede uno sforzo concertato da parte dei medici e degli infermieri con la collaborazione di colleghi di altre discipline, di infermieri docenti in ambienti universitari e clinici e dei responsabili delle strutture. Dopo che queste linee guida si saranno radicate nelle loro menti e nei loro cuori, gli infermieri competenti e abili e gli studenti in scienze infermieristiche avranno bisogno di ambienti di lavoro sani e di supporto per contribuire ad applicare queste linee guida alla pratica clinica. Vi chiediamo di condividere questo orientamento con i membri del team interdisciplinare in quanto vi è molto da imparare l'uno dall'altro. Insieme, possiamo garantire che il pubblico riceva la migliore assistenza possibile ogni volta che entrerà in contatto con noi. Facciamo in modo che loro siano i veri vincitori di questo importante sforzo!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD(c), O. ONT.
Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

Esonero dalla responsabilità

Queste Linee Guida non sono vincolanti per gli infermieri o le organizzazioni che ne fanno uso. L'utilizzo di queste Linee Guida dovrebbe essere flessibile sulla base di esigenze e situazioni locali. Esse non costituiscono una responsabilità né un dovere. Anche se ogni sforzo è stato fatto per assicurare l'accuratezza dei contenuti al momento della pubblicazione, né gli autori né la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) danno alcuna garanzia circa l'accuratezza delle informazioni in essi contenute né assumono alcuna responsabilità rispetto a perdita, danno, lesione o spesa derivanti da qualsiasi errore o omissione nei contenuti di questo lavoro.

Copyright

Con l'eccezione di alcune parti di questo documento per il quale appare uno specifico divieto o la limitazione nella copia, questo documento può essere riprodotto e pubblicato nella sua interezza, senza modifiche, in qualsiasi forma, anche in forma elettronica, per scopi educativi e non commerciali. Qualora un adattamento del materiale sia richiesto per qualsiasi motivo, deve essere ottenuto il permesso scritto della RNAO. Su tutti i materiali riprodotti deve apparire l' autorizzazione o il riferimento appropriato, come segue:

Registered Nurses' Association of Ontario. (2008) Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario, Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Program
158 Pearl Street
Toronto, Ontario M5H 1L3
Website: www.rnao.org/bestpractices



Membri del Gruppo di Lavoro

Elaine Santa Mina (Sta. Mina), RN, BA, BAAN, MSc, PhD, CPMHN(C)

Team Leader

Associate Professor

Daphne Cockwell School of Nursing

Ryerson University

Toronto, Ontario

Shuan S. Boo, MA

Program Director

Crisis Response Service

Canadian Mental Health Association

Thunder Bay Branch

Thunder Bay, Ontario

Amy Brown, RN

Staff Nurse

Psychiatric Emergency Service

St. Michael's Hospital

Toronto, Ontario

Lisa Clements, RN

Community Mental Health Nurse

Assertive Community Treatment Team II

Northeast Mental Health Centre

North Bay, Ontario

Karin Doan, RN, MScN, CPMHN(C)

Advanced Practice Nurse

General Psychiatry Program/CATS

Centre for Addiction and Mental Health

Toronto, Ontario

Beth Hamer, RN, BA, BSN, MS, CPMHN(C)

Nurse Educator/Practice Leader

Mental Health Centre Penetanguishene

Penetanguishene, Ontario

Kristine Lorbergs, RN, BA, MN, CPMHN(C)

Clinical Nurse Specialist

Mental Health System

Trillium Health Centre

Mississauga, Ontario

Josephine Muxlow, RN, MScN

Clinical Nurse Specialist

Adult Mental Health

Adjunct Professor

Dalhousie University School of Nursing

Halifax, Nova Scotia

Jim Natis, BA, BSW, MSW, RSW

Concurrent Disorders Clinician

University Health Network, Toronto Western

Hospital Division

Addictions Program, Department of Psychiatry

Toronto, Ontario

Elizabeth (Billie) Pryer, RN, MN, CPMH(C)

Advanced Practice Nurse

Champlain District Regional First Episode

Psychosis Program

The Ottawa Hospital

Ottawa, Ontario

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

Victoria Smye, RN, BA, MHSc, PhD

*Assistant Professor
School of Nursing
University of British Columbia
Vancouver, British Columbia*

Kim M. Watson, RN, DPHN, MScN

*Board of Directors
Ontario Suicide Prevention Network
Staff Nurse
Emergency Department
Hotel-Dieu Grace Hospital
Windsor, Ontario*

Samantha Mayo, RN, MN

*Program Coordinator
Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario*

Erica Kumar, BSc, GC, DipHlthProm

*Program Assistant
Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario*

*La RNAO intende inoltre ringraziare **Salima Ladak, RN, MN-ACPN**, Assistente di ricerca, per il suo contributo nella valutazione critica della letteratura e la preparazione della tabella con le prove di efficacia..*

Tutti i membri del gruppo di sviluppo delle Linee Guida hanno rilasciato dichiarazione di non conflitto di interesse e di riservatezza



Membri dell'Advisory Panel

I membri dell'Advisory Panel, rappresentanti i diversi punti di vista, sono stati sollecitati a fornire i loro feedback, e la Registered Nurses' Association of Ontario desidera ringraziarli per il loro contributo allo sviluppo di queste Linee Guida di Buona Pratica Infermieristica:

Dr. Edward Connors, PhD

*Psychologist
Onkwatenro'shon: a Health Planners
Orillia, Ontario*

Helen Fatum, RN, BScN, MScN(c), ET

*Enterostomal Therapist, Patient Educator
North Bay General Hospital
North Bay, Ontario*

Dr. Ruth Gallop, RN, PhD

*Professor Emeritus
Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario*

Adrian Hill

*Consumer
Suicide prevention and bereavement community
Toronto, Ontario*

Dr. Paul Links, MD, MSc, FRCPC

*Arthur Sommer Rotenberg Chair
of Suicide Studies
University of Toronto
Toronto, Ontario*

B. L. Murray, RN, BSN, MN, PhD(c)

*Associate Professor, College of Nursing
University of Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan*

Negin Pearl Shalchi, RPN

*Staff Nurse
North York General Hospital
North York, Ontario*

Gruppo di Revisione degli Stakeholder Esterni

Un gruppo di esperti è stato convocato per rivedere la stesura finale delle Linee Guida prima della loro pubblicazione. La Registered Nurses' Association of Ontario desidera ringraziare i seguenti partecipanti per il loro contributo nella revisione di queste Linee Guida di Buona Pratica:

Elizabeth McCay, RN, PhD

*Associate Professor and Associate Director
Daphne Cockwell School of Nursing
Ryerson University
Toronto, Ontario*

Janie Houle, PhD

*Postdoctoral fellow
Centre de recherche du Centre hospitalier
de l'Université de Montréal*

Michelle Y. E. Lee, RN, MScN, PhD (student)

*Registered Nurse
University of Toronto
Toronto, Ontario*

Don Rose, RN, BScN, MN, PhD

*Associate Professor
Daphne Cockwell School of Nursing
Ryerson University
Toronto, Ontario*

Ringraziamenti alle parti interessate

Ai partecipanti che rappresentano diverse scuole di pensiero è stato richiesto un feedback e la Registered Nurses' Association of Ontario desidera ringraziare i seguenti professionisti per il loro contributo nella revisione di queste Linee Guida di Buona Pratica Infermieristica:

Shelly Archibald, RN, BSN

Public Health Nurse

First Nations and Inuit

Health Branch, Health Canada

Sioux Lookout, Ontario

Lisa Crawley Beames, RN, BSN, CPMHN(C)

Clinical Leader Manager

Department of Family and Community

Medicine, Withdrawal Management Services

St. Michael's Hospital

Toronto, Ontario

**Yvonne Bergmans, BA(Hons), BEd.,
BSW, MSW, RSW**

Suicide Intervention Consultant

Suicide Studies Unit, Arthur Sommer Rotenberg

Chair in Suicide Studies

Toronto, Ontario

Jacqueline Candlish, RN, BScN

Public Health Nurse, Public Health Services

Hamilton, Ontario

Brock Cooper, RN, BScN, CPMHN(C) Candidate

Staff Nurse

Centre for Addiction and Mental Health

Toronto, Ontario

Yvonne Craig, BSc, BN, RN, CPMHN(C)

Nurse Clinician

Royal Ottawa Mental Health Centre

Ottawa, Ontario

Patrick Cuaresma, RPN

Research Assistant

Ryerson University

Toronto, Ontario

**Hiltrud Dawson, RN, BTEch (specialty nursing),
IBCLC**

Health Promotion Consultant

Best Start Resource Centre

Toronto, Ontario

Francine DeMarchi, RDH, BA

Dental Hygienist

Niagara College

Welland, Ontario

Cheryl Evans, RN, MScN

Nursing Professional Practice Consultant

St. Joseph's Healthcare Hamilton

Hamilton, Ontario

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

Christine Garinger, RN

*Crisis Counsellor/Case Manager
London Mental Health Crisis Service
London, Ontario*

Lisebeth Gatkowski, RN, BScN, CMPHN(C)

*Nurse Educator, St. Joseph's Hospital
Centre for Mountain Health Services
Hamilton, Ontario*

Joan Graham, RN

*Charge Nurse
Community Crisis Care
Niagara Health System
St. Catharines, Ontario*

Johanne Hayes, RN, BScN, MN (student)

*Nurse Educator
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario*

Joanne Jones, RN, BScN, CPMHN(C)

*Clinical Education Leader
Whitby Mental Health Centre
Whitby, Ontario*

Victoria Kehoe

*Executive Director
Distress Centre Durham
Oshawa, Ontario*

Tamara Leniew, BA

*Family and Community Coordinator,
Schizophrenia Society of Ontario –
Hamilton/Niagara and Master Trainer (A.S.I.S.T.)
Hamilton, Ontario*

Marie A. Lochhead, A.Sc., RDH

*Dental Hygienist
St. Catharines, Ontario*

Kristy Lojewski, RPN

Certified Reflexologist
*Staff Nurse
Regional Mental Health Care – London
London, Ontario*

**Elizabeth Mathewson, RN, BScN, MPH,
COHN, CRSP**

*Nursing Professor
Sir Sandford Fleming College
Peterborough, Ontario*



Margaret McArthur, BA (Hons), RN, MHScN
*Nurse Clinician/Educator
Mental Health and Addictions Program
Sudbury Regional Hospital
Sudbury, Ontario*

Lisa Murata, RN, BScN, MEd, CSFT
*Clinical Nurse Educator
Royal Ottawa Mental Health Centre
Ottawa, Ontario*

Heather Ochalski, BSocSc(c)
*Community Liaison Officer
Ajungginig Centre
National Aboriginal Health Organization
Ottawa, Ontario*

Lisa Ostrom, RN, BScN
*Staff Nurse
Crisis Intervention Team
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario*

Darren Pace, RN, BScN, CPMHN(C)
*Coordinator of Clinical Practice/Standards
District Mental Health Program, Northeast
Mental Health Center, North Bay Campus
North Bay, Ontario*

Bruce Pope, RN *Mental Health Nurse
Mnaamodzawin Health Services Inc.
Little Current, Ontario*

**Avraham Santopinto, RN, BA (Hons),
BScN, MScN**
*Clinical Nurse Specialist & Implementation
Leader, Establishing Therapeutic Relationship
Project (ETR) – St. Joseph's Health Care
and Assistant Professor (casual),
University of Western Ontario
London, Ontario*

Susanne Sferrazza-Swayze, RPN
*Staff Nurse, St. Josephs' Hospital
Centre for Mountain Health Services
Hamilton, Ontario*

**Kari Van Camp, RN, MScN, CPMHN(C),
CARN-AP, PNP(c)**
*Clinical Nurse Specialist/Advanced
Practice Nurse
Trillium Health Centre
Mississauga, Ontario*



Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

Larisa Volman, RN, BScN, MSc
*Nurse Educator/ Assistant Clinical Professor
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario*

Michelle Welch, RN, BScN, BA.Psyc
*Supervisor
Region of Peel Public Health Department
Brampton, Ontario*

Don Wildfong, RN, BNSc, MSc (student)
*Staff Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario*

Cheryl Zufelt, RN, CPMHN(C)
*Resource Clinician
Northeast Mental Health Centre
North Bay, Ontario*





Come utilizzare questo documento

Questa linea guida di buona pratica infermieristica è un documento completo, che fornisce le risorse necessarie a supportare una pratica infermieristica basata sull'evidenza. Il documento dovrebbe essere rivisto e successivamente applicato sia a specifiche esigenze dell'organizzazione o contesti di pratica clinica sia per venire incontro ai bisogni e desideri dell'utente. Questa linea guida non dovrebbe essere utilizzata come un libro di cucina, ma come uno strumento che assista nell'assumere decisioni per un'assistenza individualizzata all'utente e che assicuri la presenza delle strutture e dei supporti adeguati per fornire la miglior assistenza possibile.

Gli infermieri, altri professionisti sanitari e amministratori che guidano e agevolano i cambiamenti nella pratica troveranno questo documento prezioso per lo sviluppo di politiche, procedure, protocolli, programmi educativi, strumenti di accertamento e documentazione, ecc. Gli infermieri che forniscono assistenza diretta all'utente trarranno un beneficio dalla revisione delle raccomandazioni, dall'evidenza a supporto delle raccomandazioni e dal processo utilizzato per lo sviluppo delle linee guida. Per lo scopo di questo documento le raccomandazioni appaiono separatamente, ma devono essere intese come un insieme.

Per illustrare i concetti descritti nel documento sono stati sviluppate alcuni scenari. Nel leggere queste storie, gli infermieri sono incoraggiati a riflettere sulla loro pratica infermieristica; la "Risposta dell'infermiere" che viene presentata deve essere considerata solo una dei possibili approcci infermieristici agli scenari presentati.

È fortemente raccomandato che i contesti/ambienti di pratica clinica adattino questa linea guida in formati agevoli per l'utilizzo quotidiano. Questa linea guida comprende i formati suggeriti per tale adattamento alla realtà locale.

Le organizzazioni che desiderano utilizzare la linea guida possono decider di farlo in modalità differenti:

- Valutare l'attuale pratica infermieristica e assistenziale utilizzando le raccomandazioni contenute nella linea guida.
- Identificare le raccomandazioni che possano soddisfare i bisogni identificati o le lacune nel servizio.
- Predisporre in maniera sistematica un piano per implementare le raccomandazioni utilizzando gli strumenti e le risorse ad esse associate

The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) is interested in hearing how you have implemented this guideline. Please contact us to share your story. Implementation resources will be made available through the RNAO website to assist individuals and organizations to implement best practice guidelines.



Traduzione italiana a cura di:

- Loris Bonetti, RN, MsN, PhD, Nurse leader BPSO Host, Ordine Professioni Infermieristiche Milano Lodi Monza e Brianza
- Daiana Campani, RN, MsN, Free lance nurse, Consultant Ordine Professioni Infermieristiche Milano Lodi Monza e Brianza
- Chiara Pozzi, RN, MsN, Nurse leader BPSO Direct “Università Vita e Salute San Raffaele”, Bachelor School of Nursing, Università Vita e Salute San Raffaele, Milan, Italy.
- Stefano Rolandi, RN, MsN, Nurse leader BPSO Direct Ospedale San Raffaele, Milan, Italy.
- Anne Santagata, RN, MsN, Nurse leader BPSO Direct Ospedale San Raffaele, Milan, Italy.
- Daniel Di Virgilio, RN, MsN, PhD, Nurse leader BPSO Direct Ospedale San Raffaele, Milan, Italy.

Indice

Sommario delle raccomandazioni.....	14
Interpretazione delle evidenze.....	17
Responsabilità per lo sviluppo della linea guida.....	17
Obiettivi e scopi.....	18
Processo di sviluppo.....	19
Background.....	21
Principi guida/Fondamenti nell'accertamento e assistenza agli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario..	22
Accertamento e assistenza agli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario: panoramica del processo.....	23
Raccomandazioni per la pratica.....	24
Raccomandazioni per la formazione.....	65
Raccomandazioni per l'organizzazione e la politica.....	67
Lacune nella Ricerca ed Implicazioni Future.....	73
Valutazione e monitoraggio della linea guida.....	74
Strategie d'implementazione.....	76
Processo di aggiornamento/revisione della linea guida.....	78
Riferimenti.....	79
Bibliografia.....	85
Appendice A – Strategie di ricerca dell'evidenza esistente.....	88
Appendice B – Glossario dei termini.....	92
Appendice C – Numero di suicidi e tasso di suicidi per gruppi di sesso ed età in Canada.....	99
Appendice D – Transfert e contro-transfert.....	100
Appendice E – Sicurezza culturale.....	101
Appendice F – Sicurezza culturale – Uno scenario clinico.....	102
Appendice G –Considerazioni ambientali per promuovere la sicurezza.....	103
Appendice H – Fattori di rischio e protettivi per il suicidio.....	106



Appendice I – Componenti per una valutazione dello stato mentale.....	108
Appendice J – Domande per l'intervista di valutazione dell'ideazione e pianificazione suicidaria.....	111
Appendice K – Esempi di strumenti di valutazione del rischio di suicidio.....	114
Appendice L – Esempi di livelli di osservazione.....	117
Appendice M – Interventi post-evento.....	118
Appendice N – Strategie di debriefing del personale.....	119
Appendice O – Risorse educative.....	120
Appendice P – Struttura di un processo decisionale etico.....	122
Appendice Q – Descrizione del Toolkit.....	127
Appendice R – Letture aggiuntive suggerite da revisori esterni.....	128

Sommario delle raccomandazioni

RACCOMANDAZIONI	LIVELLO DI EVIDENZA
<i>Raccomandazioni per la pratica</i>	
1. L'infermiere prenderà seriamente in considerazione tutte le affermazioni fatte dall'utente che indicano, direttamente o indirettamente, un desiderio di morire suicidandosi, e/o tutte le informazioni disponibili che indichino un rischio di suicidio.	III
2. L'infermiere si adopera per stabilire una relazione terapeutica con gli utenti a rischio di ideazione e comportamento suicidario.	IV
3. L'infermiere lavora con l'utente per minimizzare i sentimenti di vergogna, colpa e stigma che possano essere associati a suicidalità, malattia mentale e dipendenze.	III
4. L'infermiere fornisce assistenza attenendosi ai principi di sicurezza culturale/competenza culturale.	III
5. L'infermiere valuta e gestisce i fattori che possano influenzare la sicurezza fisica sia dell'utente che del team multidisciplinare.	IV
6. a) L'infermiere riconosce gli indicatori chiave che pongono un individuo a rischio di comportamento suicidario, anche in assenza di manifesta tendenza suicidaria. Per gli individui che presentano fattori di rischio, l'infermiere effettua e documenta l'accertamento dell'ideazione e pianificazione suicidaria. b) L'infermiere valuta i fattori protettivi associati alla prevenzione suicidaria. c) L'infermiere raccoglie informazioni collaterali da tutte le fonti disponibili: famiglia, amici, supporto comunitario, cartelle cliniche e professionisti della salute mentale.	IV IV IV
7. L'infermiere attiva le risorse basandosi sul livello di rischio di suicidio dell'utente e sulle necessità ad esso associate.	IV
8. L'infermiere garantisce che l'osservazione e l'impegno terapeutico rifletta i cambiamenti nel rischio di suicidio dell'utente.	IV
9. L'infermiere lavora in collaborazione con l'utente per comprendere la sua prospettiva e soddisfare le sue necessità.	IV
10. L'infermiere utilizza un approccio di problem-solving reciproco (utente ↔ infermiere) per agevolare nel paziente la comprensione di come sono percepiti i suoi problemi e si generino soluzioni.	IV
11. L'infermiere incoraggia la speranza nell'utente con tendenza suicida.	IV
12. L'infermiere è consapevole degli attuali trattamenti indicati per fornire sostegno advocacy), rinviare allo specialista, monitorare ed effettuare interventi di educazione alla salute in modo appropriato.	IV
13. a) L'infermiere identifica le persone interessate da suicidio che possano beneficiare di risorse e supporto, e le segnala se richiesto. b) L'infermiere può avviare e partecipare a sessioni di debriefing con altri componenti del team assistenziale in base a protocolli organizzativi.	IV IV
14. L'infermiere richiede supporto attraverso la supervisione clinica per essere consapevole dell'impatto emotivo su se stesso e migliorare la propria pratica clinica, quando lavora con l'utente adulto a rischio di ideazione e comportamento suicidario.	IV

RACCOMANDAZIONI	LIVELLO DI
<i>Raccomandazioni per la formazione</i>	
15. Gli infermieri che lavorano con individui a rischio di suicidio devono aver acquisito conoscenze e abilità appropriate attraverso la formazione infermieristica di base, la formazione continua e l'orientamento in nuovi contesti lavorativi.	IV
16. Per promuovere le competenze core nella pratica relativa alla salute mentale, i curricula infermieristici dovrebbero sistematicamente includere contenuti sulle tematiche di salute mentale, compresi la prevenzione e la riduzione del rischio di suicidio.	IV
<i>Raccomandazioni per l'organizzazione e le politiche</i>	
17. Le organizzazioni sanitarie che ricoverano utenti suicidari devono fornire un ambiente sicuro che minimizzi l'accesso a mezzi per comportamenti autolesivi.	IV
18. Nelle organizzazioni sanitarie che ricoverano utenti suicidari, l'organico dovrebbe essere appropriato in merito al rapporto infermiere/paziente e alle qualifiche del personale (infermieri, personale di supporto OSS), per rispondere in modo sicuro alle esigenze imprevedibili degli utenti suicidari in fase acuta.	IV
19. Le organizzazioni assicurano che gli incidenti critici che esitano in suicidio siano analizzate sistematicamente per identificare le opportunità di apprendimento a tutti i livelli di erogazione del servizio.	IV
20. Le organizzazioni sviluppano politiche e strutture utili al confronto tra pari in seguito ad un incidente critico, come una morte a seguito di suicidio. Le politiche dovrebbero essere sviluppate per sostenere il personale e minimizzare traumi indiretti (Trauma Vicario) (intesa come un cambiamento in negativo degli schemi cognitivi e dei sistemi di credenze in colui che svolge una professione d'aiuto, che deriva dal coinvolgimento empatico con le esperienze traumatiche dei pazienti. In tal senso è opportuno ritenere che la traumatizzazione vicaria non derivi necessariamente dall'evento in sé ma dalla relazione di aiuto con un individuo che sta soffrendo a causa di quell'evento (McCann et al., 1990).	IV
21. Le organizzazioni assegnano le risorse per assicurare che tutti gli infermieri abbiano opportunità di supervisione clinica e supporto in maniera continuativa.	IV
22. Le organizzazioni attuano politiche inerenti la documentazione sistematica dell'accertamento del rischio di suicidio.	IV
23. Le organizzazioni promuovono i servizi disponibili internamente o sul territorio che possano sostenere l'assistenza degli adulti a rischio di ideazione e comportamenti suicidari.	IV
24. Le organizzazioni sostengono le opportunità di sviluppo professionale per l'infermieristica in salute mentale.	IV
25. Le organizzazioni sostengono iniziative di ricerca legate al suicidio e ad altre problematiche di salute mentale.	IV

<p>26. Le organizzazioni promuovono un piano per l'implementazione delle raccomandazioni che comprenda:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Una valutazione della disponibilità e delle barriere dell'organizzazione all'educazione.▪ Il coinvolgimento di tutte le componenti (sia con funzione di supporto diretto o indiretto) che contribuiranno al processo di implementazione.▪ Opportunità continue di discussione ed educazione per rafforzare l'importanza delle best practice.▪ L'impegno di un individuo qualificato per garantire le agevolazioni necessarie all'educazione e al processo di implementazione.▪ Opportunità di riflessione sull'esperienza personale o dell'organizzazione nell'implementazione delle linee guida.▪ Strategie per la sostenibilità.▪ Attribuzione di risorse sufficienti per l'implementazione e la sostenibilità, compresi il supporto organizzativo e amministrativo	IV
<p>* Fare riferimento alla pagina 16 per dettagli relative all'interpretazione dell'evidenza.</p>	

Interpretazione delle evidenze

Ia Evidenza ottenuta da meta-analisi o revisioni sistematiche di trials randomizzati e controllati.

Ib Evidenza ottenuta da almeno un trial randomizzato e controllato.

IIa Evidenza ottenuta da almeno uno studio ben-disegnato controllato senza randomizzazione.

IIb Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale ben strutturato, senza randomizzazione.

III Evidenza ottenuta da studi descrittivi non sperimentali ben strutturati, come gli studi comparativi, correlazionali e caso-studio.

IV Evidenza ottenuta da relazioni o da opinioni di una commissione di esperti e/o da esperienze cliniche di personalità autorevoli.

Le evidenze a supporto dell'assistenza infermieristica per gli utenti a rischio di ideazione e comportamento suicidario sono organizzate più in riferimento al tipo che al livello di evidenza. Lo studio randomizzato controllato è tradizionalmente considerato il gold standard dell'evidenza usata per guidare la pratica. Così, gli studi randomizzati controllati sono diventati il punto di riferimento per stabilire una gerarchia di livelli di evidenza, rispetto alla quale ogni altra via di conoscenza è di minor valore. Tuttavia, altre strade per giungere alla conoscenza e alla comprensione dei fenomeni sono comunemente riconosciute e apprezzate. Le indagini qualitative, i punti di vista originali di una determinata cultura, l'esperienza clinica, le pratiche più promettenti e le conoscenze del paziente contribuiscono tutti insieme all'evidenza di cosa significhi fornire assistenza sicura alle persone a rischio di ideazione e comportamenti suicidari. In questo modo i diversi tipi di evidenza forniscono una guida per la pratica.

Responsabilità dello sviluppo della linea guida

La RNAO, con il finanziamento del Governo dell'Ontario, ha intrapreso un programma pluriennale di sviluppo, implementazione pilota, valutazione, diffusione e sostegno all'adozione di linee guida per una miglior pratica infermieristica. Una delle aree di enfasi è sugli interventi infermieristici legati alla valutazione e gestione degli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario. Questa guida è stata sviluppata da un panel di infermieri e altri professionisti della salute convocato dal RNAO. Questo lavoro è stato condotto in modo indipendente da ogni condizionamento o influenza da parte del Governo dell'Ontario.

Obiettivi e scopi

Le Linee guida per la buona pratica sono asserzioni sviluppate sistematicamente per assistere le decisioni dei professionisti e degli utenti circa un'assistenza sanitaria adeguata (Field & Lohr, 1990). Questa Linea Guida di Buona Pratica si propone di aiutare gli infermieri che lavorano in diversi contesti clinici a fornire assistenza basata sulle evidenze agli adulti a rischio di ideazione e comportamenti suicidari. Nell'ambito di questa linea guida, la categoria degli adulti a rischio può includere qualsiasi adulto che può presentare fattori di rischio, con o senza espresso intento suicida. Gli infermieri possono interagire con questi utenti nella comunità, nelle strutture di assistenza a lungo termine o in un ospedale. Un'ulteriore discussione dei fattori di rischio è presentata nella Raccomandazione 6.

Sebbene alcuni approcci presentati in questa linea guida possano essere applicati al paziente in età pediatrica, è riconosciuto che i bambini e gli adolescenti hanno esigenze di valutazione relative al trattamento a seconda degli stadi di sviluppo che vanno oltre gli scopi di questa linea guida.

L'autolesionismo (a volte indicato come comportamenti autodistruttivi), senza l'intenzione di morire, è un fenomeno ampio, che può coincidere con il comportamento suicidario, o essere differenziato da esso (Klonsky, 2007; Linehan, 1986, Santa Mina et al, 2006; Stanley et al, 2001). Spesso è associato a traumi infantili (Connors, 1996; Mina Santa & Galoppo, 1998). Sebbene mantenere la sicurezza del paziente sia sempre una priorità, le valutazioni e gli interventi per i pazienti che presentano autolesionismo possono essere diversi da quelli raccomandati per l'ideazione e il comportamento suicidario. Per tale motivo, la cura dei clienti che si impegnano in ripetitivi comportamenti autolesivi non suicidari esula dallo scopo di questo documento.

Il potenziale impatto sanitario di questa linea guida dovrebbe essere la riduzione e la prevenzione del rischio di ideazione e comportamento suicidario negli adulti, che ricevono, in qualsiasi ambiente, assistenza da infermieri qualificati, in modo da contribuire a una riduzione dei tassi di suicidio. La promozione della tutela dell'individuo e delle famiglie, la valorizzazione delle motivazioni per vivere e l'erogazione di interventi infermieristici coronati da successo saranno tutti in grado di ridurre il rischio di suicidio.

Il focus di questa linea guida è sulla migliore pratica nel contesto della relazione individuale infermiere-paziente, pertanto non farà riferimento a interventi di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione del rischio di ideazione e comportamento suicidario. Anche se gli infermieri svolgono un ruolo importante nel potenziare l'assistenza sul territorio e nel sostenere interventi sui determinanti sociali della salute, specifiche strategie di prevenzione primaria a questo proposito non saranno discusse in questa sede. Inoltre, nonostante l'urgenza di affrontare le esigenze specifiche della popolazione di giovani nativi americani in Canada, lo sviluppo di approcci partecipativi basati sulla comunità è oltre la portata di queste Linee Guida. Ci sono, tuttavia, molte risorse educative e vari modelli di intervento che possono offrire una guida per i lettori interessati alle aree non approfondite in questa trattazione. L'applicabilità dei modelli di intervento può dipendere dalla particolare popolazione clinica, dall'esperienza del personale sanitario, o dal contesto pratico. L'appendice O fornisce alcuni esempi di tali risorse e modelli.

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

La linea guida si concentrerà sugli individui di età superiore ai 17 anni e si occuperà di:

- riconoscimento e valutazione del rischio di ideazione e comportamento suicidario;
- interventi infermieristici per la riduzione del rischio; e
- strategie per promuovere il benessere continuo di paziente e infermiere.

L'obiettivo di questo documento è quello di fornire agli infermieri le raccomandazioni, basate sulle migliori evidenze disponibili, in relazione alla valutazione e alla gestione degli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario.

L'intento è quello di aumentare il comfort degli infermieri, la fiducia e la competenza in questo ambito clinico, al fine di migliorare la sicurezza per i propri pazienti e per ridurre l'impatto del suicidio sulla società. Questo documento ha lo scopo di fornire sostegno agli infermieri nella loro cura del paziente suicida.

Questa linea guida contiene raccomandazioni per gli infermieri circa le migliori pratiche infermieristiche nel campo della valutazione e gestione degli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario. Sono destinate sia agli infermieri esperti che ai non esperti in questo campo di applicazione, che lavorano in una molteplicità di contesti lavorativi, attraverso il continuum assistenziale. Si riconosce che le competenze individuali variano tra gli infermieri e attraverso tutte le categorie di professionisti sanitari, e che sono basate su conoscenze, abilità, attitudini, analisi critica e capacità decisionali che vengono migliorate nel tempo attraverso l'esperienza e la formazione. È auspicabile che i singoli infermieri si applichino solo gli aspetti di valutazione e intervento per i quali hanno ricevuto un'adeguata formazione ed esperienza, e che cercheranno una consulenza appropriata nei casi in cui le necessità assistenziali del paziente superino la loro capacità di agire in modo indipendente.

È riconosciuto che un'assistenza sanitaria efficace dipende da un approccio interdisciplinare coordinato che comprenda una comunicazione continua tra professionisti sanitari e i pazienti e le loro famiglie.

Processo di sviluppo

Nel gennaio del 2007, un gruppo multidisciplinare con esperienza nella pratica, nella formazione e nella ricerca in contesti ospedalieri, territoriali e accademici, è stato convocato sotto il patrocinio della RNAO. Il panel ha discusso lo scopo del lavoro ed è pervenuto al consenso circa gli obiettivi di questa linea guida. Successivamente sono state ricercate nella letteratura linee guida di pratica clinica di tutte le professioni e discipline, revisioni sistematiche, studi di ricerca rilevanti e altri tipi di evidenza sui seguenti quesiti clinici:

1. Quali sono gli strumenti di screening/valutazione (scale di misurazione, ecc.) utilizzate per l'ideazione e il comportamento suicidari?
2. Quali sono gli elementi per la valutazione clinica dell'ideazione e comportamento suicidario?
3. Quali sono gli interventi clinici efficaci per la prevenzione del comportamento suicidario o del suicidio?
4. Quali sono gli standard di pratica clinica per la valutazione e gestione dell'ideazione e comportamento suicidario?

Come parte della revisione di evidenze, il panel ha condotto una valutazione critica delle linee guida esistenti sul suicidio. Sono state identificate in totale nove linee guida di pratica clinica sul tema del suicidio compatibili con

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

i seguenti criteri di inclusione iniziali:

- Pubblicate in inglese;
- Sviluppate nel 2002 o successivamente;
- Rigorosamente sull'argomento della linea guida;
- Basate sulle evidenze;
- Disponibili e accessibili per la valutazione.

I membri del gruppo di sviluppo hanno recensito queste nove linee guida utilizzando lo strumento di ricerca per la valutazione di linee guida AGREE (AGREE Collaboration, 2001). Questo processo ha concluso che cinque di queste linee guida erano rilevanti per lo scopo della linea guida attuale, e che sarebbero state usate per indirizzare lo sviluppo di questa linea guida. Queste erano:

- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: Author.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. [CCSMH] (2006). *National guidelines for seniors' mental health: The assessment of suicide risk and prevention of suicide*. [Online] Available: <http://www.ccsmh.ca/en/natlGuidelines/natlGuidelinesInit.cfm>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004) *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington (NZ): Author.
- U.S. Preventative Services Task Force. (2004). Screening for suicide risk: Recommendation and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 820-821.

Dopo aver esaminato le evidenze nella letteratura e nelle linee guida, il panel ha focalizzato la sua attenzione sulle linee guida all'interno del campo di applicazione pratica degli infermieri. Tutti i membri del panel hanno recensito la letteratura empirica. Anche se la revisione delle linee guida esistenti ha dimostrato prove sostanziali a favore della guida pratica per la valutazione dei fattori di rischio e dei segnali di pericolo per l'ideazione e comportamento suicidario, l'evidenza empirica specifica per la pratica infermieristica era limitata. (Cutlife & Stevenson, 2007). Pertanto la letteratura è stata valutata criticamente da tutti i membri del panel per un'analisi tematica di ulteriori raccomandazioni per guidare la pratica infermieristica nei pazienti che sono a rischio suicidario.

Attraverso il metodo del consenso, il panel ha identificato i principali temi delle raccomandazioni. I principali temi di raccomandazione sono stati divisi tra sottogruppi in funzioni delle specifiche competenze cliniche e accademiche di ogni membro del panel. I sottogruppi hanno messo in relazione le evidenze (che vanno dagli studi randomizzati controllati alla letteratura grigia). Le raccomandazioni delle linee guida sono state poi rinviate al panel nel suo insieme per il consenso e l'approvazione. Il documento è stato ulteriormente sviluppato con vignette, box pratici e promemoria per diventare un documento di immediato utilizzo nella pratica clinica. Questo processo ha portato allo sviluppo di raccomandazioni di pratica, formazione, organizzazione, politica e ricerca. Ulteriori dettagli sulla strategia e i risultati della ricerca sono forniti nell'Appendice A.

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

Riconoscendo l'importanza della collaborazione tra le discipline in questo campo della pratica, è stato costituito un gruppo multidisciplinare per fornire consulenza al progetto. Dopo aver esaminato la bozza di linea guida ogni membro del comitato consultivo ha fornito un parere scritto e ha partecipato a un incontro in teleconferenza per discutere le sue osservazioni. Le revisioni suggerite sono state prese in considerazione dal panel di sviluppo e, quando ciò era appropriato, integrate nella linea guida.

Una bozza successiva è stata inviata a un gruppo di stakeholder esterni per una revisione e un parere. Gli stakeholder rappresentavano vari gruppi di operatori sanitari e associazioni di pazienti, familiari e professionisti. Agli stakeholder esterni sono state fornite domande specifiche per un loro commento, così come l'opportunità di fornire un feedback complessivo e un'impressione generale. Il feedback delle parti interessate è stato integrato e revisionato da parte del panel di sviluppo; la discussione e la ricerca del consenso hanno portato alla revisione della bozza di documento prima della pubblicazione.

I ringraziamenti ai componenti del gruppo consultivo e agli stakeholder per il loro contributo si trovano nella parte iniziale di questo documento.

Background

"Ogni anno in Canada, muoiono per suicidio circa 4.000 persone (Associazione Canadese per la Prevenzione del Suicidio [CASP/ACPS], 2004, p. 8). Il suicidio rimane una delle principali cause di morte per uomini, donne e giovani. Rispetto alla popolazione i tassi di suicidio sono aumentati dall'8,9 per 100.000 nel 1950 al 13,13 nel 1999 - un aumento di quasi il 50% (CASP/ACPS, 2004). Secondo la Mood Disorders Society of Canada (MDSC) (2007), il suicidio rappresenta il 24% di tutti i decessi tra i canadesi tra i 15 e i 24 anni, il 16% di tutte le morti per la fascia di età dai 25 ai 44 anni, e la fascia d'età con il più alto numero di suicidi è la fascia di età dai 25 ai 44 anni. Tuttavia, i tassi di suicidio variano notevolmente tra popolazioni. Un certo numero di gruppi sono stati identificati nella letteratura empirica come a rischio elevato per il comportamento suicidario tra i giovani, gli anziani, i nativi americani, la popolazione gay/lesbica, e i detenuti (White, 2003). Inoltre, il 73% dei ricoveri per tentativi di suicidio sono per persone tra i 15 e i 44 anni (MDSC, 2007). A titolo di esempio, il tasso di suicidi in Canada tra i nativi americani nella fascia d'età tra i 10 e i 44 anni è stato di 27,9 decessi per 100.000 rispetto al 13,2 decessi per 100.000 per i non nativi (First Nations and Inuit Health Branch, 2004). Le statistiche canadesi riguardo suicidi e tassi di suicidio sono presentate in dettaglio nell'Appendice C.

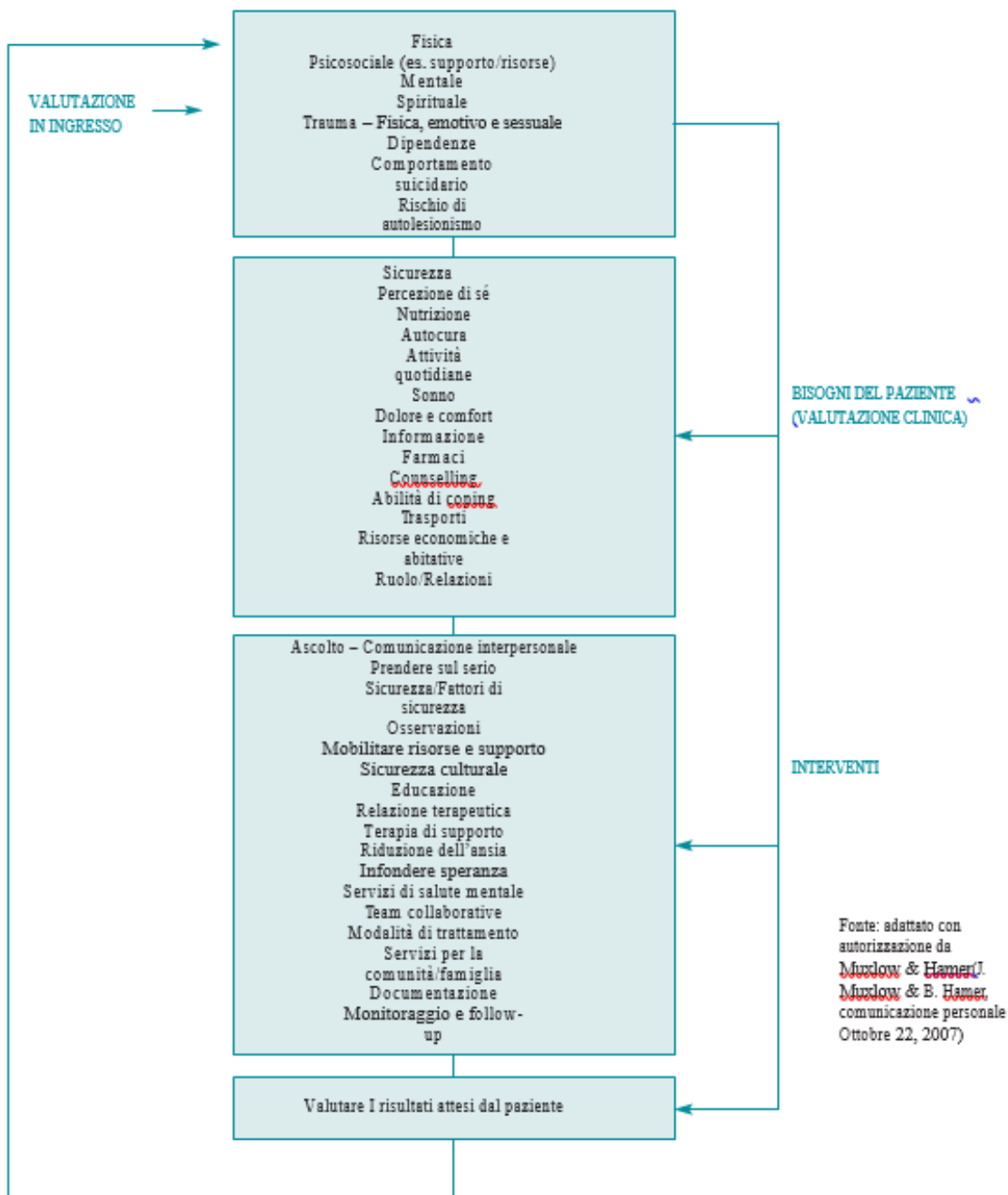
Il suicidio è un fenomeno complesso che è influenzato da fattori fisici (compresi quelli genetici), psicologici, spirituali, sociali, economici, storici, politici, culturali e ambientali. Molte persone in Canada sono state interessate dal suicidio ad un certo punto della loro vita, per membri della famiglia, coetanei, colleghi o amici. In ogni famiglia e comunità le conseguenze di una morte per suicidio sono tanto dolorose e tragiche quanto profonde e di vasta portata.

È chiaro da indagini qualitative e di esperienza clinica che il suicidio può essere prevenuto e il rischio di suicidio ridotto.

Principi guida/Fondamenti nell'accertamento e assistenza agli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario Panoramica del processo

- *"Lo stigma della malattia mentale può essere definito come l'atteggiamento negativo, basato sul pregiudizio e la disinformazione, che viene attivato da un "marker" di malattia - ad esempio il comportamento bizzarro, o la menzione di trattamento psichiatrico in un curriculum vitae "(Sartorius, 2007, p. 810). 'Lo stigma del suicidio' si può definire allo stesso modo, come un atteggiamento negativo basata sul pregiudizio e la disinformazione che viene innescato da un suicidio o da un'ideazione o comportamento suicidario. Il suicidio, l'ideazione e il comportamento suicidario sono a volte, ma non sempre, legati a una malattia mentale. La presenza di stigma è un problema perché porta a discriminazione ed emarginazione continua, con effetti dannosi per i pazienti, le famiglie e la comunità di persone, come ridotta autostima, isolamento, maggiore vulnerabilità e, in presenza di malattia mentale, maggiore probabilità di ricadute.*
- *Il suicidio è una brusca interruzione della vita e il modo più estremo in cui le persone rispondono a una sofferenza opprimente. L'infermiere ha bisogno di capire questo dal punto di vista del paziente ed approcciare queste azioni in modo non giudicante e non colpevolizzante.*
- *Gli infermieri hanno un ruolo significativo nell'intervenire quando gli individui esprimono ideazione e comportamento suicidario.*
- *L'obiettivo dell'intervento è quello di ridurre il rischio di ideazione e comportamento suicidario, e di promuovere la sicurezza del paziente, del personale e degli altri. Gli infermieri non possono impedire tutte le morti per suicidio. Il suicidio è complesso, e la prevenzione non può essere lasciata interamente nelle mani di un piccolo gruppo di persone.*
- *Stabilire una relazione terapeutica è fondamentale per questo lavoro.*
- *L'eccellenza nella pratica relazionale prende in considerazione elementi di differenza e sicurezza culturale.*
- *L'assistenza agli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario ha un impatto psicologico significativo e potenzialmente anche fisico sull'infermiere.*
- *Nella pianificazione del trattamento, l'infermiere prende in considerazione fattori che sostengono la salute mentale e il benessere, tenendo presente i determinanti di salute, inclusi I fattori sociali e culturali. È importante sostenere i punti di forza interni e l'autostima e lo sviluppo delle capacità di coping emotivo e delle abilità della vita necessarie a gestire lo stress.*
- *L'assistenza sicura ed efficace è raggiunta più facilmente quando gli infermieri lavorano in collaborazione con il team interdisciplinare e il paziente, la famiglia e la comunità.*
- *La documentazione è uno standard della pratica infermieristica ed è parte integrante della valutazione e dell'assistenza ai pazienti a rischio di ideazione e comportamento suicidario.*
- *Tutte le raccomandazioni che seguono sono utilizzate insieme ai requisiti sanciti dal College of Nurses of Ontario (ad esempio gli standard per la pratica) e la legislazione rilevante (ad esempio Mental Health Act and Freedom of Information and Protection of Privacy Act, R.S.O., 1990, c. F.31).*

Accertamento e assistenza agli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario: panoramica del processo



Raccomandazioni per la pratica

Raccomandazione 1

L'infermiere prenderà seriamente in considerazione tutte le affermazioni fatte dall'utente che indicano, direttamente o indirettamente, un desiderio di morire suicidandosi, e/o tutte le informazioni disponibili che indichino un rischio di suicidio.

Livello di evidenza III

I pazienti esprimono apertamente le loro intenzioni suicidarie, con affermazioni del tipo “mi ucciderò”, o attraverso affermazioni o comportamenti indiretti. Le affermazioni indirette, come “non ce la faccio più”, sono significative, dal momento che la volontà di una persona di rivelare apertamente i propri pensieri suicidi può essere inibita per molte ragioni (ad esempio convinimenti religiosi o culturali e/o il desiderio di dissimulare per limitare gli interventi esterni – American Psychiatric Association [APA], 2003). A volte l'espressione indiretta è più comportamentale che verbale, come accumulare farmaci, acquistare un'arma da fuoco, fare testamento, preparare il proprio funerale, sistemare i propri affari finanziari, dare via i propri averi, donare il corpo alla scienza, trascurare la cura di sé o delle relazioni, improvvisi cambiamenti nella religiosità, più o meno spiccati rispetto al solito, o un deterioramento della salute (Holkup, 2002). I segnali che le persone esprimono possono essere inoltre di natura somatica, in particolare per gli anziani. Non è raro che le persone che muoiono per suicidio abbiano richiesto una visita medica nelle settimane precedenti la loro morte per problemi fisici, come il dolore (Holkup, 2002). Fare riferimento alla Raccomandazione 6 per una descrizione più dettagliata dei segnali di avvertimento e dei fattori di rischio.

"Prendere sul serio" significa condurre una valutazione del rischio di suicidio, documentarla e discuterla con gli altri membri dell'équipe assistenziale e creare un piano per la sicurezza e la cura basato sul risultato della valutazione. Se c'è qualche incertezza sulle intenzioni suicide e sul rischio, il caso dovrebbe essere discusso il più presto possibile con i consulenti o gli specialisti, e lo stato dell'utente dovrebbe essere considerato una potenziale emergenza fino a una diversa valutazione dei clinici (NZGG, 2003). "Prendere sul serio" significa anche essere sensibili e consapevoli della costellazione di situazioni sociali, come le perdite improvvise o gli stati emotivi come la depressione, che si combinano per aumentare il rischio di suicidio (APA, 2003; Holkup, 2002).

Anche le intenzioni e i comportamenti autolesionistici senza l'esplicito desiderio di morire devono essere prese sul serio, poiché è noto che le persone che muoiono per suicidio hanno spesso manifestato in precedenza comportamenti autolesionistici. Inoltre, le persone coinvolte in comportamenti suicidi e autodistruttivi possono avere intenzioni diverse in differenti occasioni e ogni evento deve quindi essere trattato con rispetto e attenzione (APA, 2003; Royal College of Psychiatrists [RCP], 2004). Le persone che manifestano ripetuti episodi di autolesionismo possono sottovalutare la letalità del loro comportamento. Ogni episodio di autolesionismo deve essere valutato per la sua potenziale letalità e deve essere posta attenzione al fatto che tali episodi non vengano minimizzati né banalizzati.

Il suicidio può avvenire senza preavviso ed essere di natura impulsiva. Anche con i migliori sforzi, il suicidio non

può essere sempre evitato. Tuttavia, gli infermieri hanno la responsabilità legale ed etica di cercare di prevenire un suicidio quando possibile (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-Harm, 2004).

Scheda pratica

“Prendere sul serio”

(RNAO Development Panel, 2008)

1. Tutti i comportamenti verbali e non verbali che possono esprimere un desiderio di morire devono essere presi sul serio.

2. L'utente viene valutato per il rischio di suicidio.*

Ecco alcuni suggerimenti per chiedere all'utente se ha intenzioni suicide:

- “Stai pensando di porre fine alla tua vita?”
- “Vuoi suicidarti?”
- “Hai un piano per porre fine alla tua vita?”
- “Hai pensieri di morte o di suicidio?”

3. La valutazione è documentata e comunicata ai membri appropriate del team assistenziale.

4. Sulla base della valutazione, si iniziano interventi appropriate

*Livello di evidenza
IV*

**Fare riferimento alla Raccomandazione 6 e alle Appendici H-K per informazioni dettagliate riguardanti la valutazione.*

Vignetta

Scenario: nel turno serale, l'infermiera dà al signor Smith, un pensionato di 60 anni, vedovo e malato di cancro, la sua terapia serale. Lui sospira e dice: "Non c'è motivo per tutto questo. Non vale la pena di vivere così. Ora dovrei solo pensare a sistemare i miei affari.

Riflessioni dell'infermiere: l'infermiera è consapevole che molte perdite, uno stato di depressione e una malattia possono mettere una persona a rischio di ideazione e comportamento suicidario. Il paziente ha un insieme di fattori che, combinati tra loro, potrebbero metterlo a rischio di ideazione e/o comportamenti suicidari. Sebbene non esprima apertamente che vuole togliersi la vita, l'infermiera identifica i segnali indiretti verbali e la manifestazione non verbale del sospiro profondo, che potrebbe indicare disperazione. L'infermiera è consapevole che anche il contesto psicosociale del paziente può contribuire ad aumentare il rischio. Risposta dell'Infermiere:

Risposta dell'infermiere: L'infermiera prende opportunamente in seria considerazione le affermazioni ed effettua una valutazione del rischio di suicidio. Documenta la sua valutazione e ne comunica i risultati, sulla base dell'urgenza, agli altri membri dell'équipe

Raccomandazione 2:

L'infermiere si adopera per stabilire una relazione terapeutica con gli utenti a rischio di ideazione e comportamento suicidario.

Livello di evidenza IV

La relazione terapeutica fa riferimento a un processo interpersonale che si verifica tra l'infermiere e l'utente, che è intenzionale e diretto a perseguire i migliori risultati nell'interesse di quest'ultimo (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2006c). Le qualità della relazione terapeutica sono ascolto attivo, fiducia, rispetto, autenticità, empatia e risposta alle preoccupazioni del paziente (RNAO, 2006c).

Per quanto riguarda la cura degli utenti a rischio di ideazione e comportamento suicidario, instaurare una relazione terapeutica è considerato essenziale per la creazione di un contesto entro il quale l'infermiere può impegnarsi attivamente con l'utente per esplorare le sue esigenze e sviluppare strategie per ridurre il rischio di suicidio (APA, 2003; Delaney & Johnson, 2006; NZGG, 2003). Inoltre, gli interventi efficaci per la creazione di un ambiente sicuro comprendono un atteggiamento di rispetto per l'individuo e una conferma della sua autonomia; si tratta di dare sicurezza e aiutare gli utenti a mantenere la loro dignità, assistendoli nella gestione dei loro comportamenti (Bisconer, Verde, Mallon-Czajka, & Johnson, 2006; Delaney & Johnson, 2006; Reynolds, O'Shaunessey, Walker & Pereira, 2005). In questo modo, la relazione terapeutica può anche essere curativa di per sé, in quanto può favorire un senso di speranza, contribuendo alla sensazione della persona di essere ascoltata, rispettata e accolta (Billings, 2001; CCSMH, 2006; NZGG, 2003; O'Brien & Cole, 2003). Entrambe le linee guida APA (2003) e NZGG (2003) suggeriscono che relazioni terapeutiche positive hanno effetti protettivi sul suicidio.

È importante sottolineare che l'infermiere deve essere consapevole che particolari circostanze possono ostacolare lo stabilirsi di una relazione terapeutica. Alcune caratteristiche dell'utente (ad esempio se è molto agitato), possono rendere particolarmente difficile impegnarsi in una relazione terapeutica. Interventi per incrementare la sicurezza, come chiamare i servizi di emergenza o aumentare il livello di osservazione, possono essere percepiti dal paziente come una perdita di fiducia, e quindi rappresentano un altro potenziale ostacolo. I sentimenti dell'infermiere verso la morte e il suicidio possono inoltre rappresentare un ostacolo in sé; l'attivazione di queste emozioni può portare a reazioni di difesa da parte dell'infermiere (APA, 2003), incidendo sulla sua capacità di stabilire una relazione terapeutica. Affrontare queste situazioni difficili, così come le questioni di transfert e controtransfert, richiede collaborazione, tutoraggio e supervisione clinica; tutto ciò aiuta l'infermiere a stabilire una relazione che sia terapeutica per l'utente e a sviluppare un senso di auto-consapevolezza riguardo alla propria pratica. Consultare l'Appendice D per approfondimenti riguardanti transfert e controtransfert.

Per ulteriori informazioni sulla relazione terapeutica, fare riferimento alle Linee Guida per la Buona Pratica della RNAO *Establishing Therapeutic Relationships* (Revised) (RNAO, 2006c).

Vignetta

Scenario: Naomi, una donna di 42 anni, madre di tre figli, si è presentata in un affollato pronto soccorso a causa di una overdose quasi fatale di antidolorifici che le erano stati prescritti per un dolore cronico. Questo è il quarto accesso in Pronto Soccorso per Naomi – e tutti gli accessi erano causati da un sovradosaggio di medicinali. Naomi è considerata una paziente di "difficile" recupero dopo i suoi tentativi di overdose. E' aggressiva ed è generalmente resistente a qualsiasi tipo di trattamento. Si strappa via l'ago della flebo, è brusca e irritante nelle sue interazioni con il personale. L'infermiere di Naomi sente una conversazione nella sala riunioni tra un altro infermiere e il medico di Pronto Soccorso che sono d'accordo nel dire che "quando è troppo è troppo". Stanno discutendo su come il Sistema Sanitario potrebbe sanzionare le persone che "costano denaro al sistema" e che tolgono tempo alle "persone realmente malate". Sperano che "al suo prossimo tentativo" Naomi sia trasferita in un altro pronto soccorso.

Riflessioni dell'infermiere: L'infermiere riconosce che la risposta dello staff può riflettere dinamiche transferali e controtransferali non riconosciute - la paziente può aggredire gli operatori per molte ragioni a lei stessa sconosciute, forse legate ad un senso di disperazione, vergogna, colpa e/o paura, che si manifesta anche nel suo comportamento suicidario ed è legato a passate relazioni ed esperienze 'non risolte'. L'infermiere sa che non è raro per i professionisti sanitari provare sentimenti di disperazione, paura e rabbia di fronte ai pazienti che sentono di non essere stati in grado di aiutare. I ripetuti tentativi di suicidio del paziente ed il suo comportamento aggressivo scatenano molte emozioni che, se non riconosciute e di conseguenza non affrontate, potrebbero inficiare il trattamento e/o i risultati.

Risposta dell'infermiere: L'infermiere lavora per costruire una relazione terapeutica con Naomi. Mentre la assiste, dimostra calma, pazienza e disponibilità all'ascolto. Non la giudica. L'infermiere cerca di capire quello che la paziente può provare e sperimentare. Si rivolge al responsabile clinico del Pronto Soccorso e chiede che questo caso venga discusso nella prossima riunione d'équipe. Si prepara a discutere la questione del transfert e del controtransfert in relazione a persone che tentano ripetutamente il suicidio come mezzo per aprire il dialogo con i suoi colleghi.

Raccomandazione 3:

L'infermiere lavora con l'utente per minimizzare i sentimenti di vergogna, colpa e stigma che possano essere associati a suicidalità, malattia mentale e dipendenze.

Livello di evidenza III

Il suicidio continua a essere stigmatizzato nella società contemporanea (Murray & Hauenstein, 2008), portando a conseguenze per gli individui a rischio di ideazione e comportamento suicidario. I sentimenti di vergogna, di colpa e la stigmatizzazione hanno un effetto cumulativo sul benessere mentale dei pazienti, sulle famiglie e sulla rete di supporto sociale, sulla loro disposizione a richiedere un aiuto o una consulenza specialistica e sulla loro autostima (Barlow & Morrison, 2002; Ostman & Kiellin 2002). Uno studio ha stabilito che i tentativi di suicidio sono comunemente seguiti da reazioni di vergogna (Wiklander, Samuelsson & Asberg, 2003).

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

All'interno della relazione terapeutica, le espressioni di rispetto e tolleranza e il sostegno all'autostima del paziente possono aiutare a minimizzare questi sentimenti (Ashmore, 2001; Wiklander et al, 2003). Wiklander e colleghi (2003) suggeriscono che i pazienti con tendenze suicide accettano meglio il trattamento e provano meno senso di vergogna in tali condizioni. Gli stessi effetti benefici possono essere osservati quando i pazienti non vengono spinti dall'infermiere a rivelare troppi dettagli di eventi di vita traumatici (NZGG, 2003). Inoltre, uno studio ha riportato che la riduzione dello stigma si è dimostrata decisiva nel ridurre il rischio suicidario nel personale della US Air Force (Knox et al., come citato in Sakinofsky, 2007b).

Per minimizzare l'effetto di reazioni potenzialmente negative dell'infermiere verso il paziente, è necessario che gli infermieri si impegnino nella riflessione e siano sostenuti nell'affrontare tali sfide (McMain, 2007).



Attenzione ai vostri atteggiamenti, convinzioni e comportamenti negativi, che possono avere un impatto negativo sull'utente.

Vignetta

Scenario: Il paziente, un uomo di 21 anni, con una storia di depressione maggiore e abuso di alcool, è stato trasferito in un reparto medico, da un reparto di terapia intensiva, dopo una ferita auto-inflitta. Rivolgendosi all'infermiere di turno nel fine settimana, che gli sta cambiando le medicazioni, dice: "I miei genitori oggi verranno a trovarmi. Questa è la prima volta che li vedo da quando mi sono fatto male. Non vedo l'ora di questa visita. So che mi vogliono bene e sono preoccupati. Hanno fatto molto per me e questa è una delusione per loro. Nessuno nella nostra famiglia fa questo genere di cose folli. Nella nostra famiglia non abbiamo mai nemmeno parlato di depressione. Mi hanno detto al telefono che non vogliono che nessuno sappia di questo. Non dirò niente a nessuno, neanche ai miei amici. Dicono che perderò i miei amici e che potrei perdere il lavoro. Mi vergogno tanto. Ho peggiorato le cose e non penso di poter risolvere tutto questo.

Riflessioni dell'infermiere: L'infermiere riconosce lo stigma associato ai tentativi di suicidio sia per il paziente che per la sua famiglia.

Risposta dell'infermiere: L'infermiere ascolta senza giudicare. Si rende conto che spesso gli altri non comprendono la profondità della disperazione che qualcuno può provare e che conduce ai comportamenti auto-distruttivi. Può essere difficile da capire. Tuttavia, l'amore tra il paziente e i suoi genitori è una risorsa per costruire un rapporto di comprensione. Il suicidio è stata una risposta al suo disagio. Ha una nuova opportunità per affrontare i suoi problemi nella vita. Può farlo privatamente con un terapeuta. Egli può scegliere i propri tempi e modi per condividere i suoi problemi, nella misura a lui più congeniale, con una persona di sua fiducia. L'infermiere gli offre la possibilità, come supporto aggiuntivo, di parlare con l'assistente sociale. Se lo ritiene opportuno, il paziente può coinvolgere anche la sua famiglia. L'infermiere si rende conto che in questo caso, il paziente sta probabilmente sperimentando gli effetti cumulativi di vergogna, colpa e stigma associati con i tentativi di suicidio.

Raccomandazione 4:

L'infermiere fornisce assistenza attenendosi ai principi di sicurezza culturale/competenza culturale.

Livello di evidenza III

Sia il paziente che l'infermiere portano nella relazione terapeutica atteggiamenti, valori e credenze derivati dalla propria esperienza culturale. La stessa può essere di grande importanza su come i problemi di salute mentale, il suicidio e la morte vengono discussi ed esaminati nel contesto della relazione terapeutica. Per esempio, la cultura di provenienza può influenzare i sentimenti di senso di colpa e vergogna per quanto riguarda il suicidio (NZGG, 2003; Proctor, 2005), la disponibilità a parlare di morte e suicidio (APA, 2003), e gli atteggiamenti verso i ruoli della famiglia e della comunità nell'assistenza (NZGG, 2003). Gli operatori sanitari hanno un ruolo potente nella salute del paziente, e le differenze culturali tra l'infermiere e il paziente possono esacerbare queste relazioni di potere. Questo ha implicazioni sia su come il paziente vive l'esperienza di cura, sia sull'efficacia e la sicurezza della pratica clinica.

Secondo una prospettiva critica culturale, la cultura è complessa, dinamica, politica e storica - è un processo relazionale che cambia nel tempo "a seconda della nostra storia, delle nostre esperienze passate, del nostro ruolo sociale, professionale e di genere, e della nostra percezione di come siamo visti nella società" (Browne & Varcoe, 2006). La sicurezza culturale è un concetto apparso per la prima volta in formazione infermieristica ad Aotearoa, in Nuova Zelanda, con gli infermieri Maori (Ramsden, 1993, 2000) in riconoscimento delle disparità nello stato di salute e nell'assistenza sanitaria per i Maori, legate ai processi e alle pratiche di colonizzazione ancora in atto. La sicurezza culturale comincia con l'auto-riflessione dell'infermiere/professionista sanitario. L'infermiere deve riconoscere che sia il paziente (come individuo, famiglia e/o comunità) che l'operatore sono "portatori di cultura" - una relazione 1:1 è sempre biculturale. Ciò richiede una valutazione della posizione di ogni individuo all'interno dei processi storici, sociali, economici e politici che influenzano l'assistenza sanitaria, la salute e il benessere; una comprensione che le differenti posizioni di potere nella relazione terapeutica influenzano la salute e il benessere; e un riconoscimento che le disuguaglianze strutturali che impattano su assistenza sanitaria, salute e benessere devono essere rimosse (Ramsden, 1993) in linea con il mandato sociale infermieristico.

Sicurezza culturale è più che riconoscere e rispettare la "differenza" - è un concetto relazionale che richiede l'impegno nelle politiche e nelle pratiche che hanno un impatto sull'assistenza sanitaria e sulla salute. L'infermiere dimostra accettazione e rispetto per la 'cultura' del paziente e per le differenze ad essa legate, oltre a impegnarsi per il cambiamento in risposta a politiche e pratiche che possono essere vissute dal paziente come 'non sicure'. Le appendici E ed F forniscono una spiegazione più dettagliata del concetto di sicurezza culturale. Ulteriori informazioni riguardo la cultura sono disponibili nelle Linee Guida della RNAO per la buona pratica sulla sicurezza degli ambienti di lavoro *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence* (RNAO, 2007).

Sicurezza culturale è un servizio definito sicuro da chi lo riceve (Papps, 2005).



Vignetta

Scenario: ad un infermiere di un centro di salute mentale di un grande centro urbano viene chiesto di vedere Jacques. Jacques, un ragazzo di 22 anni, che si identifica come aborigeno, è entrato in ospedale ed ha chiesto di vedere un medico o un infermiere. Egli non mostra emozioni (effetto piatto), sembra preoccupato e inquieto. Confida di avere pensieri suicidi.

Riflessioni dell'infermiere: Riflessione dell'infermiere: L'infermiere capisce che le sue convinzioni personali, credenze e valori influenzeranno la sua risposta a Jacques. Lei riconosce che molti aborigeni sono stati influenzati negativamente da una lunga storia di pratiche di colonizzazione e neocolonizzazione – *The Indian Act* del 1876 (che continua a influenzare diversi aspetti della vita degli aborigeni, come l'offerta e l'erogazione dei servizi sanitari), l'assistenza scolastica, le riserve (urbane, rurali e remote), l'attuale contenzioso sull'assegnazione del territorio, l'assistenza sanitaria, ecc. Vuole essere sicura che Jacques si senta a suo agio in ospedale. L'infermiere sa anche che il potere è un aspetto importante in tutte le relazioni terapeutiche infermiere-utente, e che per gli aborigeni questo può essere particolarmente rilevante (per esempio, ci può essere una mancanza di fiducia verso i servizi sanitari). Tuttavia, l'infermiere è consapevole che deve imparare a conoscere Jacques e che non può fare alcuna ipotesi su ciò che Jacques pensa o crede.

Risposta dell'infermiere: L'infermiere inizia l'accertamento con Jacques, chiedendogli cosa lo ha portato in ospedale e cercando di capire cosa potrebbe fare per metterlo a suo agio. Non giudica. Raccoglie un'anamnesi completa che comprende informazioni sulla sua famiglia e la sua comunità, chiedendogli anche da dove viene e come vede il problema che lo ha portato in ospedale. Si informa anche sulle sue convinzioni riguardanti salute, malattia e guarigione. Dimostra interesse per Jacques sia come individuo che come membro della sua famiglia e della sua comunità. L'infermiere è interessato a quelle credenze e pratiche che potrebbero essere importanti per Jacques in relazione ai suoi pensieri suicidi e ai suoi modi e processi di guarigione.

Raccomandazione 5:

L'infermiere valuta e gestisce i fattori che possano influenzare la sicurezza fisica sia dell'utente che del team multidisciplinare.

Livello di evidenza IV

Prima di intervenire per migliorare la sicurezza del paziente, l'infermiere deve garantire la propria incolumità. Questo può voler dire richiedere l'aiuto di altri, come i membri del team, la polizia e/o i servizi di emergenza, o anche lasciare la scena fino a che non siano giunti sul posto appropriati rinforzi.

Garantire la sicurezza fisica dell'utente è una priorità costante nell'assistenza infermieristica e dovrebbe essere assicurata prima di effettuare una valutazione clinica completa del rischio di suicidio. Gli interventi sono altamente variabili a seconda dell'impostazione pratica, e, pur non potendo garantire che non si verifichino atti di autolesionismo, possono ridurre al minimo il rischio che tali comportamenti possano causare danni fisici al paziente e al team di assistenza. In linea con la relazione terapeutica, è imperativo coinvolgere il paziente e la sua famiglia durante tutto il processo di implementazione delle misure di sicurezza.

L'infermiere deve fare attenzione alla situazione ambientale e a qualsiasi elemento in essa che possa costituire una minaccia per la sicurezza. Ridurre l'accessibilità a tali elementi allontanandoli dalla persona e dall'ambiente, sia in una stanza d'ospedale o a casa, a seconda dei casi.

Sebbene non esista un reparto a prova di suicidio, caratteristiche di sicurezza fisica sono raccomandate nell'organizzazione delle unità operative che possono trovarsi a dover trattare pazienti potenzialmente a rischio per ideazione o comportamenti suicidari (Simon, 2004; Yeager, Saveanu, Roberts, Reissland, Mertz, Cirpilli, et al, 2005). E' stato anche osservato che stimoli esterni, come rumore e confusione, possono aumentare l'agitazione e l'aggressività (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998). In tali casi può essere utile la riduzione degli stimoli o il trasferimento a un'area meno stressante. L'Appendice G fornisce alcune indicazioni di carattere ambientale per la promozione della sicurezza fisica.

In alcuni casi, l'utente può presentarsi con lesioni fisiche che richiedono un intervento medico. Le lesioni che mettono a rischio la vita dovrebbero essere affrontate immediatamente. L'acutezza di altre lesioni non deve essere sottovalutata e dovrebbe essere considerata quando si stabiliscono i bisogni di cura prioritari dell'utente (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2004). In questi casi è raccomandata una valutazione medica e fisica continua.

Mantenere intatta la dignità dell'utente è essenziale. Le considerazioni di sicurezza emotiva e psicologica dovrebbero essere bilanciate con le esigenze di sicurezza fisica. Per esempio, gli interventi restrittivi, come l'isolamento o la contenzione, anche se a volte usati in regime di ricovero ospedaliero per garantire la sicurezza, possono anche essere molto stressanti per gli utenti e possono ostacolare il recupero, rafforzando la loro percezione di essere fuori controllo (Murray & Hauenstein, 2008). Pertanto, quando vengono messe in atto misure di sicurezza, è importante informare l'utente e coinvolgerlo nel processo decisionale.

Scheda pratica

Alcuni oggetti potenzialmente pericolosi possono essere, ma non si limitano

(Bennett, Daly, Kirkwood, McKain & Swope., 2006):

- abbigliamento (per esempio cinture, lacci delle scarpe)
- cavi
- accendini
- biancheria
- farmaci
- altre apparecchiature dispositivi e tubi per l'ossigenoterapia
- borse di plastica
- oggetti taglienti o in vetro
- sostanze tossiche

Livello di evidenza IV

Vignetta

Scenario: una paziente in difficoltà, Mary-Lou, chiama l'infermiere di comunità dicendo "Ho tentato il suicidio... mi sono tagliata i polsi con un coltello da bistecca. Ho già chiamato l'ambulanza e stanno arrivando." Mary-Lou è un'utente di 46 anni, che vive da sola, con una diagnosi di disturbo di personalità borderline (vedi Glossario). Ha anche limitate capacità cognitive a causa di un livello di intelligenza borderline. E' spesso sola e ha difficoltà a organizzare la sua giornata in maniera produttiva e non farla sembrare così lunga. Mary-Lou dice all'infermiere che ha già chiamato l'ambulanza. L'infermiere sa che questa particolare paziente tende ad usare l'ambulanza per i servizi non essenziali. In questo caso, comunque, l'utente si è procurata abrasioni superficiali in senso orizzontale sull'avambraccio destro usando un coltello da bistecca non affilato.

Riflessioni dell'infermiere: L'infermiere si assicura che sia stato chiamato il servizio d'emergenza. Egli riconosce che la sua responsabilità come infermiere di comunità è quella di fornire assistenza e di valutare la gravità del tentativo di suicidio e del danno fisico per l'utente. Sa che la sua priorità è garantire la sicurezza dell'utente e quindi prendersi cura delle sue lesioni fisiche se dovesse arrivare prima dell'ambulanza. Riconosce che il suo ruolo è quello di educare e sostenere l'utente riguardo alle modalità di comunicare più efficacemente con i servizi di supporto nella comunità. Egli riconosce la complessità della situazione di quest'utente e che lei potrebbe avere molti motivi per il suo comportamento autolesionistico, compreso il desiderio di morire. Riconosce la necessità di collaborare con il team clinico dell'utente il più presto possibile.

Risposta dell'infermiere: Dopo essersi preso cura dei bisogni dell'utente, l'infermiere e la stessa esaminano l'appartamento alla ricerca di elementi che potrebbero rappresentare un rischio per la sicurezza quando l'utente sarà dimessa dall'ospedale. D'accordo con l'utente e con la sua consapevolezza, questi elementi vengono rimossi per evitare ulteriori tentativi di suicidio fino a quando ella non sarà più stabile e avrà il controllo delle sue azioni. L'infermiere comunica con il membro più appropriato del team di assistenza dell'utente e chiede un consulto, se possibile. Ci si organizza affinché l'utente sia visitata dal medico di Pronto Soccorso e, successivamente, vista dal suo psichiatra di comunità per un'ulteriore valutazione e una possibile modifica della terapia medica. L'infermiere discute con l'utente della sua rete di supporto, compresi i suoi collegamenti con la famiglia, gli amici e le risorse della comunità, ed esplora le possibili strategie per mantenersi al sicuro. Egli inoltre supporta l'utente, facilitandola nell'utilizzo dei servizi di comunità, come la consulenza.

Raccomandazione 6a:

L'infermiere riconosce gli indicatori chiave che pongono un individuo a rischio di comportamento suicidario, anche in assenza di manifesta tendenza suicidaria. Per gli individui che presentano fattori di rischio, l'infermiere effettua e documenta l'accertamento dell'ideazione e pianificazione suicidaria.

Livello di evidenza IV

Anche in assenza di un'espressa volontà suicida, la conoscenza dei fattori di rischio da parte dell'infermiere può aiutare ad identificare i soggetti con ideazione e comportamento suicidario. I fattori di rischio comprendono quelle caratteristiche che sono state studiate in popolazioni di grandi dimensioni e che hanno dimostrato di essere associate ad un aumento della probabilità di suicidio (NZGG, 2003). Alcuni esempi includono: sesso maschile, età avanzata, mancanza di speranza, precedenti tentativi di suicidio, malattie psichiatriche attuali o pregresse (APA, 2003). Fare riferimento all'Appendice H per un elenco dei fattori di rischio. I fattori di rischio possono essere classificati come dinamici e modificabili o statici e immutabili. I fattori di rischio modificabili sono quelli che sono suscettibili di cambiamento. Questo è un punto importante, in quanto l'identificazione dei fattori di rischio modificabili dovrebbe essere utilizzata per orientare il processo decisionale riguardo al piano di intervento e di supporto (APA, 2003). Esempi di fattori di rischio modificabili includono depressione, ansia, disperazione, uso di sostanze, intossicazione e disponibilità di mezzi letali. Al contrario, i fattori di rischio statici sono quelli che non possono essere modificati, come l'età, il genere e la storia di tentativi di suicidio. Sebbene la conoscenza dei fattori di rischio non permetta al clinico di prevedere se e quando un utente morirà per suicidio (APA, 2003), il riconoscimento del rischio è una componente importante della promozione della sicurezza di questi pazienti (APA, 2003; Mann, Apter, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas, et al, 2005). Concentrandosi sul trattamento dei fattori di rischio e di protezione che possono essere rafforzati o attenuati, è possibile diminuire il rischio di suicidio di un utente (APA, 2003).

Oltre alla conoscenza dei fattori di rischio, è importante essere consapevoli dei segnali di pericolo per il suicidio. Mentre i fattori di rischio sono associati ad un aumento della probabilità di suicidio, i segnali di pericolo possono essere segni o sintomi manifesti che avvertono l'infermiere di un rischio imminente.

Scheda pratica

Segnali di pericolo

Le seguenti informazioni possono essere riportate o osservate dal paziente e/o dai suoi familiari, dagli amici, dalla rete sociale, da cartelle cliniche e da professionisti della salute mentale (Holkup, Centro per la Prevenzione del Suicidio, 2002, 2002a; NZGG, 2003):

- Parlare di suicidio o di morte direttamente (ad esempio "Vorrei essere morto.")
- Parlare di suicidio o di morte indirettamente, ad esempio con espressioni di disperazione e di inutilità (ad esempio "A che serve andare avanti?", "Sono stanco", "Tutti starebbero meglio senza di me.")
- Minacciare il suicidio, descrivendo i metodi di suicidio o cercando metodi per suicidarsi in Internet.
- Preparare un piano di suicidio.
- Aumento di intensità dell'ideazione suicidaria.
- Sistemare i propri affari (per esempio fare o cambiare un testamento, dare via denaro o altri beni, donare il proprio corpo alla scienza, dire addio, scrivere note di suicidio).
- Acquisto o accumulare farmaci, armi da fuoco, rasoi.
- Esplorare balconi, ponti, tetti.
- Impegnarsi in comportamenti a rischio (ad esempio: aumentato uso di alcool o sostanze, guida spericolata).
- Trascurarsi (ad esempio cambiamenti d'aspetto, compresi i cambiamenti di peso e di appetito).
- Cambiamenti nella personalità.
- Cambiamenti d'umore (depressione, ansia, agitazione).
- Ritiro sociale e isolamento, tra cui una perdita di piacere nelle usuali attività.

Livello di evidenza IV

Una valutazione completa del rischio implica intervistare l'utente, esaminare le cartelle cliniche e/o raccogliere informazioni dalla famiglia o da altre persone significative. Indicatori chiave del rischio possono essere evidenti nel modo di presentarsi dell'utente, nella sua storia, nelle sue condizioni sociali e di vita e nelle sue caratteristiche demografiche. Allo stesso modo, l'ideazione e il comportamento suicidario possono essere presenti anche quando non esplicitamente espressi dall'individuo. Inoltre, l'applicabilità dei fattori di rischio può variare in base al singolo individuo e al contesto culturale. L'infermiere deve anche essere consapevole che il numero dei fattori di rischio individuati attraverso la valutazione non necessariamente descrive il reale grado di rischio. Per esempio, un individuo con cinque fattori di rischio non è necessariamente a più alto rischio di un altro con due fattori di rischio. Questi fattori non sono semplicemente presenti o assenti, ma sono dinamici e variano in gravità (APA, 2003).

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

Complessivamente, la stima del rischio e la decisione per quanto riguarda la frequenza delle rivalutazioni sono più attendibili se effettuate secondo un giudizio clinico, in collaborazione con il team sanitario.

Se l'infermiere sospetta un rischio di ideazione o comportamento suicidario, è necessaria un'ulteriore valutazione del piano e dell'ideazione suicidaria.

Non ci sono prove che suggeriscono che chiedere a una persona direttamente sul tema del suicidio aumenti la probabilità di ideazione e comportamento suicidario (APA, 2003; NZGG, 2003). Secondo l'APA (2003), "chiedere sul suicidio è necessario e non porterà la persona al suicidio" (p. 19). Un specifico per i fattori associati al suicidio aiuta a scoprire lo scopo e il significato dietro ogni ideazione e comportamento suicidari, dando così la possibilità di sviluppare interventi adeguati e significativi (Murray & Hauenstein, 2008).

Data la significativa associazione tra suicidio e malattia mentale, una parte importante della valutazione del rischio di suicidio è una completa valutazione psichiatrica/psicosociale per raccogliere informazioni riguardo a (APA, 2003; NZGG, 2003):

- il problema presente e lo stato mentale attuale;
- la storia dell'attuale malattia;
- l'anamnesi psichiatrica;
- l'anamnesi medico/chirurgica;
- le terapie farmacologiche attuali e recenti;
- le allergie ai farmaci;
- la storia di uso di sostanze;
- la storia forense;
- la storia familiare;
- la storia psicosociale;
- la diagnosi infermieristica.

All'interno della valutazione psichiatrica/psicosociale, un esame dello stato mentale è un approccio sistematico alla valutazione dell'attuale stato mentale di un individuo, con particolare riferimento alle funzioni psicologiche, emotive, sociali e neurologiche. Consultare l'Appendice I per una valutazione completa dello stato mentale.

Scheda pratica

Esempi di domande di intervista

Fonte: NZGG (2003). Riproduzione autorizzata.

- Come è stato il suo umore ultimamente?
- Qualcosa l'ha turbata o preoccupata?
- Ha avuto momenti in cui si è sentito triste o 'giù'?
- Si è mai sentito come se la vita fosse troppo pesante per lei?
- Le è mai capitato di desiderare di fermare tutto o di farla finita?
- Ha mai pensato a come potrebbe farlo?
- Ha mai desiderato di essere morto?
- Ha mai pensato di togliersi la vita?

Livello di evidenza IV

Per condurre un accertamento completo dell'ideazione e del piano suicidario, possono essere utilizzati il colloquio clinico e strumenti di valutazione validi e affidabili per raccogliere informazioni specifiche su (APA, 2003; NZGG, 2003):

- la presenza di fattori di rischio;
- la mancanza o la presenza di fattori protettivi (per esempio spiritualità, speranza, progettualità futura, fattori culturali e/o spirituali);
- le intenzioni suicide;
- il piano;
- la letalità;
- l'accesso ai mezzi;
- il periodo di tempo;
- la speranza;
- i tentativi precedenti.

Alcuni esempi di domande che possono essere utilizzate in tali interviste sono forniti nell'Appendice J.

Per l'infermiere può essere difficile impegnarsi in discussioni riguardanti il suicidio. Mentre il lavoro di squadra e la supervisione clinica possono essere mezzi attraverso i quali un infermiere può sentirsi supportato in queste situazioni, è anche importante notare che gli infermieri devono avere un adeguato livello di abilità e conoscenze per condurre queste valutazioni cliniche in modo terapeutico.



Gli strumenti di valutazione devono essere utilizzati solo come parte di una valutazione globale e non in modo isolato (APA, 2003; NZGG, 2003). Nonostante la grande varietà, ci sono prove limitate per sostenere l'uso di uno strumento in particolare. Inoltre, gli strumenti esistenti hanno una scarsa capacità predittiva per individuare quali saranno i pazienti che moriranno per suicidio (APA, 2003). Perciò, queste linee guida suggeriscono che, mentre questi strumenti possono aiutare a facilitare la comunicazione e la raccolta di informazioni nel contesto di un colloquio, i risultati non devono sostituire il giudizio clinico nell'impostazione pratica del trattamento. L'uso di scale psicologiche per la diagnosi dovrebbe essere riservato ai clinici con formazione specializzata. Fare riferimento all'Appendice K per esempi di strumenti di valutazione.

Considerazioni speciali: intossicazione

Quando l'utente si presenta in stato di intossicazione, può essere estremamente difficile condurre una valutazione completa del rischio di suicidio. In questi casi, la valutazione dovrebbe concentrarsi sul rischio immediato di suicidio e il paziente intossicato dovrebbe essere mantenuto in un ambiente sicuro e rivalutato da sobrio (NZGG, 2003). Le persone che si presentano con intossicazione dovrebbero essere anche valutate per i problemi medici direttamente conseguenti all'uso di sostanze. Per esempio, con gli utenti noti o sospetti per uso frequente di alcol, è necessario organizzare una continua valutazione e gestione dei sintomi di astinenza (potenziali convulsioni alcol-correlate, delirium tremens), secondo i protocolli stabiliti. La continua osservazione medica simultanea alla valutazione del rischio di suicidio è fondamentale per mantenere la sicurezza dell'utente.

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

L'intossicazione (ad esempio da alcool, da stimolanti, da cocktail di farmaci, da farmaci da banco, ecc) può aumentare l'impulsività (NZGG, 2003), e quindi rafforza la necessità di mantenere in sicurezza gli individui affetti da intossicazione e ideazione suicidaria. Secondo le linee guida della Nuova Zelanda (2003), l'intossicazione può anche aumentare l'angoscia e l'aggressività delle persone e diminuire la loro capacità di problem solving. Inoltre, è dimostrato che il consumo/intossicazione da alcol è un comune antecedente dei tentativi di suicidio (APA, 2003). Una continua valutazione del rischio di suicidio è essenziale.

Raccomandazione 6b:

L'infermiere valuta i fattori protettivi associati alla prevenzione suicidaria.

Livello di evidenza 1



La letteratura riporta che i contratti di non suicidio sono spesso impiegati dal personale sanitario come strumenti di valutazione e/o di gestione, nonostante la mancanza di evidenze empiriche a sostegno del loro uso (APA, 2003; Farrow, 2002). I contratti di non suicidio non garantiscono la sicurezza di una persona, quindi non bisognerebbe basarsi su di essi come unico indicatore del fatto che una persona possa tentare di porre fine alla sua vita (Farrow, 2003; NZGG, 2003).

Anche se non esiste una definizione standard, un contratto di non suicidio si riferisce essenzialmente ad un accordo verbale o scritto, tra utente e medico, che impegna l'utente a non suicidarsi. In letteratura, i contratti di non suicidio possono anche essere indicati come contratti di prevenzione del suicidio, contratti di non-autolesionismo, decisioni di non-suicidio, accordi di sicurezza, contratti, accordi sul suicidio, impegni a rimanere in vita (APA, 2003; Farrow, 2002; Rudd, Mandrusiak & Joiner, 2006). Componenti comuni di un contratto di non suicidio comprendono un'esplicita dichiarazione di non uccidere o danneggiare se stessi, dettagli sulla durata del contratto e piani di emergenza qualora la persona non sia in grado di mantenere l'impegno (Centro per la Prevenzione del Suicidio, 2002b; Rudd, et al, 2006).

Se utilizzato, il contratto di non suicidio deve essere usato con cautela e non con gli utenti che hanno avuto precedenti tentativi di suicidio, sono agitati, psicotici, impulsivi o intossicati (APA, 2003; Murray & Hauenstein, 2008). Nonostante il consenso sul fatto che il contratto di non suicidio debba essere utilizzato solo nel contesto di una relazione terapeutica, la letteratura riporta che gli infermieri spesso utilizzano tali strumenti in emergenza o in situazioni di crisi (Farrow, 2003). Di conseguenza, il contratto di non suicidio può donare al professionista sanitario un illusorio senso di sicurezza e servire a poco più che alleviare la sua ansia.

Nonostante la mancanza di prove empiriche a sostegno del loro uso, il comitato di esperti suggerisce che, se utilizzati, i contratti di non suicidio debbano essere usati con cautela e solo nella cornice di una relazione terapeutica e di una valutazione e strategia di intervento più globale. Se, e quando, viene presa la decisione di inserire un contratto di non suicidio all'interno di un piano di trattamento, questo non dovrebbe essere fatto in modo isolato, ma piuttosto nel contesto del team multidisciplinare, comprensivo anche dell'utente. Sebbene i contratti di non suicidio possano essere utilizzati come un mezzo per dare più potere all'utente attraverso il suo coinvolgimento nello sviluppo del proprio progetto terapeutico, la volontà dell'utente di stipulare un simile accordo non deve essere utilizzata come un indicatore assoluto della sua effettiva intenzione di farsi del male o di uccidersi (APA, 2003). Se l'utente non è disposto ad accettare un contratto di non suicidio, questo può essere indicativo della sua ambivalenza e incapacità di aderire al contratto, rendendo necessaria un'ulteriore valutazione e la ricerca di altre strategie di gestione. Al contrario, la volontà di un utente di sottoscrivere un contratto di non suicidio come parte del suo progetto terapeutico non garantisce che metterà in atto i suoi propositi autolesivi o di suicidio. In uno studio condotto da Kroll (2007), dei 152 psichiatri che hanno usato i contratti di non suicidio, il 41% ha riferito di aver avuto degli utenti che avevano tentato il suicidio o si erano uccisi nonostante avessero accettato tale accordo. Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare l'efficacia del contratto di non suicidio.

Scheda pratica

Esempi di domande utili nella valutazione dei fattori protettivi

(RNAO Development Panel, 2008)

- Lei ha detto che in passato ha avuto pensieri di suicidio, ma non li ha attuati. Cosa l'ha trattenuta finora?
- Che cosa nella vita la fa desiderare di continuare a vivere?
- Chi sono le persone nella sua vita che la fanno desiderare di continuare a vivere?
- A chi si rivolge quando si sente insicuro e quali sono le persone a cui chiede un sostegno?
- Lei ha detto che in passato non ha attuato i suoi propositi suicidi a causa di X. Quanto incide ora questo fattore sulle sue decisioni? (NZGG, 2003)
- Quali aspirazioni ha per la sua vita e quali obiettivi vorrebbe raggiungere?
- Quando si sente sopraffatto, quali meccanismi di problem solving e/o di adattamento utilizza?
- In passato, quando ha avuto pensieri suicidi, con chi li ha condivisi?
- Se è una persona spirituale o religiosa, le sue convinzioni agiscono come un fattore protettivo e, se sì, in che modo?

Livello di evidenza IV

Vignetta

Scenario: Una donna di 38 anni viene portata al pronto soccorso dai paramedici a causa della sua ideazione suicidaria. Durante la valutazione del rischio di suicidio da parte dell'infermiere, la donna afferma di aver pensato di gettarsi dal balcone del suo appartamento, situato al 17° piano. Racconta all'infermiere che quella mattina è uscita sul balcone e ha guardato oltre la ringhiera, ma qualcosa l'ha trattenuta. Ha detto di essere rientrata e di aver chiamato il 112.

Riflessioni dell'infermiere: L'infermiere riconosce che quella mattina l'utente stava pensando al suicidio e necessita di una approfondita valutazione del rischio di suicidio. L'infermiere non deve solo esplorare e documentare i fattori di rischio nella valutazione dell'utente, ma deve anche valutare i fattori protettivi. L'infermiere sa che i fattori protettivi sono associati a un ridotto rischio di ideazione e comportamento suicidario, e che svolgono un ruolo importante nella valutazione del rischio e nella pianificazione della terapia di supporto.

Risposta dell'infermiere: Per evidenziare i fattori protettivi l'infermiere chiede all'utente cosa l'ha trattenuta. La paziente racconta che ha un figlio di due anni e che è preoccupata di cosa potrebbe succedergli, poiché nessuno come lei potrebbe prendersene cura. L'utente racconta che si sente in colpa per aver lasciato tutta la responsabilità genitoriale a suo marito. L'infermiere capisce così che il figlio dell'utente è un fattore protettivo. L'infermiere si interessa a scoprire se c'è qualcos'altro che aiuta l'utente a voler continuare a vivere e continua a chiedere: "Lei dice di aver avuto pensieri di suicidio, ma di non averli messi in atto. C'è qualcos'altro oltre al suo bambino che l'ha fermata?" L'utente: "Non ci sono certezze". Quando l'infermiere approfondisce questo commento, capisce che l'utente teme di non morire ma di restare paralizzata per tutta la vita.

Raccomandazione 6c:

L'infermiere raccoglie informazioni collaterali da tutte le fonti disponibili: famiglia, amici, supporto comunitario, cartelle cliniche e professionisti della salute mentale.

Livello di evidenza IV

Le informazioni collaterali sono una componente importante di una valutazione del rischio di suicidio con tutti gli utenti adulti, in particolare nei casi in cui l'utente non è conosciuto dall'infermiera, non vuole o non può partecipare alla valutazione del rischio di suicidio. Le informazioni collaterali sono quelle che si ottengono dalle persone che conoscono l'utente, come i familiari, gli altri significativi e altri professionisti sociosanitari. Tali informazioni possono fornire importanti indicazioni sullo stato mentale o comportamentale dell'utente che possono indicare ideazione suicidaria, nonché su recenti eventi stressanti che possono influire sull'utente (APA, 2003; NZGG, 2003).

Per l'infermiere è importante considerare la questione della riservatezza e capire la rilevanza della legislazione sulla privacy (es. il Personal Health Information Protection Act dello Stato dell'Ontario, 2004 (PHIPA)) (Cavoukian, 2004). Per poter richiedere informazioni collaterali è necessario il consenso del paziente. Se il paziente non desidera che i membri della famiglia o altre persone significative vengano contattati e questo non compromette la sua sicurezza, la riservatezza deve essere mantenuta (NZGG, 2003). Tuttavia, in situazioni di emergenza, è possibile ottenere informazioni collaterali senza il consenso, allo scopo di proteggere la sicurezza del paziente o di altri (APA, 2003; Cavoukian, 2004; NZGG, 2003). Quando si interagisce con i familiari o altre persone significative per ottenere informazioni collaterali, è importante capire che l'obiettivo della comunicazione è quello di acquisire e non di fornire informazioni. Le sfide possono sorgere nei casi in cui le potenziali fonti di informazioni collaterali non sono disponibili o ci sono incongruenze nelle informazioni ricevute. In queste situazioni, ulteriori indagini possono essere raccomandate per aiutare l'infermiere e il team sanitario a sviluppare una comprensione del particolare contesto clinico.



Le informazioni collaterali sono quelle che si ottengono dalle persone che conoscono l'utente, come i familiari, gli altri riferimenti significativi e i professionisti sociosanitari.

Scheda pratica

Esempi di domande per l'acquisizione di informazioni collaterali

Fonte: NZGG (2003). Riproduzione autorizzata

- Vede (il suo congiunto, amico, familiare, ecc.) come al solito?
- Ha detto che per lui/lei "sarebbe meglio essere morto"?
- Ha mai fatto affermazioni tipo "le cose presto andranno meglio"?
- È mai stato preoccupato per lui/lei? Le è sembrato/a giù o depresso/
- Sta bevendo più del solito?

Type IV Evidence

Vignetta

Scenario: Un uomo di 48 anni viene portato al pronto soccorso dalla polizia per ideazione suicidaria. L'infermiere assegnato viene a sapere che l'utente aveva contattato una centrale di ascolto per l'assistenza, che poi ha chiamato la polizia a causa della preoccupazione per la sicurezza dell'utente. L'utente, che è sconosciuto in ospedale, rivela che vive con la moglie e che gli piacerebbe tornare a casa, poiché lei sarà preoccupata per lui. L'utente afferma che, anche se prima sentiva il desiderio di suicidarsi, adesso si sente molto meglio e vorrebbe andarsene. Nonostante i suoi sforzi, l'utente non è disposto a parlare ulteriormente con l'infermiere.

Riflessione dell'infermiere: Date le circostanze, l'infermiere riconosce che sarà necessario parlare con la moglie dell'utente per informarsi sul suo stato mentale e su qualsiasi comportamento che possa indicare un'ideazione suicidaria. L'infermiere è consapevole della richiesta dell'utente per la privacy. Tuttavia, è anche consapevole del fatto che la legislazione sulla privacy gli permette di ottenere informazioni collaterali. L'infermiere sa che il parlare con la famiglia, gli amici o gli operatori sanitari è una componente importante della valutazione di un rischio di suicidio e può contribuire a informare il processo decisionale in merito alle disposizioni.

Risposta dell'infermiere: L'infermiere spiega all'utente che sarà necessario rimanere in ospedale per una valutazione psichiatrica, parte della quale prevede di contattare la moglie per informazioni. L'utente non è contento e chiede all'infermiere di non contattare la moglie. L'infermiere rassicura il paziente che l'obiettivo del colloquio sarà quello di ottenere informazioni e non di fornire informazioni. L'infermiere procede col chiamare la moglie dell'utente e dopo le presentazioni le chiede se ha notato dei cambiamenti nel comportamento dell'utente. Più in particolare l'infermiere indaga sull'ideazione suicidaria e se l'utente ha fatto alcun commento sul voler morire. Inoltre, chiede alla moglie dell'utente se abbia notato o meno alcun comportamento che potesse suggerire che l'utente aveva pensato al suicidio, come un accumulo di pillole. Sebbene l'utente neghi di aver alcun pensiero di morte, l'infermiere viene a sapere dalla moglie dell'utente che lei era stata molto preoccupata per lui, poiché l'utente si era sempre più isolato, aveva aumentato il quantitativo di alcol che beveva, ed aveva fatto affermazioni del tipo: "Sarebbe meglio che morissi". La moglie dell'utente rivela che l'utente aveva effettuato un precedente tentativo di suicidio solo due mesi prima. Sulla base di queste ulteriori informazioni il team decide che l'utente è ad alto rischio e necessita di una valutazione psichiatrica e ricovero.

Scheda pratica

Elementi di valutazione del rischio

(APA, 2003; NZGG, 2003)

1. Condurre una valutazione psichiatrica

- a) Problema attuale - dal punto di vista dell'utente, includendo i fattori stressanti psicosociali identificati.
- b) Storia dell'attuale malattia - durata e gravità dei sintomi
- c) Storia psichiatrica passata – pregressi ricoveri psichiatrici con date, luoghi e diagnosi
- d) Anamnesi medica remota - patologie, interventi chirurgici, date e luoghi dei ricoveri
- e) Terapie farmacologiche presenti e passate
- f) Allergie a farmaci
- g) Storia di uso di sostanze - uso attuale e passato di tutte le sostanze, date e luoghi di cura, storie di recesso
- h) Storia legale – accuse presenti e passate, libertà vigilata, periodi di reclusione
- i) Storia familiare - malattie mentali, tentativi di suicidio, morti per suicidio
- j) Storia psicosociale - abuso emotivo e sessuale, educazione, occupazione, relazioni, reti di supporto formali e informali
- k) Diagnosi infermieristica

2. Indagare su ideazione e comportamento suicidario

- a) Ideazione suicidaria – Fare all'utente domande per ottenere informazioni circa i pensieri sul vivere e morire. È presente il pensiero di uccidersi?
- b) Piano – Indagare circa un piano per suicidarsi. L'utente ha scelto un metodo o ha considerato le opzioni per uccidersi? Se è così, ha fatto qualche passo per mettere in atto il piano?
- c) Accesso ai mezzi – L'utente ha accesso al metodo scelto? Il piano scelto è plausibile? Quanto facile sarebbe per l'utente avere accesso a tali mezzi o mettere in atto il piano?
- d) Intento – l'utente vuole morire? Qual è l'intensità del desiderio di morire dell'utente? L'utente ha fatto i preparativi per la morte, come mettere in ordine gli affari, o scrivere un biglietto d'addio? La persona ha adottato misure per ridurre al minimo la possibilità di essere scoperto? La persona ha fatto richiesta di aiuto prima di tentare il suicidio?
- e) Letalità – Indagare circa i metodi per determinarne la letalità. L'utente crede che il metodo scelto sarebbe letale? Il metodo ed il piano scelti consentirebbero un intervento?
- f) Fattori di protezione - Ci sono persone o circostanze che permetterebbero all'utente di continuare a vivere? Ci sono delle barriere che impediscono all'utente di togliersi la vita?
- g) Precedenti tentativi – L'utente ha fatto precedenti tentativi di suicidio? Se sì, quali ne sono stati i fattori precipitanti, quando è avvenuto ogni tentativo, quale era stato il metodo scelto, quale era stata la gravità dal punto di vista medico? Sono stati associati alcol o droghe?

3. Ottenere informazioni collaterali – cercare informazioni collaterali da tutte le fonti disponibili inclusi famiglia, amici, supporto comunitario, cartelle cliniche e professionisti della salute mentale. Tenere in considerazione nel fare ciò la legislazione sulla privacy.

4. Condurre un esame dello stato mentale – comprendere l'aspetto, il comportamento, l'atteggiamento, l'affetto, l'umore, l'attività psicomotoria, il linguaggio, il contenuto ed il processo dei pensieri, la percezione, l'orientamento, l'intuizione, il giudizio, la cognizione.

Una valutazione completa del rischio aiuterà l'infermiere ad identificare sia il rischio che i fattori protettivi che possono contribuire ad un aumentato o ad un diminuito rischio di suicidio. L'evidenziare tali fattori aiuterà l'infermiere e il team sanitario a sviluppare interventi mirati a rafforzare o mitigare i fattori suscettibili di cambiamento, diminuendo così il rischio di suicidio di un utente (APA, 2003). La misura in cui tutti i componenti della valutazione del rischio vengono completati può variare a seconda del setting e delle circostanze, ma in ogni caso l'utente deve essere tenuto al sicuro e dovrebbe essere fatto ogni sforzo per indagare circa l'ideazione ed il comportamento suicidario.

Raccomandazione 7:

L'infermiere attiva le risorse basandosi sul livello di rischio di suicidio dell'utente e sulle necessità ad esso associate.

Livello di evidenza IV

L'obiettivo della mobilitazione delle risorse è la stabilizzazione del rischio immediato e per la gestione dei sintomi in atto. Una sequela apparentemente minore di comportamenti autolesivi può ancora essere associata con estrema sofferenza emotiva e il soggetto può rimanere ad alto rischio e richiedere una valutazione olistica approfondita in un'opportuna struttura. Un piano di sicurezza viene sviluppato con indicazione al soggetto di auto-monitorare sentimenti di disperazione, di impotenza e disforia. Viene sviluppato un piano strutturato sui metodi di suicidio più diffusi, la regolazione delle emozioni (ridurre la tensione), l'acquisizione di competenze di base per la gestione dei sintomi. Il piano di sicurezza comprende la custodia del soggetto da parte dell'infermiere o di altro personale qualificato fino a che non venga messo in atto un piano di trattamento (Holkup, 2002, RCP, 2006).

La mobilitazione di risorse richiede frequentemente la pianificazione della risposta da parte del team.

Questo può includere azioni quali:

- identificazione dei principali membri della famiglia, amici, membri della comunità religiosa, che possono essere disponibili per un supporto telefonico sul posto (Holkup, 2002);
- migliorare la consapevolezza della famiglia e degli amici circa il disagio emotivo e il rischio di suicidio;
- individuazione dei servizi di emergenza, come il 118, servizi medici di emergenza, servizi di risposta alla crisi, risposta mobile e ambulatori disponibili nell'area di pratica degli infermieri (Holkup, 2002);
- poter accedere a servizi psichiatrici di emergenza e/o urgenza (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004);
- trovare alternative al ricovero ospedaliero, per esempio ambienti sicuri in emergenza; e
- contatto con i servizi di supporto religioso, spirituale e di altro genere.

In alcune situazioni, l'accesso a un team di supporto di emergenza o di altro personale sanitario può essere limitato o non fruibile. In una tale situazione la priorità dell'infermiere è quella di mantenere in sicurezza sia il soggetto che gli altri. L'obiettivo principale è quello di identificare il soggetto in uno stato di stress emotivo che è a rischio di fare del male a se stesso; creare un ambiente sicuro e mettere in atto interventi appropriati sulla base della gravità del disagio e del rischio di suicidio (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

Per ulteriori informazioni circa interventi di crisi, si rimanda al Best Practice Guideline RAO *Crisis Intervention* (RAO, 2006b).

Scheda pratica

Mobilitare le Risorse

(RNAO Development Panel, 2008)

- L'infermiere valuta il livello di rischio.
- L'infermiere identifica risorse emergenti, urgenti o elettive sulla base del livello di rischio valutato.
- L'infermiere mobilita le risorse appropriate (formali e informali).
- L'infermiere attiva direttamente le risorse appropriate se il rischio è imminente.
- L'infermiere assicura un trasporto protetto del soggetto utente con personale qualificato.
- In caso di autolesionismo o tentativo di suicidio, la mobilitazione delle risorse è sia psicologica che fisica.

Livello di evidenza IV

Vignetta

Scenario: L'infermiere di comunità fa la sua visita di routine per vedere un utente psichiatrica. Entrando nella stanza dell'utente, la trova seduta ad un tavolo con davanti una grande bottiglia di "Tylenol", aperto e vuoto. L'utente afferma che le era stata negata l'opportunità di fare un lavoro di volontariato e così ne aveva preso 'solo una manciata'. Esprime che non è sicura se vuole morire o soltanto addormentarsi e dimenticare tutti i suoi problemi. Insiste che starà bene e che non vuole alcun aiuto.

Riflessioni dell'infermiere: Anche se l'utente ha dichiarato che ha preso 'solo una manciata' di farmaci, l'infermiere sa che i soggetti suicidari possono nascondere o minimizzare la portata dei loro tentativi e possono sottostimare la letalità del loro comportamento. Anche se l'utente ha dichiarato che non era sicura se volesse morire o dormire, l'infermiere riconosce che questa è un'ambivalenza che può essere comune in un'ideazione suicidaria e, come tale, non esclude il rischio di morte. L'infermiere riconosce inoltre che le perdite improvvise o i disagi emotivi possono aumentare il rischio.

Risposta dell'infermiere: L'infermiere mobilita le risorse utilizzando il telefono cellulare fornito dalla sua struttura sanitaria e chiama immediatamente il 118 per segnalare un tentativo di suicidio. Rimane con l'utente e ne controlla il polso e la respirazione. L'infermiere continua a parlare con l'utente, ascoltando come lei esprimesse le sue preoccupazioni, in maniera empatica e non giudicante. Le spiega che sebbene lei non vuole aiuto al momento, è importante che venga valutata da un medico in questa situazione di emergenza. Gli assistenti di ambulanza la portano in ospedale accompagnata dall'infermiera nella parte posteriore dell'ambulanza. L'utente dichiara che vuole chiamare la sorella per farle sapere ciò che è accaduto. L'infermiere riconosce l'importanza del sostegno sociale per l'utente suicida e così si assicura che lei sia in grado di chiamare la sorella.

Vignetta

Scenario: L'infermiera ha lavorato con l'utente, Suzy, sin dal suo ricovero. Lei sente che ha un buon rapporto con Suzy, così come con i genitori e il fidanzato di Suzy che le fanno visita regolarmente. Suzy ha una storia di depressione e ha abusato di farmaci in passato, quando era sconvolta e si sentiva senza speranza. Suzy si è comportata bene e ultimamente ha avuto la possibilità di uscire da sola dalla struttura. L'infermiera ha notato oggi che Suzy era agitata dopo una discussione con il suo fidanzato. Aveva richiesto di uscire dalla struttura per fare una passeggiata per "calmarsi". Al suo ritorno, l'infermiera decide di andare nella stanza di Suzy per parlarle. Suzy dice che è stata al negozio e ha acquistato una bottiglia di "Tylenol", della quale ha ingerito l'intero contenuto.

Riflessioni dell'infermiere: L'infermiera sa che Suzy ha già abusato di farmaci in passato, quando si è sentita senza speranza. Lei è molto preoccupata che Suzy potrebbe aver preso una dose eccessiva di Tylenol come reazione alla discussione con il fidanzato; le nuove capacità di adattamento di Suzy sono ancora molto fragili. Non vuole lasciare Suzy da sola, tuttavia ha bisogno di chiedere aiuto. È l'ora di cena e sa che un collega è a cena, una è in farmacia, una è nella guardiola e l'ultima collega è con un altro utente nel corridoio opposto. Lei non vuole allarmare nessuno degli altri utenti o metterli in una situazione compromettente. L'infermiera si rende conto che ha bisogno di valutare rapidamente Suzy per determinare la gravità del tentativo e prendere i necessari accordi per il trattamento. L'infermiera sa che non è in grado di fare tutto da sola, dovrà mobilitare tutte le sue risorse, compresi i suoi colleghi, per fare tutto in tempo.

Risposta dell'infermiere: Dal momento che nessuno degli altri membri dello staff sono nelle vicinanze e non si sente sicura di lasciare Suzy da sola o con la sua compagna di stanza, l'infermiera chiede alla compagna di stanza di Suzy di andare in ambulatorio e chiede ad un'altra infermiera di venire mentre lei rimane con Suzy. Si rende conto che questa non è una grande soluzione, ma è molto preoccupata perché Suzy sta diventando soporosa. Cerca di ottenere più informazioni da Suzy, ma le sue condizioni cominciano a peggiorare. Quando arrivano due colleghe, ne invia una a dare l'allarme e l'altra a portare un monitor per i segni vitali e il carrello delle emergenze. L'infermiera rimane con Suzy e inizia prendere i segni vitali mentre arriva il team per l'assistenza medica. Quando il medico decide che Suzy deve essere trasferita alla terapia intensiva, l'infermiera manda la collega a prendere gli accordi, mentre lei contatta ed informa la famiglia. La famiglia è molto turbata e preoccupata per Suzy, così l'infermiera prende accordi affinché possano venire ed incontrarsi con il medico e visitare Suzy quando è stabile. Chiede alla collega di informare la terapia intensiva di questo. Sapendo che Suzy ha un assistente sociale nella comunità con cui lei e la famiglia lavorano a stretto contatto, lascia anche un messaggio per l'assistente in merito agli eventi. Infine, l'infermiera attiva il cappellano affinché possa essere disponibile per la famiglia mentre saranno in attesa alla terapia intensiva. Con tutti gli aiuti per Suzy in atto, l'infermiere informa le colleghe che lei sta andando in terapia intensiva per completare la sua consegna e a controllare le condizioni di Suzy.

Raccomandazione 8:

L'infermiere garantisce che l'osservazione e l'impegno terapeutico rifletta i cambiamenti nel rischio di suicidio dell'utente.

Livello di evidenza IV

L'osservazione deve iniziare immediatamente per chiunque sia a rischio di suicidio. Una volta completata la valutazione complessiva, il livello di supporto e di osservazione deve essere adattato alle esigenze. C'è molta variabilità nelle modalità di osservazione nell'ambito della letteratura internazionale (Jones, Ward, Wellman, Hall, e Lowe, 2000; O'Brien & Cole, 2003; Reynolds et al, 2005) e tra le linee guida (Crag, 2002; NZGG, 2003), con particolare riferimento alle caratteristiche nei diversi livelli di osservazione ed alle condizioni nelle quali i livelli di osservazione possono essere iniziati o modificati. Per cui lo scopo dell'osservazione è quello di fornire un supporto agli utenti che sono incapaci di porre in atto misure preventive sull'ideazione suicidaria, questa linea guida raccomanda che il livello di monitoraggio rifletta il cambiamento del livello di rischio del paziente, come determinato dal giudizio clinico e dalla collaborazione con il team di assistenza sanitaria (Clinical Resource e Audit di Gruppo, 2002; NZGG, 2003).

La consapevolezza del paziente nel comprendere e nel controllare il comportamento autolesionista è un importante fattore per determinare il livello di osservazione più appropriato (Murray & Hauenstein, 2008). Il processo decisionale per quanto riguarda i livelli di osservazione dovrebbe considerare il livello di rischio di suicidio, i supporti esistenti per monitoraggio, il livello di abilità degli individui che forniscono osservazione, l'idoneità dell'ambiente e le politiche organizzative (risorse cliniche e di Audit di Gruppo [Crag], 2002). In ambito ospedaliero o organizzativo extra-ospedaliero, l'osservazione varia dalla consapevolezza di dove l'utente si trovi in ogni momento a dove l'utente possa essere costantemente monitorato e fisicamente raggiungibile (Crag 2002). Pratiche di osservazione nelle comunità o dopo le dimissioni dall'ospedale sono descritti meno frequentemente in letteratura, ma possono coinvolgere le attuali strutture sociali di sostegno e influenzare le ulteriori decisioni in merito al coinvolgimento dei servizi presenti nella comunità e a livello ambulatoriale, con, se necessario, re-ospedalizzazione dei pazienti dimessi (APA, 2003; Crag, 2002). Inoltre, l'osservazione deve essere impostata "in misura meno restrittiva, per la minor quantità di tempo, nell'ambito di parametri poco restrittivi" (Crag, 2002, p. 10). Esempi di livelli di osservazione sono forniti in Appendice L.

L'ambiente terapeutico, che comprende l'interazione infermiere-utente, è strettamente legato alle esperienze maturate nell'ambito delle osservazioni sull'utente. Nel loro studio descrittivo di utenti psichiatrici ospedalizzati, Jones e colleghi (2000) hanno riportato che molti utenti si sentivano più al sicuro, assicurati e curati, piuttosto che violati, e provavano meno frustrazione quando conoscevano gli infermieri che li osservavano e questi ultimi parlavano con loro, piuttosto che rimanere lontani e silenziosi. A causa dell'influenza maturata attraverso l'esperienza degli

infermieri in relazione agli atteggiamenti e comportamenti sugli utenti, gli autori suggeriscono che l'osservazione deve essere considerata come un'opportunità per impegnarsi in interazioni terapeutiche con gli utenti (Jones et al., 2000).

Anche se l'osservazione deve essere effettuata da individui addestrati con le conoscenze e le competenze adeguate, il ruolo del non-professionista (membro della famiglia ad esempio) è oggetto di discussione e considerazione (Crag, 2002). Soprattutto, una chiara documentazione facilita la comunicazione all'interno del team e la valutazione continua e necessaria dell'osservazione (Crag, 2002). L'utente ed altre figure significative devono essere informati sulle decisioni prese in merito all'osservazione (Crag, 2002) e inclusi nel processo decisionale a seconda dei casi.

Raccomandazione 9:

L'infermiere lavora in collaborazione con l'utente per comprendere la sua prospettiva e soddisfare le sue necessità.

Livello di evidenza IV

Le persone suicide più facilmente manifestano di percepire di avere bisogno, e molti credono che i loro bisogni non siano stati pienamente soddisfatti (Pirkis, Burgess, Meadows e Dunt., 2001). Per contribuire a soddisfare le esigenze dell'utente, l'infermiere dovrebbe utilizzare tecniche di comunicazione efficaci, come l'ascolto e la validazione, in modo che la persona sia in grado di trasmettere la sua storia e le sue esigenze dal suo punto di vista (Gough, 2005; Murray & Hauenstein, 2008; O'Brien & Cole, 2003). Cdereke & Ojehagen (2002) hanno valutato le esigenze di clienti in cinque aree generali (di base, aspetti sanitari, sociali, il funzionamento quotidiano e servizi), ed hanno trovato che le esigenze di base, i bisogni sociali e sanitari sono considerati prioritari e come non soddisfatte durante i primi 12 mesi nei tentativi di suicidio. La gerarchia dei bisogni di Maslow (Maslow, 1943) (Figura 1) offre un quadro per la considerazione delle necessità, dove le esigenze di livello inferiore, come il cibo e riparo, devono essere soddisfatte prima di quelle di livello superiore, come il senso di autostima. Utilizzando un approccio centrato sulla persona e culturalmente competente per la valutazione, si possono identificare le esigenze specifiche del singolo.

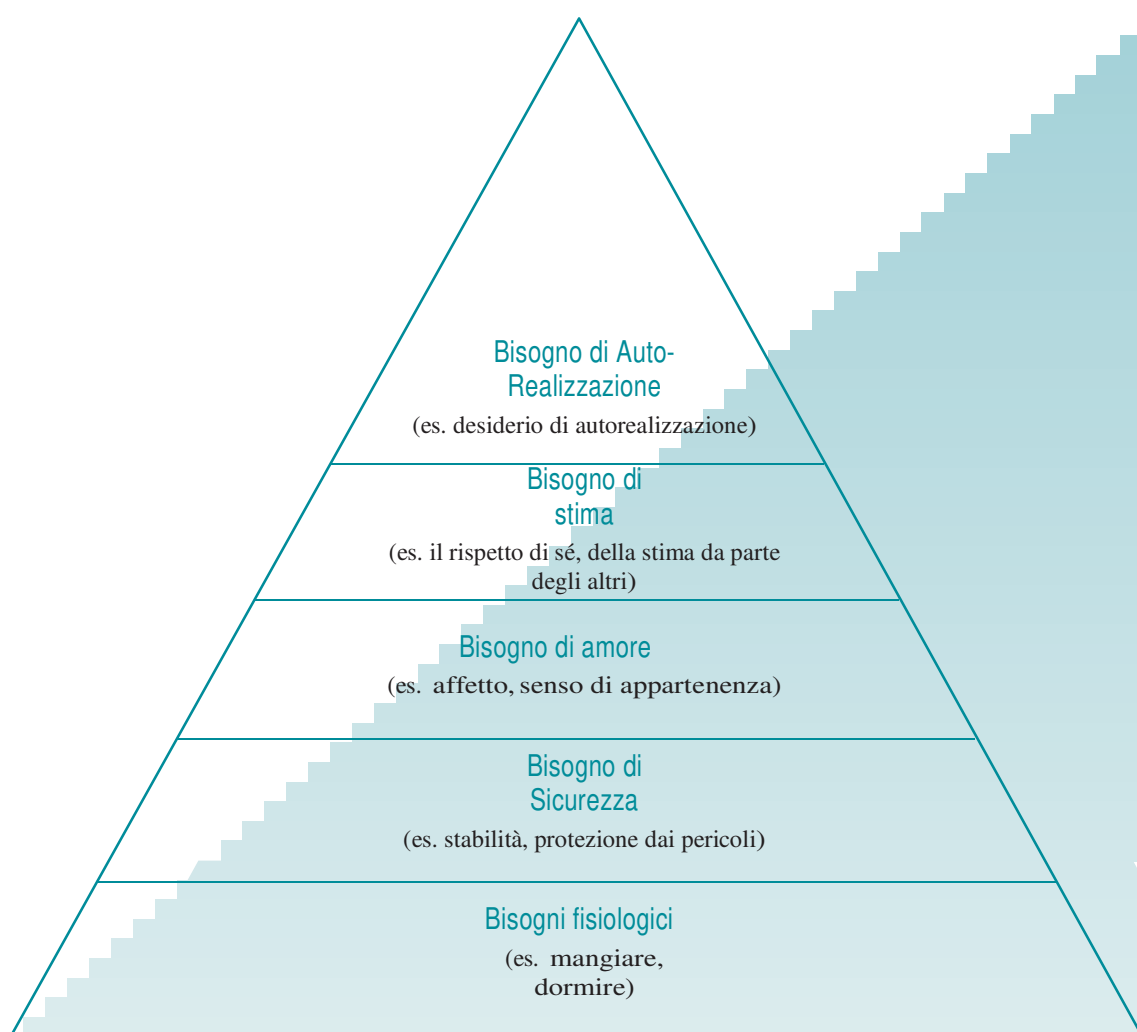


Figure 1: gerarchia dei bisogni di Maslow(Maslow, 1943)

Dopo l'identificazione dei bisogni, l'infermiere deve essere attivamente coinvolto con l'utente per sviluppare strategie al fine di soddisfare queste esigenze. Tali strategie possono coinvolgere i seguenti punti:

- Facilitare l'accesso ai servizi (Eagles, Carson, Begg e Naji., 2003)
- Counseling, farmaci e informazione (Pirkis et. Al., 2001)
- Impegno sociale attivo
- Incoraggiamento alla partecipazione attiva negli ambienti sociali, a seconda dei casi, per rafforzare l'ego della persona e modificare modelli di conflitto interpersonale (O'Brien & Cole, 2003)
- Collaborazione e lavoro di squadra per garantire un approccio proporzionale alle cure



La collaborazione rappresenta sia la condivisione reciproca che il lavorare insieme, per raggiungere obiettivi comuni, in modo tale che tutte le persone o gruppi siano riconosciuti e la crescita sia incrementata (Stanhope & Lancaster, 2000).

Scheda pratica

Le strategie possibili per affermare l'autostima dell'assistito

(RNAO Development Panel, 2008)

La validazione, il rispetto e la compassione rappresentano un percorso lungo al fine di dimostrare il valore della persona. Ecco alcuni modi per condividere con il paziente come le altre persone riconoscono il loro valore:

- Incoraggiare il paziente ad essere gentile e comprensivo con sé stesso. Supportarlo nell'utilizzo di un diario per descrivere i suoi pensieri e riformulare in modo positivo ogni pensiero negativo.
- Quando si dialoga con il paziente, riconoscere i suoi punti di forza.
- Collaborare con paziente per impostare obiettivi quotidiani raggiungibili e per realizzarli.
- Aiutare la persona a visualizzare il cambiamento. Aiutare l'assistito a descrivere il cambiamento desiderato e come realizzarlo.
- Aiutare il paziente a stabilire premi per i piccoli traguardi.
- Aiutare il paziente a non incolpare sé stessi quando qualcosa non va come voluto.
- Assistere il paziente per contrastare i pensieri negativi con dei pensieri positivi.

Livello di evidenza IV Evidence

Vignetta

Scenario: Carol è una nuova paziente che riferisce di essere stata segnalata dal medico di famiglia come a rischio suicidio. L'infermiere che l'ha incontrata per prima viene a sapere che Carol è una donna di 57 anni, vedova da un anno. Lei è fragile ed esile. Otto mesi fa è stata vittima di un furto con scasso. Da allora è diventata sempre più agitata e non riesce a dormire per paura di essere svaligiata di nuovo. Dopo essersi addormentata, si sveglia dopo soli 30-40 minuti credendo di aver udito qualcuno fuori. Ha cambiato la serratura, ma non si sente al sicuro. Racconta che suo marito aveva sempre provveduto alla sua sicurezza. Vive da sola. La sua amica più vicina abita a circa due miglia di distanza. Dal momento che lei non guida e suo marito l'aveva sempre accompagnata, lei non vede la sua amica dalla morte del marito. Esiste il trasporto pubblico, ma lei pensa che le scale degli autobus, le scale mobili della metropolitana e la folla sarebbero troppo per lei. Carol parla al telefono con la sua amica, circa una volta al giorno. Carol è in grado di raggiungere il negozio all'angolo per comprare cibo, ma afferma: "Non è divertente cucinare per una persona". Durante l'intervista, l'infermiere ascolta le rimuginazioni di Carol, "Sono così stanca di tutto". Carol è in lacrime e, a volte sembra distante.

Ragionamento dell'infermiere: l'infermiere riconosce che la discussione dovrebbe volgere su come il paziente percepisce ciò che sta accadendo nella sua vita. Utilizza differenti tecniche di comunicazione per meglio capire quali tra i bisogni non raggiunti, hanno portato alla crisi di questa ammissione. Utilizzando la Gerarchia dei Bisogni di Maslow (Maslow, 1943), l'infermiere modula le sue domande per comprendere:

- bisogni primari (dormire, mangiare, funzionamento quotidiano, problemi di assistenza sanitaria);
- esigenze di sicurezza (lavoro, soldi, sensazione di sicurezza, casa, trasporti, altri servizi);
- amore / bisogno di appartenenza (sociali, tra cui l'amicizia, la famiglia, l'intimità sessuale);
- bisogno di stima (fiducia, rispetto di se stessi/ degli altri e da parte degli altri, l'autostima)
- auto-realizzazione dei bisogni (capacità di risolvere problemi, accettare i fatti, la moralità, la mancanza di pregiudizi, la capacità di dimenticare, apprezzare la vita, la fiducia).

Risposta dell'infermiere:

L'infermiere chiede:

- Che cosa hai portato avanti nella tua vita?
- Che cosa è cambiato per te?
- Hai avuto problemi in passato, cosa è cambiato oggi?
- È successo qualcosa oggi, se sì, cosa? in che modo ti ha riguardato? In che modo questo ha influito sulle persone che consideri di tuo supporto?
- Qual è la relazione tra come ti senti e cosa ti è successo?
- In che modo quello che è successo influenza come ti senti riguardo il tuo futuro?
- Quali altri fattori stanno influenzando come ti senti?

Attraverso l'ascolto e l'osservazione, l'infermiere scopre che le necessità di base di Carol, il dormire, mangiare e il funzionamento quotidiano, sono a rischio. Altre esigenze a rischio sono: le sue esigenze di sicurezza, tra cui la sua sensazione di sicurezza e le sue esigenze di trasporto, il suo amore / bisogno di appartenenza nel momento in cui ha perso suo marito nonché il contatto fisico con la sua migliore amica, e la sua capacità di auto-realizzazione. Carol presenta uno stato di depressione, molto ansioso e angosciato, che fa passare in secondo piano la sua capacità di risolvere problemi, un componente primario nella sua auto-realizzazione. L'infermiere e Carol, lavorano insieme per dare priorità alle esigenze di quest'ultima. In primo luogo hanno lavorato sui bisogni e sulle esigenze di sicurezza. L'infermiere intraprende i percorsi interventi che aiuteranno Carol a raggiungere sia il benessere fisico che emotivo. L'infermiere sottopone a Carol ulteriori domande per valutare se è in grado di autogestirsi o se ha bisogno di ulteriore supporto, mentre si trova in questo stato emotivo di difficoltà.

Raccomandazione 10:

L'infermiere utilizza un approccio di problem-solving reciproco (utente ↔ infermiere) per agevolare nel paziente la comprensione di come sono percepiti i suoi problemi e si generino soluzioni.

Livello di evidenza IV

Ideazione e comportamento suicidari rappresentano spesso un modo per far fronte a situazioni che l'individuo percepisce come insopportabili e possono essere collegati al dolore psicologico ed emotivo (Berlim, Mattevi, Pavanello, Caldieraro, Fleck, Wingate, et al., 2003). Come tale, la suicidalità non necessariamente significa comunicare un desiderio di morire e può essere influenzata da tutti gli interventi che permettono alle persone, strategie alternative di risoluzione dei problemi. Secondo Sakinofsky (2007b), ridurre il rischio di suicidio significa impedire al paziente di essere travolto dalle difficili situazioni causate dall'accumularsi dei problemi.

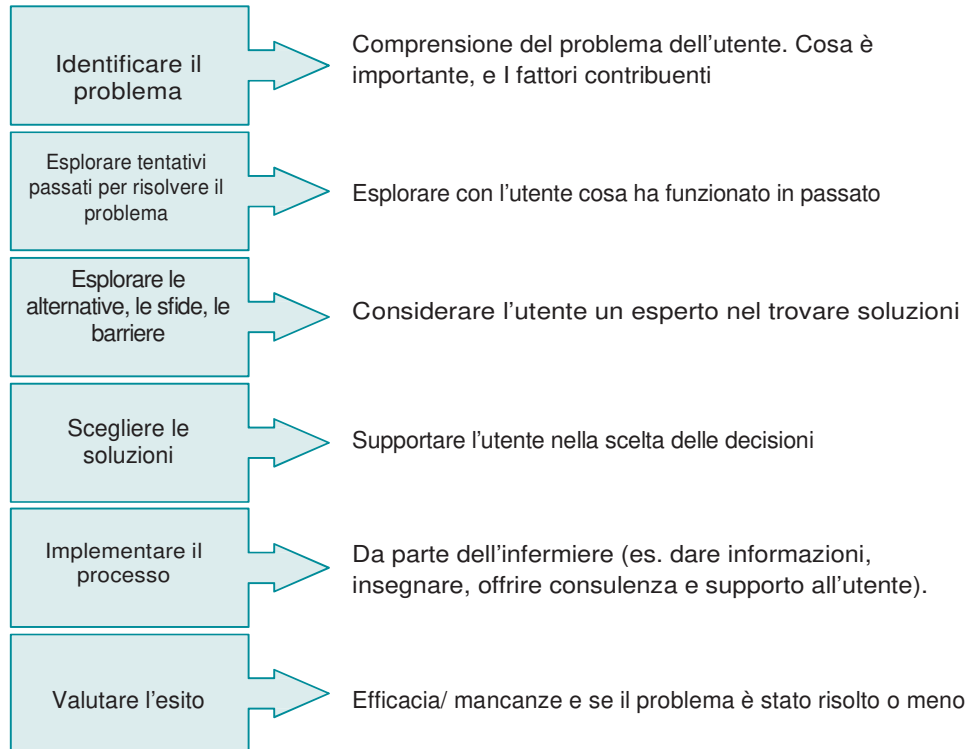
Molti pazienti non possono capire la connessione tra i loro fattori di stress e i loro pensieri o comportamenti suicidari (Murray & Hauenstein, 2008). Aiutando le persone a riconoscere il modo in cui percepiscono i loro problemi e generare soluzioni a questi problemi (cioè il suicidio), l'infermiere può facilitare la comprensione del paziente di ciò che ha portato all'ideazione suicidaria e come utilizzare varie possibilità, in futuro, di problem-solving (Fontaine, 2003; Murray & Hauenstein, 2008). Promuovere il coinvolgimento del paziente nel generare le proprie strategie assicura non solo l'adeguatezza di tali strategie, ma anche aiuta il paziente ritrovare un senso di controllo riguardo la situazione. La strategia più importante per i pazienti e le loro famiglie è come risolvere i problemi (Fontaine, 2003). Quando si applica un approccio problem-solving, è anche importante adattare questo approccio basato sulla prontezza del paziente e sul continuum in cui il paziente è autonomo o dipendente. Pazienti autonomi si sentono intrappolati e hanno bisogno di sostegno e maggior autonomia; pazienti dipendenti hanno bisogno di non sentirsi abbandonati (Burgess, 1998).

Anche se è ampiamente utilizzato nella pratica infermieristica di salute mentale, il riferimento teorico riguardo gli attributi essenziali e l'efficacia del problem-solving, è carente. Tuttavia, nonostante le lacune nelle conoscenze riguardo la terapia di problem-solving, ha mostrato risultati promettenti nel ridurre ripetuti episodi di autolesionismo (Hawton, Townsend, Arensman, Gunnell, Hazell, Casa, et al, 2006;. Mustafa Soomro, 2006) ed è stato collegato alla gestione dei trigger di impulsività (Fontaine, 2003). Alcuni clienti in crisi possono avere difficoltà a pensare in modo chiaro, sono confusi e hanno difficoltà di problem-solving. Per una comprensione di come approcciarsi a questo tipo di clienti, soprattutto per quanto riguarda l'esplorazione di coping e negoziazione di un piano d'azione, ci si riferisce al RNAO Best Practice Guideline Crisis Intervention (RNAO, 2006b).

Ulteriori ricerche si sono focalizzate sulla terapia del problem-solving come intervento infermieristico. Taylor (2000) ha affermato che la capacità dell'infermiere di fornire sicurezza e competenza nella cura, dipende dall'attitudine e da una buona pratica clinica nel problem-solving. Il problem-solving è definito come un generatore di possibili soluzioni ad una preoccupazione, e deve quindi essere parte integrante della pratica di tutti i professionisti '(Eisenhauer & Gendrop, 1990 p.80, come citato in Taylor, 2000). Questo processo inizia quando il problema del paziente è identificato dall'infermiere e raggiunge il punto in cui si è presa una decisione che allievi o risolva il problema. Un quadro suggerito per un approccio problem solving è disponibile nella pagina successiva.

Approccio Problem Solving

(Muxlow & Hamer, personal communication, October 2007)



Scheda pratica

Strategie pratiche che utilizzano un approccio di Problem Solving alle soluzioni

(RNAO Development Panel, 2008)

A. Identificare il Problema

1. Chiedere al paziente di descrivere ciò che sta accadendo. Chi sono le altre persone coinvolte?
2. Aiutare il paziente a scomporre il problema generale per concentrarsi sul problema più immediato (priorità).
3. Quali sono i trigger ed i modelli di possibili azioni autodistruttive?
4. Assistere il paziente nell'auto-monitoraggio attraverso l'utilizzo di diari per recuperare aspetti nelle relazioni, stati d'animo, trigger e modelli di autolesionismo comportamentale.

B. Esplorare comportamenti passati per affrontare i problemi.

1. Aiutare il paziente a identificare ciò che ha funzionato in passato.
2. Aiutare il paziente a identificare i supporti / risorse / punti di forza personali.

C. Esplorare Alternative / Sfide per produrre soluzioni

1. Identificare i piccoli passi che produrranno un cambiamento e una sorta di controllo.
2. Esaminare il ruolo dei farmaci per ridurre l'ansia (APA, 2003).
3. Esplorare le alternative sicure, come la respirazione ed il rilassamento (Frazier et al., 2003).

D. Scegliere soluzioni

1. Concentrarsi su come aiutare il paziente ad identificare i piccoli passi, le strategie di coping, la riduzione dello stress, di problem-solving e l'auto-esame dei risultati.

E. Implementare il processo

1. Identificare quando il paziente vuole "fermarsi e riflettere" e accordarsi collaborativamente sulle azioni.
2. Riportare successi, emozioni, e fonti di apprendimento è utile (Fontaine, 2003).
3. Fornire sedute terapeutiche a tempo limitato per assistere il paziente nella risoluzione di problemi interpersonali correnti (Gaynes, West, Ford, Frame, Klein & Lohr, 2004).

F. Valutare i risultati

1. Promuovere la realistica autovalutazione attraverso discussioni con il paziente e con i propri limiti e capacità. Aiutare il paziente a riflettere sugli esiti degli obiettivi decisi.
2. Incoraggiare – sottolineare i piccoli successi e rafforzare la capacità del paziente di valutare sé stessi (Fontaine, 2003).

Livello di evidenza IV

Vignetta

Scenario: un infermiere psichiatrico all'accettazione si rende conto che il medico di famiglia di Carol è preoccupato per la sua tendenza al suicidio. Durante il colloquio di ammissione con Carol, l'infermiere viene a sapere che Carol è una vedova che vive da sola ed è stata vittima di un furto, quattro mesi dopo la morte del marito. Carol è agitata e non riesce a dormire per timore di essere svaligiata di nuovo. L'infermiere viene a sapere anche che Carol non si sente sicura e crede di sentire qualcuno fuori. Carol afferma che suo marito la teneva sempre al sicuro. Anche se la più cara amica di Carol vive a due miglia di distanza, lei non guida e considera il pubblico trasporto troppo affollato. Aveva sempre permesso al suo defunto marito di accompagnarla a visitare la sua amica. Carol cammina sino al negozio all'angolo per procurarsi il cibo, la sua sensazione è che non è divertente cucinare per una persona ed è "stanca di tutto questo".

Riflessioni dell'infermiere: Durante la sua interazione e conversazione con Carol, l'infermiere riconosce che il problem-solving comprende varie componenti nel processo di cura e riconosce che Carol è la persona di maggiore esperienza in questa situazione. L'infermiere si avvale DI capacità di comunicazione interpersonali e di tecniche quali l'ascolto, il rispetto, calore e concretezza, genuinità, per coinvolgere Carol nella comprensione del qui ed ora, nell'esplorare la sua storia passata, e nello sviluppo di alternative e soluzioni ai problemi da lei individuati.

Utilizzando il problem-solving, le interazioni dell'infermiere e gli interventi si concentrano su:

- La percezione da parte di Carol del problema e l'impatto sulle sue attività quotidiane, sul ritmo del sonno, sulla sua agitazione, paure e pianto;
- Determinare la sicurezza di Carol ed il rischio di autolesionismo legate ai commenti "Sono stanca di tutto questo" e "non è divertente cucinare per uno";
- Scoprire cosa funzionava in passato per risolvere i problemi;
- Individuazione dei punti di forza di Carol, della capacità di coping, sistemi di supporto, risorse, relazione con la sua migliore amica;
- Esplorare quello che le darebbe un senso di controllo, di sicurezza personale e ridurrebbe il suo livello di ansia;
- Validare e supportare le scelte di Carol per risolvere il problema;
- Rafforzare le capacità di problem solving, di Carol, esplorando i modi per aiutarla a raggiungere il suo obiettivo e gestire le sue aspettative;
- Festeggiare con Carol i suoi risultati / successi.

Risposta dell'infermiere: la capacità di ascolto dell'infermiere e la capacità di concentrarsi sul qui ed ora è fondamentale per facilitare il processo di Carol nell'identificare il problema e arrivare ad una soluzione. Assiste Carol nella comprensione dell'interconnessione tra la perdita del marito, il furto, il presentarsi dei suoi sintomi fisici e emotivi, e l'effetto cumulativo che ha sul suo benessere mentale. Uno degli aspetti importanti del ruolo dell'infermiere è valutare la sicurezza e rischio di autolesionismo di Carol, facendo domande specifiche e dirette sul gesto suicida, sull'intento suicida, e sul piano per porre fine alla sua vita, così come gli interventi per ridurre i fattori di stress percepiti o reali sul suo benessere mentale. L'infermiere identifica Carol come l'esperta in questa situazione e attinge ai suoi punti di forza, alla sua effettiva capacità di problem solving dalle esperienze passate, escludendo dal sistema di supporto la sua migliore amica e le risorse. Inoltre, ella esplora a piccoli passi tecniche di rilassamento e di respirazione per dare un senso di controllo a Carol e ridurre la sua ansia.

L'interazione dell'infermiere con Carol comprende feedback positivo sulle sue scelte, la decisione di risolvere il problema, così come un'opportunità per Carol di riflettere sui risultati attesi per riguadagnare benessere mentale. L'intervento comprende anche le informazioni e l'insegnamento per permettere di far identificare a Carol le varie strategie di coping. L'infermiera offre a Carol anche sedute terapeutiche a tempo limitato per aiutarla a raggiungere il suo obiettivo e renderla aperta al sostegno psicologico in relazione alle sue scelte / decisioni. La promozione di aspettative realistiche è importante per riaffermare i punti di forza di Carol, le abilità e le strategie utilizzate in questo situazione, possono essere utili per far fronte ad altre situazioni. Tuttavia, è importante bilanciare questa strategia discutendo aspettative irrealistiche e limitazioni. Infine, l'infermiera incoraggia Carol a celebrare i piccoli risultati e rafforza le capacità di Carol di risolvere il problema.

Raccomandazione 11:

L'infermiere incoraggia la speranza nell'utente con tendenza suicida.

Livello di evidenza IV

È ben noto che la disperazione è associata a aumentato rischio di suicidio, a tentativi di suicidio, e ad un aumentato livello di intenti suicidi (APA, 2003). La disperazione, caratterizzata da sentimenti di inadeguatezza e di incapacità ad agire per proprio conto, è la percezione di non avere la speranza che la propria situazione di vita possa cambiare o migliorare (Murray & Hauenstein, 2008). Quando la persona sta vivendo uno stato di disperazione, l'infermiera può instillare / favorire un senso di speranza per il futuro (MacLeod et al., 1997).

C'è una forte relazione tra la speranza e la cura (Cutcliffe & Barker, 2002). Creando un rapporto terapeutico con l'utente, l'infermiere trasmette la tolleranza e l'accettazione. La percezione dell'utente di essere adeguatamente trattato influisce su come egli si sente.

I pazienti - suicida sentono spesso un senso opprimente di disperazione e possono proiettarlo sull'infermiere. L'infermiere deve essere consapevole del suo/ suoi sentimenti di speranza e/ o di disperazione, per essere in grado di supportare l'assistito. L'infermiere che considera la persona senza speranza deve indirizzare questo verso riunioni del team o verso la supervisione clinica, in modo che i sentimenti di disperazione o di colpa dell'infermiere non vengano trasmessi all'assistito. Consultare l'Appendice D per un'ulteriore discussione sui problemi transfert e controtransfert che possono sorgere nel fornire cura agli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario.

L'idea di speranza è anche ben collocata nel contesto del ricovero. Fare riferimento all'Appendice R per le letture suggerite in relazione ai modelli di recupero.

Raccomandazione 12:

L'infermiere è consapevole degli attuali trattamenti indicati per fornire sostegno, advocacy, rinviare allo specialista, monitorare ed effettuare interventi di educazione alla salute in modo appropriato.

Livello di evidenza IV

Modalità di trattamenti che possono essere utilizzati per gestire il rischio di ideazione e comportamento suicidario nei clienti sono: psicoterapia, psicofarmacologia, la terapia elettroconvulsiva (ECT) e terapie alternative o complementari (APA, 2003; Hawton, Townsend et al, 2006;. NZGG, 2003). Come parte del team multidisciplinare, l'infermiere deve avere la conoscenza di queste modalità in modo da fornire a seconda dei casi interventi di sostegno centrati sul paziente riguardanti il monitoraggio e gli interventi didattici per il benessere. Questa area offre molte opportunità di rinvio alle persone che hanno competenze specialistiche (ad esempio infermieri, infermieri con specializzazione in psichiatria, psichiatri e altri professionisti del settore sanitario). Mantenendo un approccio centrato sull'utente e culturalmente sicuro, è anche importante esplorare le conoscenze e significati che il paziente ha delle varie opzioni di trattamento.

Psicoterapia

La maggior parte degli studi riguardanti gli indirizzi psicoterapeutici, come la Terapia Cognitivo- Comportamentale, la Terapia Comportamentale Dialettica, sono incentrate sul loro uso nell'affrontare i sintomi ed i fattori di rischio psicosociali, legati ai disturbi specifici (APA, 2003), come il disturbo borderline di personalità (Linehan, 1993) e la schizofrenia (Mamo, 2007). Altre linee guida e revisioni sistematiche evidenziano la scarsità di studi rigorosi che valutano direttamente l'efficacia di queste modalità sulla riduzione suicidaria (APA, 2003;. Hawton, et al, 2006; Mann et al, 2005;. Mustafa Soomro, 2006). Tuttavia, nonostante le lacune nella letteratura, il consenso clinico continua a suggerire che gli interventi psicosociali e specifici approcci psicoterapeutici sono di beneficio per l'utente suicida (APA, 2003).

La psicoterapia è un "metodo di trattamento per la malattia mentale in cui un professionista della salute mentale ed un paziente discutono i problemi e gli stati d'animo per trovare soluzioni. La psicoterapia può aiutare gli individui a cambiare i loro pensieri e modelli di comportamento o comprendere come l'esperienza passata influenzi il comportamento attuale (National Institute of Mental Health Glossary, 2005).

Psicofarmacologia

Farmaci nel trattamento della depressione e l'ansia possono giocare un ruolo nella cura degli utenti a rischio di ideazione e comportamento suicidario (APA, 2003; Diaconu & Turecki, 2007; Sher, Oquendo & Mann, 2001). Gli infermieri dovrebbero possedere le conoscenze e le competenze necessarie per sostenere, monitorare e fornire supporto educativo all'utente e ai familiari, relativamente all'uso di psicofarmaci come possibile trattamento. Sebbene i farmaci possano aiutare a controllare i sintomi correlati al rischio di suicidio, il loro uso non costituisce necessariamente un fattore protettivo (Baldessarini, Pompilli, Tondo, Tsapakis, Sodani, Faedda et al., 2005) e, quindi, uno stretto monitoraggio clinico nell'uso della psicofarmacologia è essenziale con i clienti a rischio suicidario. Monitorare un utente che sta prendendo farmaci, implica conoscere i sintomi di base dell'individuo in modo che questi sintomi possano essere riconosciuti rispetto ai sintomi associati agli effetti avversi da farmaco (Baldessarini et al, 2005;. NZGG, 2003).

La Psicofarmacologia è una sotto specialità della farmacologia che include farmaci mirati ad agire sul cervello e sui comportamenti legati a disturbi psichiatrici (Austin & Boyd,

2008).

Terapia elettroconvulsiva

La Terapia Elettroconvulsiva (ECT) può essere usata per trattare gli utenti che sono a più alto rischio suicidario. Le evidenze disponibili suggeriscono che l'ECT riduce a breve termine l'ideazione suicidaria, ma che è soprattutto indicata in circostanze cliniche più specifiche, come la depressione (APA, 2003; Sakinofsky, 2007c). Poiché non vi è alcuna prova di una riduzione a lungo termine o per lungo periodo del rischio di suicidio dopo un ciclo di ECT, un attento monitoraggio ed un trattamento supplementare con psicofarmaci sono solitamente richiesti durante le settimane ed i mesi successivi (APA, 2003).

Modalità complementare e alternativa

Le modalità alternative e complementari (MAC) sono utilizzate dagli utenti, come modalità di trattamento in aggiunta alla gestione del loro comportamento suicidario, legato alla depressione, all'ansia o ad una malattia mentale (Brugha, Rampes & Jenkins, 2004, Ernst, Rand & Stevinson, 1998; Linde, Ter Reit, Hondras, Vickers, Saller & Melchart, 2001; Williams, Mulrow, Chiequette, Noel, Aguilar e Cornell., 2000). Queste includono modalità di trattamento, quali rimedi erboristici, dietetici, integratori, massaggi / riflessologia, aromaterapia, agopuntura, yoga, meditazione, reiki e musica (Brugha, et al, 2004; Weier & Beal, 2004). È importante per l'infermiere esplorare la comprensione dell'utente sull'uso delle MAC, in modo da garantire che la sua sicurezza venga mantenuta, in particolare con l'utilizzo aggiuntivo di psicofarmacologia convenzionale.

È necessario effettuare anche considerazioni di natura culturale. L'infermiere deve essere rispettoso delle differenze all'interno e tra i gruppi etno-culturali, e delle persone all'interno di tali gruppi che non sono considerati essere "alternativi". Piuttosto, essi sono parte integrante per la salute ed il benessere e possono essere utilizzati insieme agli approcci farmacologici tradizionali, da soli o per niente. Ad esempio, la sauna, lo spalmarsi, piante medicinali e molti altri approcci tradizionali sono utilizzati da First Nations (Waldram, 1997).

Scheda pratica

Approcci utili al paziente utilizzando modalità complementari e alternative (MCA)

(RNAO Development Panel, 2008)

1. Riconoscere che il paziente utilizza o ritiene di utilizzare terapie complementari e alternative come modalità di trattamento primaria e/o adiuvante.
2. Siate disposti e pronti a lavorare con l'utente, a prescindere dalla scelta o dalle sue preferenze.
3. Conoscere la gamma di trattamenti complementari e alternativi utilizzati e le motivazioni per il loro uso.
4. Conoscere la differenza tra il trattamento convenzionale e un trattamento alternativo
5. Utilizzare le capacità di comunicazione interpersonale e le conoscenze sugli interventi terapeutici per:
 - esplorare le credenze del paziente e i punti di vista sui trattamenti convenzionali e alternativi;
 - chiedere al paziente i farmaci che sta utilizzando e una eventuale terapia alternativa che il paziente ha utilizzato, provato e / o sta utilizzando;
 - chiedere al paziente se utilizza trattamenti complementari e / o alternativi, il motivo dell'eventuale scelta e le aspettative dei benefici riconosciuti o attesi;
 - verificare se il paziente è a conoscenza di eventuali effetti collaterali;
 - avere conoscenze per fornire informazioni sull'uso di farmaci concomitanti, come anticoncezionali per via orale, anticoagulanti e farmaci antipertensivi;
 - controllare che non vi siano interazioni farmacologiche dannose, nel caso si utilizzino altri farmaci e,
 - procedure utilizzate come da protocollo.

Livello di evidenza IV

Vignetta

Scenario: Jim, 42 anni, sposato, è al centro di salute della comunità che chiede di vedere il medico. Uno degli infermieri chiede a Jim se ha un appuntamento. Jim risponde "No! Ho bisogno di vedere il medico per fare scomparire dalla mia testa queste maledette cose". L'infermiere chiede a Jim di sedersi e dichiara: "Tornerò presto". L'infermiere informa il responsabile che c'è un paziente che desidera vedere il medico, ma non ha un appuntamento. Nel frattempo, Jim comincia ad essere turbolento e agitato nella sala d'attesa. Il responsabile decide di snellire i tempi di attesa di Jim a causa del suo comportamento e chiede che l'infermiere raccolga alcune informazioni da Jim.

Improvvisamente, il comportamento irrequieto di Jim si attenua quando si rende conto che sta per essere visitato. L'infermiere invita Jim a seguirlo nell'ambulatorio per rispondere ad alcune domande. Durante il colloquio, lui gli rivela che tre anni fa era in ospedale per depressione maggiore e che assume farmaci per la depressione, la pressione sanguigna e l'ansia. Quando l'infermiere chiede ulteriori notizie sulla sua depressione, e sulle terapie, Jim riferisce che a volte si prende l'erba di San Giovanni, ginkgo, aglio e olio per fermare "i cattivi pensieri che mi inducono a farmi male".

Riflessioni dell'infermiere: l'infermiere acquisite le informazioni dal paziente, ipotizza che la decisione di prendere farmaci complementari potrebbe interferire con l'efficacia della cura prescritta per la sua depressione. Nel pensare a come procedere, egli considera su quali aspetti relativi alla salute e al benessere del paziente focalizzare l'attenzione, quali informazioni avrebbero potuto essere utili a fornire assistenza alla paziente, e come avrebbe potuto aiutarlo ad utilizzare nuove strategie per ridurre il suo livello di ansia.

Risposta dell'infermiere: l'infermiere chiede alla persona assistita le ragioni per cui prende l'erba di San Giovanni e gli altri prodotti erboristici, così come egli ne percepisce l'efficacia. Le conoscenze dell'infermiera sull'azione dell'erba di San Giovanni e del ginkgo in concomitanza con antidepressivi vi fornirà informazioni circa la risposta dell'utente all'uso complementare delle due terapie, come evidenziato dal miglioramento dell'umore o da una diminuzione dello stato depressivo. Inoltre, le conoscenze degli infermieri aiuteranno anche nella fase di intervento invitando il paziente a consultare il farmacista e/o altri professionisti della salute prima di utilizzare terapie a base di erbe, per essere informato di possibili effetti collaterali, quali i disturbi gastrointestinali, l'uso di abbigliamento protettivo per la luce del sole, gli effetti sulle cellule riproduttive e le controindicazioni circa la procreazione, le interazioni con gli antidepressivi, e, l'identificazione di nuove strategie.

Raccomandazione 13a:

L'infermiere identifica le persone interessate da suicidio che possano beneficiare di risorse e supporto, e le segnala se richiesto.

Livello di evidenza IV

Raccomandazione 13b:

L'infermiere può avviare e partecipare a sessioni di debriefing con altri componenti del team assistenziale in base a protocolli organizzativi.

Livello di evidenza IV

Interventi sugli effetti traumatici nei soggetti colpiti da lutto conseguente a morte per suicidio di persone vicine, offrendo servizi di salute mentale e di sanità pubblica (supporto psicologico) (Shneidman 1981, come citato in Brock 2003; Wilson & Clark, 2005). "Nel campo della prevenzione, il termine 'sopravvissuto' è usato per descrivere qualcuno che ha perso una persona per lui significativa a causa di suicidio. Non si riferisce a coloro che hanno fatto un tentativo di suicidio e sono sopravvissuti" (Ball & White, 2005). Lo scopo primario di questi interventi è quello di sostenere il recupero emotivo delle persone affette da una perdita a causa di suicidio evitando il contagio o l'imitazione dei comportamenti suicidari (Dafoe e Monk, 2005). Giovani che hanno una storia di depressione o precedente ideazione o comportamento suicidario possono essere particolarmente a rischio di effetto contagio; una risposta pianificata per sostenere amici e altri che si trovano nella stessa condizione può essere efficace nel ridurre le difficoltà psicologiche, fisiche e sociali nelle persone che hanno subito un lutto a causa di suicidio (Dafoe e Monk, 2005).

In una revisione sistematica della letteratura, Sakinofsky (2007a) ha trovato reazioni uniche per le persone che hanno perso una persona significativa a causa di suicidio. Anche se il dolore associato a questo tipo di perdita ha molto in comune con altre forme di lutto complicato, soprattutto il dolore traumatico, i sentimenti come la vergogna, la colpa e una ricerca continua del motivo di tale gesto può renderlo diverso

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

- i parenti e gli amici di persone decedute a causa di suicidio sono più vulnerabili alla malattia depressiva e al disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e la famiglia è spesso coinvolta (Sakinofsky, 2007a). Ci sono relativamente pochi studi sull'efficacia di questi interventi che seguono a morti per suicidio e le meta-analisi di programmi che permettono di analizzare questi risultati non sono "mirati e i dati analizzati sono poco rappresentativi" (Sakinofsky, 2007a, p.134S).

Il grado in cui è coinvolto l'infermiere nel lavoro con le persone in lutto è variabile e si baserà su molti fattori, come le politiche organizzative, le preferenze degli individui in lutto e il livello al quale l'infermiere è disponibile a impegnarsi nella relazione terapeutica. Data la vasta gamma di persone che possono intervenire in questa situazione, potrebbe essere un altro professionista della salute a fornire questi servizi (di assistenza alle vittime cioè medici di medicina generale, medico legale, psicologi, polizia, leader religiosi e il clero). L'appendice M fornisce esempi di possibili strategie per fornire supporto dopo l'evento traumatico del suicidio.



Nel fornire questo tipo di supporto, è importante prestare attenzione alla disponibilità individuale a discutere la morte e il lutto. Si suggerisce che i professionisti sanitari dovrebbero evitare di enfatizzare la morte, glorificando o diffamando la vittima di suicidio, o fornendo eccessivi dettagli sul gesto suicida (Gould & Kramer, come citato nel Brock, 2003). Inoltre, i professionisti sanitari non dovrebbe imporre le proprie credenze, tra cui le credenze religiose, ai pazienti.

Molte scuole, istituzioni e servizi di sostegno dopo il suicidio ora includono di routine un momento d'ascolto psicologico sull'evento critico. Questo ascolto è comunemente fornito come una singola sessione nel periodo immediatamente successivo al suicidio. Il suo utilizzo si basa sul presupposto che il parlare e ascoltare possa minimizzare il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) o altre reazioni avverse a situazioni traumatiche. L'utilizzo di questo intervento è diffuso, nonostante il fatto che i suoi benefici per i partecipanti non sono stati ancora chiaramente definiti. Recenti revisioni di studi randomizzati controllati di ascolto psicologico, hanno suggerito che non è necessariamente efficace nel ridurre il PTSD, la morbilità psichiatrica, la depressione, l'ansia o i sintomi di disagio e può, addirittura, aumentare il rischio di PTSD. Questa conclusione invita a una revisione critica della pratica in questo settore e, in particolare, in considerazione del fatto che questa elaborazione può avere effetti dannosi. Tuttavia, si è ora diffusa l'aspettativa da parte degli utenti di questo momento per tutti gli incidenti traumatici, e le vittime di tali incidenti riferiscono che trovano aiuto in questo processo. Dato il livello di popolarità potrebbe essere difficile abolire questo servizio (Beautrais, 2004).

Questi servizi potrebbero essere forniti da consulenti e altri professionisti della salute mentale, e / o dallo specialista con competenze ed esperienza nel facilitare i programmi di ascolto psicologico dopo le morti per suicidio. L'appendice N fornisce esempi di strategie in tal senso.

Vignetta

Scenario: la polizia ha chiamato il leader del team in una unità psichiatrica di un grande ospedale urbano informandolo che il signor Jones, 54 anni, è morto per suicidio, mentre trascorreva il week-end fuori dall'ospedale. Il signor Jones, era stato ricoverato tre volte negli ultimi due anni. Molte unità del personale avevano lavorato a stretto contatto con lui. La signora Jones ha anche chiamato per dire che arriverà il giorno dopo con il figlio più grande Tom, 28 anni, per prendere gli effetti personali del sig. Jones.

Riflessioni dell'infermiere: Il leader del team è consapevole che molte persone possono essere influenzate dal suicidio del sig. Jones, tra famiglia, amici, personale (compreso il personale clinico e non clinico) e gli altri pazienti dell'unità, e che l'efficacia del trattamento fino ad oggi non è ben studiata. Il buon senso suggerisce che alcune persone potranno beneficiare dei gruppi di sostegno con persone che hanno subito una perdita simile e che altri preferiscono supporti individuali, professionali o altro. Il capo del team capisce anche che spesso una morte per suicidio è circondata dallo stigma e che alcuni membri della famiglia potranno non partecipare. Inoltre, non è raro per i professionisti della salute mentale di provare dolore, rabbia, senso di colpa e paura di essere biasimati - alcuni addirittura prima di provare profonda tristezza e vissuti di perdita dopo la loro reazione iniziale (Sakinofsky, 2007a). "Una minoranza importante dei professionisti presenta sintomi di PTSD e depressione che durerà per un tempo considerevole" (Sakinofsky, 2007a, p. 135S).

Risposta dell'infermiere: il capo del team chiede un incontro con il personale subito dopo essere stato chiamato a informare i membri del personale di ciò che è trapelato e di sviluppare una strategia per sostenere gli altri pazienti dell'unità e contenere le reazioni potenzialmente pericolose a causa del suicidio, per emulazione del comportamento suicidario (Sakinofsky, 2007a). In collaborazione con il team di trattamento, il responsabile decide di rinviare ulteriori ricoveri nell'unità fino a quando l'ambiente sarà stabilizzato. Inoltre, l'èquipe decide di valutare le azioni da svolgere per i pazienti con propensioni suicide che si pensa siano maggiormente in difficoltà. Si decide che un livello più alto di osservazione può essere consigliabile per quei pazienti che erano vicini al defunto. Il responsabile chiede anche un incontro con i pazienti dell'unità per informarli delle azioni intraprese e rispondere alle loro domande (Sakinofsky, 2007a). Una unità del personale clinico è designata a relazionare dettagliatamente l'incontro. Il responsabile si riunisce con la famiglia quando arrivano per ottenere supporto con una unità del personale designata che ha lavorato a stretto contatto con il paziente - per far sì che la famiglia abbia le informazioni e il supporto di cui ha bisogno in questo momento, comprese le informazioni relative alle risorse del team in relazione alla disponibilità. Alla fine di questa sessione, riflettono sulla opportunità per il personale che desidera farlo, di partecipare al funerale. Il responsabile verifica con il personale la necessità di fare nuovi incontri nelle settimane successive.

Raccomandazione 14:

L'infermiere richiede supporto attraverso la supervisione clinica per essere consapevole dell'impatto emotivo su sé stesso e migliorare la propria pratica clinica, quando lavora con l'utente adulto a rischio di ideazione e comportamento suicidario.

Livello di evidenza IV

La supervisione clinica è un processo di supporto, interattivo che aiuta gli infermieri a sviluppare la loro conoscenza e le capacità professionali, offrendo un'occasione di riflessione e di sostegno. L'importanza della supervisione clinica per l'infermiere che lavora con pazienti a rischio di suicidio è in accordo con la letteratura corrente (Carlen & Bengtsson, 2007; Cutcliffe & Barker, 2002; Linehan, 1993; NCCMH, 2004; NZGG, 2003; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm, 2004). Lavorare con pazienti che sono a rischio di ideazione o comportamento suicidario può essere stressante per l'infermiere; la supervisione clinica è uno dei modi per aiutare l'infermiere a riflettere sui suoi sentimenti e a mantenere una relazione terapeutica con il paziente (Cutcliffe & Barker, 2002).

Dal momento che la supervisione clinica è un processo interpersonale in cui gli infermieri si impegnano con i mentor o con altri professionisti esperti ad esplorare, esaminare e cimentarsi con le diverse sfide nella propria pratica, è anche un'opportunità di apprendimento riflessivo e di crescita professionale che non comporta sanzioni o giudizio.

Rappresenta per l'infermiere una possibilità di riflettere in modo sicuro sui temi del transfert e del controtransfert che possono sorgere. Consultare l'Appendice D per ulteriori letture sul transfert e sul controtransfert.

Può anche potenzialmente mitigare gli effetti negativi di questo difficile lavoro sulla salute mentale, emotiva e fisica dello stesso infermiere (NZGG, 2003). Date le importanti sfide personali e professionali che potrebbero emergere dal lavoro con i pazienti a rischio suicidario attraverso il continuum di cura, si suggerisce che la supervisione clinica sia implementata e considerata come pratica continuativa.



Vignetta

Scenario: L'infermiera ha lavorato con Maria, una giovane donna con tentativi di suicidio multipli. Durante il suo ultimo ricovero in ospedale, rispondeva bene alla terapia e aveva accettato di recarsi ai controlli dopo la dimissione. Di recente, Maria dopo la separazione dal suo fidanzato, aveva smesso di assumere i suoi farmaci, interrotto i controlli, e aveva assunto una dose eccessiva di sonniferi della madre. Era tornata alla stessa unità e si sentiva molto depressa e senza speranza. All'infermiera piaceva Maria, che le ricordava la sorella, e sentiva di aver costruito una relazione positiva e costruttiva in occasione del suo ultimo ricovero. In questo ultimo ricovero, tuttavia, quando Maria le è stata assegnata per le cure, l'infermiera si è mostrata piuttosto brusca con Maria e si è rifiutata di ascoltarla ogni volta che la paziente cominciava a parlare dei propri sentimenti. Il suo collega nota che è irritabile ed evita questa paziente.

Riflessioni dell'infermiere: Il collega dell'infermiera le fa notare che sembra turbata da questa paziente e le chiede al riguardo. In un primo momento l'infermiera nega, affermando che lei è "solo stanca". Più tardi, tornando a casa, comincia a ripensare all'argomento e si rende conto che il suo collega ha ragione. Lei si sente arrabbiata con questa paziente, ma non sa bene perché; c'è qualcosa di sbagliato e l'infermiera si rende conto che ha bisogno di aiuto per riuscire a capire. L'infermiera ricorda che il coordinatore della loro unità è stato utile ad altri colleghi su questioni relative alla cura dei pazienti, e che egli offre supervisione clinica al personale. Decide di parlare con lui della sua difficoltà ad assistere questa paziente.

Risposta dell'infermiere: L'infermiera si dà appuntamento con il coordinatore. In un primo momento esita a parlare con franchezza, ma il supervisore la fa sentire a suo agio e le ricorda che è lì per aiutarla. Lei comincia a parlare di questa paziente, compreso il fatto che la donna le ricorda sua sorella. Comincia a sentirsi arrabbiata quando parla di come sta "perdendo il suo tempo con questa donna". Il coordinatore la aiuta a realizzare che è arrabbiata con questa donna per molte ragioni. In primo luogo, perché ha cercato di uccidersi ancora, dopo tutto il tempo e l'energia che sono stati spesi per la sua cura e in secondo luogo, perché le ricorda sua sorella, che le chiede sempre aiuto, ma non segue mai i suoi consigli. Il coordinatore accoglie la reazione dell'infermiera, ma la aiuta anche a capire come può sentirsi la paziente. Con questa consapevolezza, l'infermiera ricomincia a lavorare in modo più costruttivo con questa paziente. Si organizza anche per incontrare il coordinatore dopo una settimana per continuare a discutere di questo caso.

Raccomandazioni per la Formazione

Raccomandazione 15:

Gli infermieri che lavorano con individui a rischio di suicidio devono aver acquisito conoscenze e abilità appropriate attraverso la formazione infermieristica di base, la formazione continua e l'orientamento in nuovi contesti lavorativi.

Livello di evidenza IV

Le conoscenze e competenze dovrebbero includere, come minimo:

- efficace per lo sviluppo di una relazione terapeutica;
- efficaci capacità di intervista per facilitare valutazione ed intervento;
- consapevolezza dei segnali di pericolo, fattori di rischio e fattori protettivi per la ideazione e il comportamento suicidario, e come valutarli;
- come implementare un approccio problem-solving, con una soluzione mirata;
- collaborazione con il team sanitario e capacità di riconoscere quando devono essere consultati gli esperti;
- disponibilità e collaborazione con altri servizi di supporto attraverso un continuum di cura ospedaliera ed assistenza in comunità;
- buona conoscenza della legislazione di riferimento relativa al trattamento dei pazienti a rischio di suicidio (es. Mental Health act and Freedom of Information and Protection of Privacy Act, R.S.O. 1990, c.F.31);
- attenzione alla propria sicurezza e benessere;
- utilizzo di linee guida di pratica clinica per supportare, con una documentazione standardizzata, una comunicazione chiara ed un processo decisionale guidato.

Raccomandazione 16:

Per promuovere le competenze core nella pratica relativa alla salute mentale, i curricula infermieristici dovrebbero sistematicamente includere contenuti sulle tematiche di salute mentale, compresi la prevenzione e la riduzione del rischio di suicidio.

Livello di evidenza IV

Vi è una necessità per percorsi post base, o percorsi di formazione avanzata in scienze infermieristiche una formazione nel campo dell'assistenza infermieristica della salute mentale, che includa l'assistenza dei soggetti che abbiano commesso un tentativo di suicidio. Gli individui a rischio di ideazione e comportamento suicidario hanno bisogno di intervento da parte di professionisti della salute esperti nella gestione del rischio di suicidio e sicuri e competenti nell'affrontarlo. Al fine di fornire il supporto necessario per questi pazienti, gli infermieri non specialisti in questo campo necessitano di competenze di base come indicato nella Raccomandazione 15. Ciò è particolarmente importante in quanto gli infermieri che non lavorano nei servizi di salute mentale possono comunque incontrare soggetti con queste problematiche e possono essere l'unico punto di contatto per questi individui all'interno del sistema sanitario. Studi effettuati da personale infermieristico in servizi di emergenza australiani indicano una generale mancanza di formazione per quanto riguarda la valutazione e la gestione di soggetti con comportamenti di autolesionismo (McAllister, Creedy Moyle & Farrugia, 2002; McCann, Clark McConnachie & Harvey, 2006). Uno studio canadese ha anche mostrato una mancanza di conoscenza per quanto riguarda comportamenti suicidari tra il personale di emergenza (Watson, 2002). Per supportare lo sviluppo di queste competenze di base per tutti gli

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

infermieri neo inseriti, l'integrazione di tale formazione nel corso di studi per la laurea in Scienze Infermieristiche è fondamentale. L'integrazione di un percorso di formazione valido nei programmi di orientamento e di sviluppo professionale in contesti (quali ad esempio nel Dipartimento di Salute Mentale, o nel Dipartimento di Emergenza), dove il rischio di suicidio è di particolare interesse, può aiutare a sostenere e migliorare ulteriormente la possibilità per gli infermieri di fornire in modo efficace attenzione a questi pazienti.

La conoscenza ed capacità degli infermieri, gli atteggiamenti, i valori religiosi o di altre credenze, le esperienze personali e professionali con il suicidio, nonché l'età sono considerati in grado di influenzare l'attività infermieristica quando ci si interfaccia con pazienti a rischio di suicidio (McCann et al, 2006;. Sun, Long & Boore, 2007; Valente & Saunders, 2004; Watson, 2002). Tuttavia, gli interventi educativi rimangono un valido mezzo per promuovere le migliori pratiche. In un reparto di emergenza, la qualità della valutazione psico-sociale per i pazienti che si presentano con evidente autolesionismo ha mostrato un miglioramento a seguito di una sessione di un'ora di formazione per infermieri e personale medico incentrata sulla valutazione e la gestione dell' autolesionismo (Crawford, Turnbull, e Wessley, 1998). Allo stesso modo, un workshop incentrato sulla cura delle persone con lesioni cerebrali traumatiche che mostravano comportamenti suicidari è stato associato con aumenti statisticamente significativi nelle conoscenze e competenze post-workshop, e molti di questi miglioramenti del punteggio sono stati mantenuti nei sei mesi successivi (Simpson, Winstanley e Bertapelle, 2003). Tuttavia, nonostante i benefici di tali sessioni formative, l'evidenza a sostegno degli aspetti essenziali della formazione è meno chiara ed è fortemente raccomandato che altri strumenti come supervisione clinica, tutoraggio e osservazione debbano essere utilizzati per sostenere attivamente gli infermieri alle prime armi su come sviluppare un livello di comfort e competenza in questo campo specifico di attività.

Gli infermieri che lavorano in un servizio di salute mentale devono essere addestrati in modo appropriato per questo ruolo specialistico, tramite la supervisione, devono sviluppare competenze di valutazione e intervento (NCCMH, 2004; NZCPCPG, 2004). L'infermiere di sala di emergenza ha allo stesso modo bisogno di formazione specifica nell'assistenza infermieristica alla salute mentale, in particolare prima di svolgere attività di triage (NCCMH, 2004). Ulteriori capacità di pensiero critico specifico in questo ambito possono essere incrementate attraverso opportunità di formazione continua, stage ed esami di certificazione specialistica focalizzati su competenze infermieristiche in psichiatria e salute mentale e / o competenze infermieristiche in emergenza.

L'Associazione Canadese per la Prevenzione del Suicidio (CASP / ACPS) suggerisce che la formazione degli operatori sanitari e la promozione di una pratica professionale clinica efficace sono elementi importanti di una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio (CASP / ACPS, 2004). Si suggerisce che la formazione degli operatori sanitari sulle migliori pratiche in questo settore dovrebbe affrontare la conoscenza, l'abilità, il giudizio e le attitudini necessarie per attuare le raccomandazioni delle linee guida.

L'appendice O fornisce un elenco di risorse educative a sostegno dello sviluppo professionale, per quanto si riferisce alla cura della persona a rischio di ideazione e comportamento suicidario.

Raccomandazioni per l'Organizzazione e la Politica

Raccomandazione 17:

Le organizzazioni sanitarie che ricoverano utenti suicidari devono fornire un ambiente sicuro che minimizzi l'accesso a mezzi per comportamenti autolesivi.

Livello di evidenza IV

Le organizzazioni sanitarie che accolgono pazienti con comportamento suicidario devono fornire un ambiente fisico che riduca al minimo la possibilità per il soggetto di ricorrere a metodi di autolesionismo utilizzando l'architettura fisica e strutturale dell'edificio, attraverso la quale i pazienti potrebbero danneggiare se stessi (JCAHO, 1998. Sullivan et al, 2005). I pazienti hanno utilizzato varie strutture fisiche dell'ambiente di cura, come ad esempio appendiabiti fissati alle porte, finestre, farmaci e sostanze chimiche come metodi per attuare un comportamento suicidario. Pertanto, le organizzazioni devono assicurare che l'ambiente fisico, l'architettura e gli arredi siano tali da ridurre questo potenziale al minimo.

Gli elementi strutturali suggeriti per diminuire i possibili danni per il soggetto con comportamento suicidario utilizzando l'ambiente in cui viene ospitato sono (JCAHO, 1998, RCP, 2006; Yeager et al, 2005.) :

- arredi non asportabili e fissati a terra;
- porte apribili facilmente dal personale e non chiudibili dall'interno;
- porte e finestre infrangibili con vetro anti-sfondamento;
- aree sicure per i farmaci e le sostanze chimiche tossiche;
- disposizioni di sicurezza per tutti i lavoratori, sanitari e non, in materia di sicurezza per ambiente, e pulsanti anti-panico, l'accesso a telefoni con linea esterna o altri sistemi di comunicazione di emergenza.

Raccomandazione 18:

Nelle organizzazioni sanitarie che ricoverano utenti suicidari, l'organico dovrebbe essere appropriato in merito al rapporto infermiere/paziente e alle qualifiche del personale (infermieri, personale di supporto OSS), per rispondere in modo sicuro alle esigenze imprevedibili degli utenti suicidari in fase acuta.

Livello di evidenza IV

Gli infermieri dovrebbero poter disporre di personale di emergenza h 24, preferibilmente uno psichiatra. Essi necessitano di un tempo sufficiente nel loro carico di lavoro per il valutare il rischio di suicidio, effettuare osservazione e monitoraggio, e soddisfare le esigenze del paziente. Se possibile, il personale dovrebbe avere un mix di età, sesso ed etnia che riflettano quello della popolazione locale (RCP, 2006).

Raccomandazione 19:

Le organizzazioni assicurano che gli incidenti critici che esitano in suicidio siano analizzate sistematicamente per identificare le opportunità di apprendimento a tutti i livelli di erogazione del servizio

Livello di evidenza IV

Le organizzazioni devono assicurarsi che tutti gli operatori sanitari coinvolti nel fornire assistenza agli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario, lavorino in un ambiente che permetta loro di lavorare secondo linee guida. Molti fattori contribuiscono alla esperienza dell'utente con il sistema sanitario e sugli esiti positivi o negativi sulla salute che ne seguono. Quando un incidente critico si verifica, come gli eventi che comprendono un suicidio, un'analisi dei problemi di sistema e di processo che possono aver contribuito all'incidente può aiutare ad identificare le opportunità di apprendimento ed i potenziali bersagli per le iniziative di miglioramento della qualità (Dlugacz, Restifo, Scanlon, Nelson, Fried, Hirsch, et al., 2003). Una cornice di riferimento per una decisione etica può essere utile guidare l'iter. L'appendice P fornisce un esempio di tale quadro normativo.

Vignette

Il Signor Rossi (Mr Smith nel testo) venne trovato privo di coscienza dall'infermiera del turno di notte. Fu sospettato un arresto cardiaco. Venne stabilito che il paziente aveva assunto una grande overdose di farmaci che aveva conservato nel suo comodino. Il responsabile della struttura e lo psichiatra seguirono il protocollo ospedaliero ed iniziarono una verifica ispettiva con lo staff, e condussero un'attenta analisi delle modalità organizzative ed operative del reparto. Vennero introdotte cogenti raccomandazioni per un cambiamento attraverso un percorso di revisione.

Raccomandazione 20:

Le organizzazioni sviluppano politiche e strutture utili al confronto tra pari in seguito ad un incidente critico, come una morte a seguito di suicidio. Le politiche dovrebbero essere sviluppate per sostenere il personale e minimizzare traumi indiretti (Trauma Vicario) (intesa come un cambiamento in negativo degli schemi cognitivi e dei sistemi di credenze in colui che svolge una professione d'aiuto, che deriva dal coinvolgimento empatico con le esperienze traumatiche dei pazienti). In tal senso è opportuno ritenere che la traumatizzazione vicaria non derivi necessariamente dall'evento in sé ma dalla relazione di aiuto con un individuo che sta soffrendo a causa di quell'evento (McCann et al., 1990).

Livello di evidenza IV



L'Impegno a sostenere il ruolo dell'infermiere nella cura delle persone con comportamento suicidario richiede un ambiente di lavoro sano che protegga la salute stessa degli infermieri e la capacità di fornire cure di qualità ai pazienti. Le organizzazioni devono assumere un ruolo attivo nel rendere disponibili servizi adeguati per le persone che hanno bisogno di consulenza o di supporto a seguito di eventi critici che possono avere un impatto negativo sul personale. La revisione tra pari può essere un metodo attraverso il quale tale necessità può essere soddisfatta. Per ulteriori dettagli relativi alla revisione tra pari, fare riferimento alla sezione Raccomandazioni Pratiche.

Il trauma vicariante, noto anche come risposta secondaria al trauma, è una condizione in cui gli effetti psicologici posteriori sono vissuti da coloro che assistono le vittime di eventi traumatici (Varcariolis, 2002, p. 799).

Vignette

Scenario: Durante il turno di notte, un paziente tentò di impiccarsi. Le infermiere lo hanno trovato, rianimato e trasferito in Terapia Intensiva. Il team costituito da tre infermieri, un infermiere di psichiatria, il medico interno ed un addetto alla sicurezza furono emotivamente stressati dall'evento. Qualcuno si rimproverò di non aver "capito" che lo avrebbe fatto. Altri erano arrabbiati con il paziente. Un'altra disse che non aveva mai visto nulla di così spaventoso e si preoccupò di finire "nei guai".

Riflessioni dell'infermiere: L'infermiere responsabile del turno di notte, il responsabile della struttura, lo psichiatra ed il direttore del programma, tutti riconobbero la necessità di un confronto tra pari. C'è una politica in atto che richiede una revisione dopo un evento drammatico quale un tentato suicidio, e qualsiasi infermiere dello staff può richiederlo e avviarlo.

Risposta dell'infermiere: La responsabile della struttura assicurò che lo staff avesse accesso al numero telefonico del Programma di Assistenza ai Dipendenti, in modo che potessero richiedere aiuto in forma riservata. Assicurò così un immediato supporto emotivo al benessere di tutti loro e fornì qualunque necessaria assistenza tramite la sanità occupazionale, come richiesto. Dietro assicurazione che tutto lo staff era disponibile alla riunione di verifica, il coordinatore del gruppo organizzò una revisione tra pari in un momento conveniente per tutti. Il debriefing fu svolto in forma riservata, non giudicante e facilitato da una persona che non occupava una posizione formale o di autorità all'interno dello staff.

Raccomandazione 21:

Le organizzazioni assegnano le risorse per assicurare che tutti gli infermieri abbiano opportunità di supervisione clinica e supporto in maniera continuativa.

Livello di evidenza IV

Anche in assenza di eventi critici, la supervisione clinica ed il coaching su base continuativa possono aiutare a mitigare il rischio di impatti negativi per l'infermiere, oltre a promuovere l'affinamento delle competenze cliniche (NZGG, 2003; RNAO, 2006b). Per fare questo, le organizzazioni devono allocare le risorse finanziarie per coprire i costi della supervisione clinica e del coaching, e garantire un mix di personale che comprenda infermieri di maggiore esperienza che possano aiutare gli infermieri ad identificare i loro punti di forza e di debolezza professionale. Tali infermieri esperti devono avere l'esperienza, la formazione e la capacità di facilitare un'autovalutazione obiettiva. Questo processo può essere migliorato se la supervisione clinica viene fornita da un infermiere con nessuna autorità gerarchica sugli altri infermieri (RNAO, 2006b). Per ulteriori dettagli in materia di vigilanza clinica, fare riferimento alla Raccomandazione n. 14.

Vignetta

Un paziente era stato dimesso il giorno precedente dall'Unità Operativa di Salute Mentale. Lo psichiatra fu chiamato dalla Polizia che lo informava che il paziente si era gettato da un ponte ed era morto. Il coordinatore del team, che era un infermiere, iniziò un percorso di analisi di evento avverso, come previsto dal regolamento dell'ospedale. I medici e gli operatori coinvolti furono informati e fu condotta una revisione sistematica della gestione clinica ed amministrativa del paziente. Le opportunità di apprendimento vennero condivise con lo staff amministrativo e clinico. Furono individuati alcuni potenziali cambiamenti organizzativi e gestionali. La revisione venne documentata.

Raccomandazione 22:

Le organizzazioni attuano politiche inerenti la documentazione sistematica dell'accertamento del rischio di suicidio.

Livello di evidenza IV

Anche se non c'è consenso su un metodo standard per documentare una valutazione dei rischi di suicidio, questa linea guida raccomanda che le organizzazioni sviluppino politiche per garantire che un processo sistematico venga adottato. Un'efficace comunicazione delle valutazioni del rischio di suicidio è fondamentale per promuovere le cure adeguate per il paziente (Sullivan, Barron, Bezman, Rivera, e Zapata-Vega., 2005). Le NZGG (2003) sottolineano l'importanza di una valutazione strutturata come modo per evitare di trascurare informazioni chiave per la valutazione. In uno studio descrittivo, una politica che identifica una struttura sistematica di documentazione è stata associata ad un aumento dell'adeguatezza della valutazione psicosociale (Crawford et al., 1998). Un processo coerente per documentare informazioni per la valutazione può anche portare alla raccolta di dati preziosi per la valutazione ed il monitoraggio della qualità (Hawton, et al, 2006;. Horrocks, House & Owens, 2004).

Raccomandazione 23:

Le organizzazioni promuovono i servizi disponibili internamente o sul territorio che possano sostenere l'assistenza degli adulti a rischio di ideazione e comportamenti suicidari.

Livello di evidenza IV

La cura degli individui a rischio di ideazione e comportamento suicidario richiede uno sforzo coordinato di un team multidisciplinare attraverso la continuità di cura. Con l'obiettivo di utilizzare correttamente ed efficacemente tutte le risorse disponibili, gli infermieri devono essere supportati da una rete di servizi collegati tra loro. Si raccomanda che le organizzazioni lavorino sia internamente (ad esempio con lo sviluppo di un team specializzato per la valutazione), sia con i partner della comunità per sviluppare strategie di collaborazione e integrazione attraverso il continuum di cura. I gruppi di pianificazione dei servizi hanno la necessità di includere componenti con esperienza multi-professionale quali consulenti di emergenza, specialisti psichiatri, assistenti sociali, rappresentanti dei gruppi di utenti e associazioni della comunità locale. Se possibile, i rappresentanti devono essere di diversa estrazione (RCP, 2004).

Raccomandazione 24:

Le organizzazioni sostengono le opportunità di sviluppo professionale per l'infermieristica in salute mentale.

Livello di evidenza IV

Le organizzazioni sanitarie e le istituzioni accademiche devono collaborare per assicurare che gli infermieri siano dotati delle fondamentali competenze di cura ed assistenza di persone con problemi di salute mentale, compresi quelli che sono a rischio di ideazione e comportamento suicidario (Barling & Brown, 2001).

Raccomandazione 25:

Le organizzazioni sostengono iniziative di ricerca legate al suicidio e ad altre problematiche di salute mentale.

Livello di evidenza IV

Ricerche infermieristiche correlate alla riduzione ed alla prevenzione del rischio di suicidio devono essere supportate in modo da avere una migliore comprensione dei metodi efficaci per la cura, e quindi rafforzare le prove fondamentali disponibili per guidare il processo decisionale sia a livello clinico che amministrativo.

Raccomandazione 26:

Le organizzazioni promuovono un piano per l'implementazione delle raccomandazioni che comprenda:

- Una valutazione della disponibilità e delle barriere dell'organizzazione all'educazione.
- Il coinvolgimento di tutte le componenti (sia con funzione di supporto diretto o indiretto) che contribuiranno al processo di implementazione.
- Opportunità continue di discussione ed educazione per rafforzare l'importanza delle best practice.
- L'impegno di un individuo qualificato per garantire le agevolazioni necessarie all'educazione e al processo di implementazione.
- Opportunità di riflessione sull'esperienza personale o dell'organizzazione nell'implementazione delle linee guida.
- Strategie per la sostenibilità.
- Attribuzione di risorse sufficienti per l'implementazione e la sostenibilità, compresi il supporto organizzativo e amministrativo

Livello di evidenza IV

Un momento critico iniziale per l'attuazione delle linee guida deve essere l'adozione formale e la valutazione delle linee guida. Le organizzazioni hanno bisogno di prendere in considerazione come incorporare formalmente le raccomandazioni da adottarsi nella loro struttura di regolamenti e procedure (Graham, Harrison, Brouwers, Davies & Dunn, 2002). Un esempio di una tale adozione formale potrebbe essere l'integrazione delle linee guida nei regolamenti e nelle procedure esistenti. Questo primo passo apre la strada per l'accettazione generale e l'integrazione delle linee guida in sistemi come la qualità del processo di gestione.

Un impegno a monitorare l'impatto della implementazione della linea guida sulla miglior pratica sulla Valutazione ed Assistenza degli Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario è un passo fondamentale che non deve essere omesso se ci deve essere una valutazione dell'impatto degli sforzi associati all'implementazione. Si suggerisce che ogni raccomandazione da adottare debba essere descritta in termini misurabili e di coinvolgere il team sanitario nella valutazione e monitoraggio della qualità dei processi. Un elenco di indicatori di valutazione è indicato a pagina 66.

Nuove iniziative, come ad esempio la realizzazione di una linea guida di miglior pratica, richiede una forte leadership da parte degli infermieri che siano in grado di trasformare le raccomandazioni basate sull'evidenza in strumenti utili che aiuteranno a guidare la pratica. A questo proposito, RNAO (attraverso un gruppo di

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

infermieri, ricercatori e amministratori) ha sviluppato il Toolkit: Implementazione delle Linee Guida per la Pratica Clinica (2002) basato sulle evidenze disponibili, sulle prospettive teoretiche e sul consenso. Il Toolkit è raccomandato per guidare l'implementazione delle migliori pratiche RNAO per la Valutazione ed Assistenza degli Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario. L'Appendice Q fornisce una descrizione del toolkit.

Lacune nella Ricerca ed Implicazioni Future

Il gruppo di sviluppo, nel rivedere le prove per lo sviluppo di questa linea guida, ha identificato diverse lacune nella letteratura relativa alla valutazione infermieristica ed alla cura in materia di ideazione e comportamento suicidario.

Le organizzazioni e gli infermieri dovrebbero partecipare a una ricerca che aiuti a comprendere meglio come fornire le cure in caso di ideazione e comportamento suicidario e nei diversi contesti di assistenza sanitaria.

Le raccomandazioni per le aree di ricerca comprendono:

- Il ruolo ed il contributo degli infermieri nella riduzione e nella prevenzione del rischio di suicidio;
- Modalità e strumenti standardizzati per la valutazione infermieristica: identificazione di modalità e strumenti culturalmente appropriati per la valutazione infermieristica;
- Interventi di competenza infermieristica per la riduzione e la prevenzione del rischio di suicidio compreso il post-evento, e misurazione della loro efficacia ed efficienza: identificazione degli interventi culturalmente appropriati e misurazione della loro efficacia ed efficienza;
- L'impatto sullo sviluppo professionale in itinere degli infermieri e la supervisione clinica sulla prevenzione e riduzione del rischio di suicidio; e
- Strategie per la traduzione delle conoscenze relative alla salute mentale ed alla riduzione e prevenzione del rischio di suicidio.

La lista di cui sopra, sebbene non esaustiva, è comunque un tentativo di identificare le lacune e dare priorità alla ricerca in queste aree. Alcune delle raccomandazioni in questa linea guida sono basate su evidenze acquisite da ricerche qualitative e quantitative, mentre altre sono basate sul consenso o su opinione di esperti. Un'ulteriore ricerca sostanziale è richiesta in alcune aree per convalidare l'opinione degli esperti e la conoscenza dell'impatto che porterà ad una migliore pratica e risultati relativi alla valutazione ed alla cura degli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario.

Valutazione e monitoraggio delle Linea Guida

Le organizzazioni che implementano le raccomandazioni di questa guida di miglior pratica infermieristica sono invitate a considerare come l'implementazione e il suo impatto saranno monitorati e valutati. La tabella che segue, sulla base di una struttura delineata nel Toolkit RNAO: Implementazione di pratica clinica Linee Guida (2002), illustra alcuni indicatori specifici per il monitoraggio e la valutazione della linea guida Valutazione ed Assistenza degli Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario.

	Struttura	Processo	Risultato
Sistema	Valutare i supporti disponibili nell'organizzazione che consentano agli Infermieri di partecipare all'assistenza agli adulti a rischio di ideazione e comportamento di suicidio.	Valutare cambiamenti nella pratica che portino ad una migliore cura degli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario	To evaluate the impact of implementing the recommendations.
Organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> Revisone della linea guida per la miglior pratica clinica dei comitati organizzatori responsabili dei regolamenti/ delle procedure 	<ul style="list-style-type: none"> Modifiche a regolamenti e procedure secondo le raccomandazioni della linea guida per la miglior pratica 	<ul style="list-style-type: none"> Regolamenti e procedure correlate alle migliori strategie in accordo con questa linea guida
Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilità di opportunità formative inerenti la cura degli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario all'interno del programma di orientamento sul posto di lavoro, e di opportunità di sviluppo professionale in itinere 	<ul style="list-style-type: none"> Percentuale di infermieri che hanno frequentato e completato i corsi formativi inerenti la cura degli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario 	<ul style="list-style-type: none"> Gli infermieri mostrano un'aumentata competenza e capacità di gestire o controllare la cura di adulti a rischio e comportamento suicidario
	<ul style="list-style-type: none"> Vengono create strutture valutative per monitorare l'efficacia dei programmi di formazione per gli infermieri 	<ul style="list-style-type: none"> La conoscenza auto-valutata degli infermieri di: <ul style="list-style-type: none"> Rischio e fattori protettivi dello stesso Validi strumenti di valutazione Risorse e servizi locali per supportare gli esiti dei pazienti Strategie di intervento per ridurre il rischio di ideazione e comportamento suicidario La fiducia auto valutata degli infermieri di: <ul style="list-style-type: none"> Poter ottenere informazioni aggiuntive Sviluppare un piano di interventi basato sui bisogni del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> Una documentazione strutturata della cartella clinica che rifletta la valutazione /intervento infermieristico correlati alla cura di adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario. Gli infermieri riferiscono di essere attivamente coinvolti nell'ottenimento di informazioni aggiuntive. Gli infermieri dimostrano di aver compreso la necessità della riservatezza, della legislazione sulla privacy e delle modalità per acquisire informazioni. La valutazione documentata comprende la comunicazione con la famiglia, gli amici, le strutture di comunità o gli operatori dei servizi di igiene mentale

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

	Struttura	Processo	Risultato
Utenti	e		<ul style="list-style-type: none">■ Diminuzione della frequenza di atti deliberati di autolesionismo e di tentativi di suicidio
Costi finanziari	<ul style="list-style-type: none">■ Fornitura di adeguate risorse finanziarie ed umane per l'implementazione della linea guida	<ul style="list-style-type: none">■ Costo per la formazione, altri interventi e supporti sul posto di lavoro■ Nuovi sistemi di valutazione/documentazione■ Sistemi di supporto■ Sviluppo di nuovi programmi	<ul style="list-style-type: none">■ Allocazione ottimale delle risorse inerenti la cura degli adulti a rischio di ideazione e comportamento suicidario



Strategie di implementazione

La RNAO e il gruppo di sviluppo delle Linea Guida hanno compilato una lista di strategie di attuazione per aiutare le organizzazioni sanitarie o le discipline sanitarie che sono interessate a implementare queste Linea Guida. Una sintesi di queste strategie:

- Avere almeno una persona dedicata come un infermiere esperto o un infermiere ad attitudini cliniche che fornirà supporto, esperienza clinica e leadership. La persona dovrebbe avere forti competenze interpersonali, di facilitazione e di project management.
- Condurre una valutazione delle esigenze organizzative per identificare le conoscenze di base e le ulteriori esigenze didattiche.
- La valutazione iniziale delle esigenze può includere un approccio di analisi, indagine con un questionario, o con un approccio di gruppo (es. focus group) o un'analisi delle circostanze critiche.
- Istituire un comitato direttivo composto dalle parti direttamente interessate e i membri di varie discipline impegnati a guidare l'iniziativa del cambiamento. Identificare obiettivi a breve e lungo termine. Stilare un piano di lavoro per mantenere traccia delle attività, delle responsabilità e delle scadenze.
- Facilitare lo sviluppo di una "vision" atta a favorire il cambiamento e a sviluppare strategie per il raggiungimento e il mantenimento della vision stessa.
- Il programma di progetto dovrà considerare anche:
 - popolazione target
 - finalità e gli obiettivi
 - misure di outcome
 - risorse necessarie (risorse umane, strutture, attrezzature)
 - attività di valutazione
- Le sessioni di progettazione didattica e il supporto continuo per l'implementazione. Le sessioni di formazione possono consistere in presentazioni, guide, dispense e casi clinici. Opuscoli, poster e cartoline possono essere utilizzati come promemoria della formazione in corso. Le sessioni del piano formativo interattive, includono problem solving, affrontano questioni di immediato interesse e offrono opportunità di mettere in pratica nuove competenze (Davies & Edwards, 2004).
- Fornire un supporto organizzativo, individuare in loco le strutture per facilitare l'attuazione del progetto (es. prevedere la sostituzione del personale in modo che i partecipanti non siano distratti da preoccupazioni sul lavoro e promuovere una filosofia organizzativa che rifletta l'importanza delle best practices attraverso politiche e procedure). Sviluppare nuove modalità di valutazione e strumenti di documentazione (Davies & Edwards, 2004).
- Identificare e supportare gli esempi di "miglior pratica" su ogni unità al fine di promuoverne e sostenerne l'attuazione. Porre in risalto gli aspetti di eccellenza e i risultati, riconoscendo il lavoro ben fatto (Davies & Edwards, 2004).
- Le organizzazioni che implementano queste Linea Guida dovrebbero adottare strategie di autoapprendimento, apprendimento di gruppo, strategie di tutoraggio e rinforzo che, nel corso del tempo, costruiscano la conoscenza e la fiducia degli infermieri nell'implementare queste Linea Guida.
- Il lavoro di gruppo, la valutazione collaborativa e la pianificazione del trattamento con il paziente, la famiglia e il team interdisciplinare sono utili all'implementazione delle Linee Guida. Il

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

deferimento dovrebbe essere se necessario per servizi o risorse della comunità o all'interno dell'organizzazione.

Oltre ai punti sopra menzionati, la RNAO ha sviluppato risorse disponibili sul sito web. Un kit di strumenti per l'attuazione linee guida può essere utile se usato in modo appropriato. Una breve descrizione su questo kit di strumenti può essere trovata in Appendice Q. Una versione completa del documento in formato pdf è disponibile anche sul sito RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Processo di Aggiornamento/Revisione delle Linee Guida

La RNAO propone di aggiornare questa linea guida di miglior pratica come segue:

1. Ogni Linea Guida di miglior pratica infermieristica sarà rivisitata da un team di specialisti (Review Team) nella distanza di tre anni dopo l'ultimo set di revisioni.
2. Durante il periodo di tre anni tra lo sviluppo e la revisione, lo staff del programma RNAO effettuerà regolare monitoraggio delle nuove revisioni sistematiche, studi randomizzati controllati e letteratura nel campo.
3. Sulla base dei risultati del monitoraggio, lo staff del programma può raccomandare una revisione anticipata delle Linee Guida. Un'appropriata consultazione con i membri del team, composto da membri del gruppo originale e altri specialisti del settore, aiuterà a comunicare la decisione di rivedere le Linee Guida prima dei tre anni.
4. Tre mesi prima dalla tappa dei di tre anni previsti per la revisione:
 - a) il personale del programma comincerà la pianificazione del processo di revisione invitando specialisti del settore a partecipare al Gruppo di Revisione. Il team di revisione sarà composto da membri del gruppo originale e da altri specialisti.
 - b) Compilazione dei feedback ricevuti, domande sorte durante la fase di diffusione, nonché altri commenti ed esperienze dei luoghi di implementazione.
 - c) Compilazione delle nuove Linee Guida di pratica clinica del settore, revisioni sistematiche, meta-analisi articoli, recensioni tecniche, trials controllati randomizzati e altra letteratura in materia.
 - d) sviluppare un piano di lavoro dettagliato con scadenze e risultati.

Le Linee Guida così revisionate saranno divulgate sulla base di strutture e processi prestabiliti.

Riferimenti

- AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. [Online]. Available: <http://www.agreetrust.org>.
- Alderson, P., Green, S. & Higgins, J. (Eds) 2004. *Cochrane Reviewers' Handbook 4.2.2*. (updated Dec 2003). Retrieved [Electronic Version] from <http://cochrane.org/resources/handbook>.
- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: Author.
- Ashmore, R., Hemingway, S., Lees, J., & Barker, M. (2001). Mental health nursing: assessing therapeutic intervention used by NHS direct nurse advisers. *British Journal of Nursing*, 10(10), 662-664.
- Austin, W., & Boyd, M. A. (Eds.). (2008). *Psychiatric nursing for Canadian practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanch, W., Keith, C.K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Baldessarini, R. J., Pompili, M., Tondo, L., Tsapakis, E., Sodani, F., Faedda, G., et al. (2005). Antidepressants and suicidal behavior: Are we hurting or helping? *Clinical Neuropsychiatry*, 2(1), 73-75.
- Ball, B., & White, J. (2005). Wondering and wanderings: Ongoing conversations about suicide prevention. *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2(7), 4-5.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.
- Barling, J., & Brown, R. (2001). Credentials and education needs for contemporary mental health nurses. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 6, 726-736.
- Barlow, C., & Morrison, H. (2002). Survivors of suicide: Emerging counseling strategies. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40(1), 28-39.
- Beautrais, A. (2004). *Suicide postvention: Support for families, Whānau and significant others after a suicide – A literature review and synthesis of evidence*. [Online]. Available: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4337?Open>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bennett, S., Daly, J., Kirkwood, J., McKain, C., & Swope, J. (2006). Establishing evidence-based standards of practice for suicidal patients in emergency medicine. *Topics in Emergency Medicine*, 28(2), 138-143.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M. P. A., Wingate, L. R., et al. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33(3), 242-248.
- Billings, C. V. (2001). Professional progress notes. Close observation of suicidal inpatients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7(2), 49-50.
- Bisconer, S. W., Green, M., Mallon-Czajka, J., & Johnson, J. S. (2006). Managing aggression in a psychiatric hospital using a behaviour plan: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 515-521.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Brock, S. E. (2003). *Suicide Postvention*. [Online]. Available: <http://www.dodea.edu/dodsafeshools/members/seminar/SuicidePrevention/generalreading.html#2>.
- Browne, A. J., & Varcoe, C. (2006). Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples. *Contemporary Nurse*, 22(2), 155-167.

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

- Brugha, T., Rampes, H., & Jenkins, R. (2004). Surely you take complementary and alternative medicine? *Psychiatric Bulletin*, 28, 36-39.
- Burgess, A. W. (Ed.). (1998). *Advanced Practice Psychiatric Nursing*. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Canadian Association for Suicide Prevention/ L'Association canadienne pour la prevention du suicide (CASP/ACPS). (2004). *The CASP blueprint for a Canadian national suicide prevention strategy*. Edmonton, AB: Author.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH). (2006). National guidelines for seniors' mental health: The assessment of suicide risk and prevention of suicide. [Online] Available: <http://www.ccsmh.ca/en/natlGuidelines/natlGuidelinesInIt.cfm>
- Canadian Health Services Research Foundation. (2006). Conceptualizing and combining evidence. [On-line]. Available: http://www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition.
- Canadian Nurses Association. (2004). *Cultural competence: Position statement*. Ottawa: Author.
- Captain, C. (2006). Is your patient at suicide risk? *Nursing*, 36, 43-47.
- Carlen, P., & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 257-265.
- Cavoukian, A. (2004). *A guide to the Personal Health Information Protection Act*. Toronto: Information and Privacy Commissioner/Ontario.
- Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2002). Patients' needs during the year after a suicide attempt. A secondary analysis of a randomised controlled intervention study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(8), 357-363.
- Centre for Suicide Prevention. (2002a). Suicide: Common Warning Signs. *SIEC FEATURE OF THE MONTH #3*, January 2002. [Online]. Available: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/feature3.pdf>.
- Centre for Suicide Prevention. (2002b). No-Suicide Contracts: A Review of the Findings from the Research. *SIEC Alert #49*, September 2002. [Online]. Available: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert49.pdf>.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (in press). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. Kirmayer, L. & Valaskakis, G. (Eds.), *The mental health of Canadian Aboriginal peoples: Transformations, identity, and community*. University of British Columbia Press.
- Clinical Resource and Audit Group (CRAG). (2002). *Engaging people. Observation of people with acute mental problems – A good practice statement*. [Online]. Available: <http://www.show.scot.nhs.uk/crag>.
- College of Nurses of Ontario. (2005). *Professional standards (Revised 2002)*. Toronto: Author.
- Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and Meanings. *Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206.
- Crawford, M. J., Turnbull, G., & Wessely, S. (1998). Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff – an intervention study. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 15(1), 18-22.
- Culley, L. (1996). A critique of multiculturalism in health care: The challenge for nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 564-570.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 611-621.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 393-400.
- Cutcliffe, J. R., & Stevenson, C. (2007). Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, Epub: doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.02.002.
- Dafoe, B., & Monk, L. (2005). Suicide postvention is prevention: A proactive planning workbook for communities affected by youth suicide. *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2(7), 34-35.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2006). Keeping the unit safe: mapping psychiatric nursing skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(4), 198-207.
- Diaconu, G., & Turecki, G. (2007). Panic disorder and suicidality: Is comorbidity with depression the key? *Journal of Affective Disorder*, 104(1-3), 203-209.
- Dlugacz, Y. D., Restifo, A., Scanlon, K., Nelson, K., Fried, A. M., Hirsch, B., et al. (2003). Safety strategies to prevent suicide in multiple health care environments. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(6), 267-278.

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

- Eagles, J. M., Carson, D. P., Begg, A., & Naji, S. A. (2003). Suicide prevention: A study of patients' views. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 261-265.
- Ernst, E., Rand, J. I., & Stevinson, C. (1998). Complementary therapies for depression: an overview. *Archives General Psychiatry*, 55(11), 1026-1032.
- Farrow, T. L. (2002). Owning their expertise: Why nurses use "no suicide" contracts rather than their own assessments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 214-219.
- Farrow, T. L. (2003). "No suicide contracts" in community crisis situations: a conceptual analysis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(2), 199-202.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Direction for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB). (2004). *A statistical profile of First Nations health in Canada*. Ottawa: Health Canada.
- Fontaine, K. (2003). *Mental health nursing, 5th Edition*. New Jersey: Prentice Hall Nursing, Pearson Education.
- Foucault, M. (1973/1994). *The birth of the clinic: An archeology of medical perception*. NY: Vintage Books.
- Frazier, S. K., Moser, D. K., & Daley, L. K. (2003). Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 12(1), 19-27.
- Gaynes, B. N., West, S. L., Ford, C. A., Frame, P., Klein, J., & Lohr, K. N. (2004). Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 822-835.
- Good, G. E., & Beitman, B. D. (2006). *Counseling and psychotherapy essentials: Integrating theories, skills, and practices*. New York: W. W. Norton.
- Gough, K. (2005) Guidelines for managing self-harm in a forensic setting. *British Journal of Forensic Practice*, 7(2), 10–14.
- Government of British Columbia. (2007). *Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services and related documents*. [Online]. Available: <http://www.health.gov.bc.ca/mhd/suicide.html>
- Government of Canada. (2006). The human face of mental health and mental illness in Canada. [Online]. Available: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/>
- Graham, I.D., Harrison, M.B., Brouwers, M., Davies, B.L., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(5), 599-611.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., et al. (2006). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. [Cochrane Review]. In Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006(4). Retrieved February 23, 2007, from The Cochrane Library, Wiley Interscience.
- Health Canada. (2002). *Suicide. A report on mental illness in Canada*. [Online]. Available: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/>
- Hogan, M.A. & Smith, G.B. (2003). *Mental health nursing*. NJ: Prentice Hall Nursing, Pearson Education.
- Holkup, P. A. (2002) *Evidence based protocol. Elderly suicide: Secondary prevention*. Iowa City, IA: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core.
- Horrocks, J., House, A., & Owens, D. (2004). Establishing a clinical database for hospital attendances because of self-harm. *Psychiatric Bulletin*, 28, 137-139.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (1998). Inpatient suicides: Recommendations for prevention. [Online]. Available: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_7.htm
- Jones, J., Ward, M., Wellman, N., Hall, J., & Lowe, T. (2000). Psychiatric inpatients' experience of nursing observation: A United Kingdom perspective. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38(12), 10-20.
- Kelly, B., Long, A., & McKenna, H. P. (2001). Clinical supervision: Personal and professional development or the nursing novelty of the 1990s? In J. R. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor (Eds.), *Fundamental Themes in Clinical Supervision* (pp. 9-24). London: Routledge.

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Kroll, J. (2007). No-Suicide contracts as a suicide prevention strategy. *Psychiatric Times*, 24(8), 60.
- Linde, K., Ter Riet, G., Hondras, M., Vickers, A., Saller, R., & Melchart, D. (2001). Systematic reviews of complementary therapies - an annotated bibliography: Part 2: Herbal Medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 1:5. [Online]. Available: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/1/5>.
- Linke, S., Wojciak, J., & Day, S. (2002). The impact of suicide on community mental health teams: Findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26, 50-52.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Linehan, M. M. (1986). Suicidal people: one population or two? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 16-33.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- MacLeod, A. K., Tata, P., Kentish, J., Carroll, F., & Hunter, E. (1997). Anxiety, depression, and explanation-based pessimism for future positive and negative events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(1), 15-24.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074.
- Mamo, D. C. (2007). Managing suicidality in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(Suppl.1), 59S-70S.
- Masecar, D. (2007). *What is working, what is hopeful...Supporting community-based suicide prevention strategies within indigenous communities (and any other community that is interested)*. Ottawa: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Study of Queensland emergency department nurses' actions and formal and informal procedures for clients who self-harm. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 184-190.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident & Emergency Nursing*, 14(1), 4-10.
- McDonald, M. (2001). A framework for ethical decision-making: Version 6.0. [Online]. Available: <http://www.ethics.ubc.ca/people/mcdonald/decisions.htm>.
- McMain, S. (2007). Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6 Suppl. 1), 103S-114S.
- Mood Disorders Society of Canada (MDSC). (2007). Quick facts: Mental illness and addictions in Canada. [Online]. Available: <http://www.mooddisorderscanada.ca/quickfacts/index.htm>.
- Murray, B. L., & Hauenstein, E. J. (2008). Chapter 37 – Self harm and suicidal behaviour: Children, Adolescents, and Adults. In W. Austin, & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric nursing for Canadian practice*, (p. 898-922). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mustafa Soomro, G. (2006). Deliberate self harm (and attempted suicide). *Clinical Evidence*, 15, 1-2.
- Myslik, B. (2005). Chapter 24 - Suicide. In L. L. Stamler & L. Yiu (Eds.), *Community health nursing: A Canadian perspective* (p. 317-324). Toronto: Pearson Education Canada Inc.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004) *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. *National Health and Medical Research Council*, Retrieved [Electronic Version] from <http://www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp30.pdf>.
- National Institute of Mental Health. (2005). The science of mental illness – glossary. [Online]. Available: <http://science.education.nih.gov/Supplements/Nih5/Mental/other/glossary.htm>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington (NZ): Author.
- Nursing Council of New Zealand. (2002). Guidelines for cultural safety, The Treaty of Waitangi and Maori health in nursing and midwifery education and practice. NZ: Author

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

- O'Brien, L., & Cole, R. (2003). Close observation areas in acute psychiatric units: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*, 165-176.
- Ostman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 181*, 494-498.
- Papps, E. (2005). Chapter 2 – Cultural safety: Daring to be different. In D. Wepa (Ed.), *Cultural safety in Aotearoa New Zealand*, (pp. 20-28). Auckland: Pearson Education New Zealand.
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics, 24*, 343-345.
- Pirkis, J., Burgess, P., Meadows, G., & Dunt, D. (2001). Self-reported needs for care among persons who have suicidal ideation or who have attempted suicide. *Psychiatric Services, 52(3)*, 381-383.
- Polaschek, N. R. (1998). Cultural safety: A new concept in nursing people of different ethnicities. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 452-457.
- Proctor, N. G. (2005). Parasuicide, self-harm and suicide in Aboriginal people in rural Australia: A review of the literature with implications for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Practice, 11(5)*, 237-241.
- Ramsden, I. (1993). Kawa Whakaruruhau. Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nursing Praxis in New Zealand, 8(3)*, 4-10.
- Ramsden, I. (2000). Cultural safety/Kawa whakaruruhau ten years on: A personal overview. *Nursing Praxis in New Zealand, 15(1)*, 4-12.
- Raphael, D. (Ed.). (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002). *Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client-centred care* (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Crisis intervention* (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006c). *Establishing therapeutic relationships* (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006d). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events* (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Ren Kneisl, C.R., Skodol Wilson, H., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. NJ: Prentice Hall Nursing, Pearson Education.
- Reynolds, T., O'Shaughnessy, M., Walker, L., & Pereira, S. (2005). Safe and supportive observation in practice: a clinical governance project. *Mental Health Practice, 8(8)*, 13-16.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1995). *Choosing life: Special report on suicide among Aboriginal people*. Ottawa: Communication Group Publishing.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38(11-12)*, 868-84.
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2004). *Assessment following self-harm in adults*. London, UK: Author.
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2006). Better services for people who self-harm: Quality standards for healthcare professionals. [Online]. Available: <http://www.rcpsych.ac.uk/auditselfharm.htm>
- Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Joiner, T. E. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 62(2)*, 243-251.
- Sakinofsky, I. (2007a). The aftermath of suicide: Managing survivors' bereavement. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52(6 Suppl. 1)*, 129S-136S.

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

- Sakinofsky, I. (2007b). The current evidence base for the clinical care of suicidal patients: Strengths and weaknesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6 Suppl. 1), 7S-20S.
- Sakinofsky, I. (2007c). Treating suicidality in depressive illness. Part 2: Does treatment cure or cause suicidality? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6 Suppl. 1), 35S-45S.
- Santa Mina, E. E., & Gallop, R. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Santa Mina, E. E., Gallop, R., Links, P., Heslegrave, R., Pringle, D., Wekerle, C., et al. (2006). The Self-Injury Questionnaire: evaluation of the psychometric properties in a clinical population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(2), 221-227.
- Sargent, J., Williams, R. A., Hagerty, B., Lynch-Sauer, J., & Hoyle, K. (2002). Sense of belonging as a buffer against depressive symptoms. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(4), 120-129.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590), 810-811.
- Sher, L., Oquendo, M., & Mann, J.J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 337-344.
- Simon, R. I. (2004). Assessing and managing suicide risk: guidelines for clinically based risk management. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Simpson, G., Winstanley, J., & Bertapelle, T. (2003). Suicide prevention training after traumatic brain injury: evaluation of a staff training workshop. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18(5), 445-456.
- Smye, V., & Browne, A. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9(3), 42-56.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (Eds.). (2000). *Community and public health nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Stanley, B., Gameroff, M., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *The American Journal of Psychiatry*, 158(3) 427-432.
- Statistics Canada. (2005). Table: "Suicides and suicide rate, by sex and by age group". [Online]. Available <http://www40.statcan.ca/01/cst01/hlth66a.htm>.
- Sullivan, A.M., Barron, C.T., Bezmen, J., Rivera, J. & Zapata-Vega, M. (2005). The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: A proactive preventive approach. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 67-83.
- Sun, F. K., Long, A., & Boore, J. (2007). The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 255-263.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem-solving in nursing: insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 842-849.
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2004). Screening for suicide risk: recommendation and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 820-821.
- Valente, S., & Saunders, J. M. (2004). Barriers to suicide risk management in clinical practice: A national survey of oncology nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 629-648.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Waldram, J. B. (1997). *The way of the pipe: Aboriginal spirituality and symbolic healing in Canadian prisons*. Peterborough, ON: Broadview Press.
- Watson, K. M. (2002). Emergency department nurses' knowledge about and attitudes towards parasuicide. Unpublished master's thesis, University of Windsor, Windsor, ON., Canada
- Weier, K. M., & Beal, M. W. (2004). Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2), 96-104.
- White, J. (2003). *Suicide-related research in Canada: A descriptive overview*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Asberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 293-300.
- Williams, J. W., Mulrow, C. D., Chiquette, E., Noel, P. H., Aguilar, C., & Cornell, J. (2000). A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: Evidence report summary: Clinical guideline, part 2. *Annals of Internal Medicine*, 132(9), 743-756.

Wilson, A., & Clark, S. (2005). *South Australian Suicide Postvention Project: Report to Mental Health Services, Department of Health*. Adelaide: Department of General Practice.

Wood, P., & Schwass, M. (1993). Cultural safety: A framework for changing attitudes. *Nursing Praxis*, 8(1), 4-15.

Yeager, K. R., Saveanu, R., Roberts, A. R., Reissland, G., Mertz, D., Cirpili, A., et al. (2005). Measured response to identified suicide risk and violence: What you need to know about psychiatric patient safety. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 121-141.

Bibliografia

Aoun, S., & Johnson, L. (2001). A consumer's perspective of a suicide intervention programme. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 97-104.

Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423-437.

Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 130-138.

Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36(12), 1747-1757.

Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: A national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 437-444.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E. & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 563-570.

Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291(9), 1081-1091.

Busch, K. A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(1), 14-19.

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H. & D'Este, C. (2005). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, Epub: doi:10.1136/bmj.38579.455266.E0.

Cedereke, M., Monti, K., & Ojehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(2), 82-91.

Chabora, N., Judge-Gorny, M., & Grogan, K. (2003). The Four S Model in action for de-escalation: An innovative state hospital-university collaborative endeavor. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(1), 22-28.

Conner, M. G. (2001). Transference: Are You a Biological Time Machine? [Online]. Available at: <http://www.crisiscounseling.com/Articles/Transference.htm>

Crawford, M. J., Thomas, O., Khan, N., & Kulinskaya, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 190, 11-17.

Cutcliffe, J. R., & Hyrkas, K. (2006). Multidisciplinary attitudinal positions regarding clinical supervision: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 14, 617-627.

Davidson, K., Norrie, J., Tryer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 450-465.

Davis, S. E., Williams, I. S., & Hays, L. W. (2002). Psychiatric inpatients' perceptions of written no-suicide agreements: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 51-66.

Doane, G., & Varcoe, C. (2005). Chapter 9: Hard spots in family nursing: Relational practice as connecting across difference. In G. Doane & C. Varcoe (Eds.), *Family nursing as relational practice: Developing health-promoting practice* (pp. 289-331). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Drew, B. L. (2001). Self-harm behaviour and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing, 15*(3), 99-106.
- Earthrowl, M., & McCully, R. (2002). Screening new inmates in a female prison. *Journal of Forensic Psychiatry, 13*(2), 428-439.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry, 53*, 817-826
- Emerson, B., Frost, A., Fawcett, L., Ballantyne, E., Ward, W., & Catts, S. (2006). Do clinical pathways really improve clinical performance in mental health settings? *Australasian Psychiatry, 14*(4), 395-398.
- Farooqi, Y. N. (2004). Comparative study of suicide potential among Pakistani and American psychiatric patients. *Death Studies, 28*(1), 19-46.
- Fliege, H., Kocalevent, R. D., Walter, O. B., Beck, S., Gratz, K. L., Gutierrez, P. M., et al. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(1), 113-121.
- Greenberg, N. (2001). A critical review of psychological debriefing: the management of psychological health after traumatic experiences. *Journal of the Royal Naval Medical Service, 87*, 158-161.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., et al. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal, 317*, 441-447.
- Hawton, K., Bale, L., Casey, D., Shepherd, A., Simkin, S., & Harriss, L. (2006). Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis, 27*(4), 157-163.
- Hendin, H., Maltzberger, J. T., Lipschitz, A., Haas, A. P., & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 31*(2), 115-128.
- Hirschfeld, R. M. A., Mann, J. J., & Cornelius, J. R. (2001). When to hospitalize patients at risk for suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences, 932*, 188-199.
- Jacobs, D. G., & Brewer, M. L. (2006). Application of the APA practice guidelines on suicide to clinical practice. *CNS Spectrums, 11*(6), 447-454.
- Jorm, A., Allen, N., O'Donnell, C., Parslow, R., Purcell, R., & Morgan, A. (2006). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression in children and adolescents. *The Medical Journal of Australia, 185*(7), 368-372.
- Kapur, N., House, A., May, C., & Creed, F. (2003). Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults: Results from a six centre descriptive study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 38*, 390-395.
- Lee, J. B., & Bartlett, M. L. (2005). Suicide prevention: critical elements for managing suicidal clients and counselor liability without the use of a no-suicide contract. *Death Studies, 29*(9), 847-865
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*(7), 757-766.
- MacKay, I., Paterson, B., & Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*(4), 464-471.
- Mantle, F. (2002). The role of alternative medicine in treating postnatal depression. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 8*(4), 197-203.
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2005). Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology, 10*(1), 1-12.
- Nijman, H. L. I., & A Campo, J. M. L. G. (2002). Situational determinants of inpatient self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(2), 167-175.
- O'Brien, L., & Cole, R. (2004). Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*(2), 89-99.
- Olfson, M., Marcus, S. C., & Shaffer, D. (2006). Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults: A case-control study. *Archives of General Psychiatry, 63*(8), 865-872.
- Perseus, K., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing, 17*(5), 218-227.

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

Rhodes, A. E., Links, P. S., Streiner, D. L., Dawe, I., Cass, D., & Janes, S. (2002). Do hospital E-Codes consistently capture suicidal behaviour? *Chronic Diseases in Canada*, 23(4), 139-145.

Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, 176-184.

Sachs, G. S., Yan, L. J., Swann, A. C., & Allen, M. H. (2001). Integration of suicide prevention into outpatient management of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 25), 3-11.

Schoneman, D. (2002). The intervention of surveillance across classification systems. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 13(4), 137-147.

Staal, M. A. (2001). The assessment and prevention of suicide for the 21st century: The Air Force's community awareness training model. *Military Medicine*, 166(3), 195-198.

Suzanna, R. O., Jonathan, B. I., & Simon, W. E. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). [Cochrane Review]. In Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, (2). Retrieved November 23, 2007, from The Cochrane Library, Wiley Interscience

Tempkin, T. M., & Crotty, M. (2004). Suicide and other risk monitoring in inpatient psychiatry. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(2), 73-80.

Vrale, G. B., & Steen, E. (2005). The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 513-518.

Warm, A., Murray, C., & Fox, J. (2003). Why do people self-harm? *Psychology, Health & Medicine*, 8(1), 71-79.

Wesley-Esquimaux, C. C., & Smolewski, M. (2004). *Historic trauma and aboriginal healing*. Ottawa: The Aboriginal Healing Foundation.

Wheat, K. (2000). The law's treatment of the suicidal. *Medical Law Review*, 8, 182-209.

White, D., & Bednar, D. (1986). *Organizational behaviour: Understanding and managing people at work*. Massachusetts: Allyn and Beacon, Inc.



Appendice A: Strategia di ricerca delle evidenze

La metodologia di ricerca utilizzata nello sviluppare le presenti linee guida si è concentrata su due aree chiave. Da una parte, il reperimento delle linee guida pubblicate riguardo alla valutazione e alla gestione clinica del rischio suicidario, e dall'altra l'individuazione delle revisioni sistematiche e di studi primari pubblicati in questo ambito dal 2001 al 2007.

STADIO 1 – Ricerca su database

La ricerca è stata condotta sui database MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycInfo, e Cochrane Library, cercando linee guida, studi primari, o revisioni sistematiche con data di pubblicazione tra 2001 e 2007. La fase iniziale è stata impostata utilizzando i termini di ricerca “ideazione suicidaria”, “comportamento suicidario”, “autolesionismo volontario”, “danno autoinflitto”, “comportamento autodistruttivo”, “parasuicidio”, “rischio e capacità di recupero”, “mancanza di speranza” e “anomia”. Quando lo si è ritenuto necessario, sono state effettuate ricerche di letteratura supplementari, come stabilito dal panel di consenso.

La ricerca è stata strutturata per rispondere alle seguenti domande:

- Quali sono i fattori che presagiscono e/o contribuiscono all'ideazione e al comportamento suicidario?
- Quali sono gli strumenti che permettono l'individuazione e la valutazione (scale di misurazione, ecc.) dell'ideazione e del comportamento suicidario?
- Quali sono i parametri della valutazione clinica dell'ideazione e del comportamento suicidario?
- Quali sono gli interventi clinici efficaci o post-eventi nella prevenzione dell'ideazione e del comportamento suicidario?
- Quali sono gli standard della pratica clinica per la valutazione e la gestione dell'ideazione e del comportamento suicidario?

Studi primari e revisioni sono stati inclusi qualora fossero pertinenti all'ambito delle linee guida e strategie di valutazione menzionate, o se riguardassero interventi clinici coerenti con la pratica infermieristica. Sono stati esclusi gli studi non pubblicati in inglese.

STADIO 2 - Ricerca strutturata di siti web

Nell'ottobre 2006, un individuo coinvolto nel progetto ha effettuato una ricerca di materiale rilevante all'argomento su una lista prestabilita di siti web. La lista di siti, rivista e aggiornata nel marzo 2006, era stata stilata sulla base di conoscenze esistenti di siti aderenti ai principi della pratica basata sulle evidenze e di quelli operanti nello sviluppo di linee guida, e su segnalazioni della letteratura sull'argomento. Talvolta i siti web consultati non contenevano linee guida, ma reindirizzavano ad altri siti o fonti in grado di consentirne il reperimento. La presenza o assenza di linee guida è stata registrata per ogni sito, insieme alla data della ricerca. I siti web consultati, all'epoca, non contenevano le linee guida, ma reindirizzavano ad altri siti web o fonti per il reperimento delle linee guida. Le linee guida venivano scaricate direttamente dal sito quando la versione completa fosse disponibile, altrimenti se ne faceva richiesta telefonicamente o per via telematica.

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

- Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: <http://www.albertadoctors.org>
- Bandolier Journal: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>
- BC Office of Health Technology Assessment: www.chspr.ubc.ca
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: <http://www.ccohta.ca>
- Canadian Institute of Health Information: <http://www.cihi.ca>
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com>
- Clinical Evidence: www.clinicalevidence.org
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): <http://www.crestni.org.uk>
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Library: Abstracts of Cochrane Reviews: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): <http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm>
- Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org>
- Evidence Based Nursing: <http://evidencebasednursing.com>
- Guidelines Advisory Committee: <http://gacguidelines.ca>
- Guidelines International Network: <http://www.g-i-n.net>
- Institute for Clinical Systems Improvement: <http://www.icsi.org/index.asp>
- Joanna Briggs Institute: <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Medic8.com: <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov>
- National Library for Health: <http://www.nelh.nhs.uk/>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing: <http://www.nursingworld.org/ojin/hirsh/hirshotc.htm>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk>
- TRIP Database: <http://www.tripdatabase.com>
- University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>

STADIO 3 – Ricerca web con motore di ricerca

Inoltre, è stata effettuata una ricerca di siti contenenti le linee guida di pratica esistenti relative al suicidio tramite il motore di ricerca “Google”, utilizzando i termini di ricerca chiave. Una persona ha condotto la ricerca annotando i siti visionati, la data e un compendio dei risultati. Una seconda persona ha successivamente revisionato i risultati della ricerca individuando linee guida e studi precedentemente sfuggiti.

STADIO 4 – Ricerca manuale/contributi del panel

È stato chiesto ai membri del panel di compiere una rassegna dei loro archivi personali, per individuare linee guida eventualmente sfuggite nelle ricerche precedentemente effettuate secondo i criteri sopra descritti. Il panel, inoltre, adottando la metodologia di ricerca descritta nello stadio 2, ha contribuito con l’aggiunta dei seguenti siti web::

- American Association of Suicidology: <http://www.suicidology.org/>
- American Foundation for Suicide Prevention: <http://www.afsp.org/>
- American Psychiatric Nurses Association: <http://www.apna.org/>
- American Psychological Association: <http://www.apa.org/>
- Canadian Association for Suicide Prevention: <http://www.suicideprevention.ca/>

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

- Canadian Institutes of Health Research: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/>
- Centre for Suicide Prevention: <http://www.suicideinfo.ca/>
- Health Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/>
- International Academy of Suicide Research: <http://www.depts.ttu.edu/psy/iasronline/>
- International Association for Suicide Prevention: <http://www.med.uio.no/iasp/>
- National Institute of Mental Health: <http://www.nimh.nih.gov/>
- Royal College of Psychiatrists: <http://www.rcpsych.ac.uk/>
- Suicide Prevention Action Network: <http://www.spanusa.org/>
- Suicide Prevention Resource Center: <http://www.sprc.org/>
- World Health Organization: <http://www.who.int/en/>

RISULTATI DELLA RICERCA

La metodologia di ricerca sopra descritta ha permesso il reperimento di 1342 abstract sul tema del suicidio. Un ricercatore ha provveduto a identificare i duplicati e a includere gli abstract secondo i criteri di inclusione/esclusione adottati.

- Allo scopo di validare la lista di fattori di rischio suicidario prestabiliti, sono stati reperiti e passati in rassegna 498 articoli riportanti specifici fattori di rischio per il suicidio, considerati soddisfacenti secondo i criteri di qualità AGREE descritti in seguito.
- Altri 92 abstract pertinenti ai rimanenti quesiti clinici sono stati identificati per essere reperiti, per valutarne la qualità, ed estrarne dati.

Sono state inoltre identificate nove linee guida pratiche che soddisfacevano i criteri della ricerca e che erano state vagliate criticamente avvalendosi dello *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument* (AGREE Collaboration, 2001).

search strategy described above resulted in the retrieval of 1342 abstracts on the topic of suicide. These abstracts were then screened by a research assistant in order to identify duplications and assess for inclusion/exclusion criteria.

- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: Author.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2006). *National guidelines for seniors' mental health: the assessment of suicide risk and prevention of suicide*. [Online] Available: <http://www.ccsmh.ca/en/natlGuidelines/natlGuidelinesInit.cfm>
- Holkup, P. A. (2002) *Evidence based protocol. Elderly suicide: Secondary prevention*. Iowa City, IA: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004) *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington (NZ): Author.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 868-84.
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2004). *Assessment following self-harm in adults*. London, UK: Author.
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2006). Better services for people who self-harm: Quality standards for healthcare professionals [Online]. Available: <http://www.rcpsych.ac.uk/auditselfharm.htm>
- U.S. Preventative Services Task Force (USPSTF). (2004). Screening for suicide risk: recommendation and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 820-821.

Appendice B: Glossario dei termini

Autolesionismo: compiere volontariamente verso se stessi azioni dolorose, distruttive o nocive senza l'intenzione di morire (APA, 2003).

Coinvolgimento (Ingaggio) Terapeutico: l'accogliere e l'avvalorare empaticamente le emozioni dell'utente; il costruire con lui un clima di fiducia (Good & Beitman, 2006)

Collaborazione: definisce il lavorare insieme, la reciproca condivisione per raggiungere uno scopo comune, secondo modalità che permettano la valorizzazione di ciascuna persona o di ciascun gruppo, per promuoverne la crescita (Stanhope & Lancaster, 2000).

Competenza: definisce il grado di capacità dell'utente a comprendere e valutare l'informazione offerta durante il processo di consenso, la sua abilità cognitiva di elaborare l'informazione in un determinato momento; la capacità da parte del paziente di mettere insieme e interpretare le informazioni, e di costruire giudizi ragionevoli basati su di esse, per partecipare pienamente come partner nel trattamento (Austin & Boyd, 2008).

Competenza Culturale: è l'applicazione delle conoscenze, delle abilità, delle attitudini e degli attributi personali richiesti agli infermieri per fornire cure e servizi appropriati in relazione alle caratteristiche culturali dei loro utenti (individui, famiglie, gruppi o popolazioni). La competenza culturale comprende la capacità di valorizzare la diversità, la conoscenza di costumi e di tradizioni della popolazione che viene assistita e di tenerne conto nel corso della presa in carico (Canadian Nurses' Association, 2004).

Comportamento Suicidario: azioni volontarie compiute contro sé stessi, con esito non fatale, associate ad evidenza esplicita o implicita che la persona volesse morire (APA, 2003).

Confidenzialità: un dovere etico di non divulgazione delle informazioni relative all'utente, che ha il diritto di discutere informazioni personali senza il timore che queste vengano rivelate ad altri (Murray & Hauenstein, 2008).

Consapevolezza Culturale: rappresenta il primo passo nel comprendere che esistono delle differenze (culturali e di altro genere) tra persone. Molti rispondono a questa presa di consapevolezza frequentando dei corsi appositamente costruiti per sensibilizzarsi a tali differenze (per esempio, pratiche cerimoniali e riti riferiti a particolari gruppi di popolazione piuttosto che ai contesti emotivi, sociali e politici in cui le persone vivono) (Nursing Council of New Zealand, 2002; p.8).e mutual sharing and working together to achieve common goals in such a way that all persons or groups are recognized and growth is enhanced (Stanhope & Lancaster, 2000).

Consenso: è un procedimento per prendere decisioni, non un metodo scientifico per creare nuova conoscenza. Il processo del consenso fa il miglior uso possibile dell'informazione disponibile, sia che si tratti di dati scientifici che del giudizio dei partecipanti (Black, Murphy, Lamping, McKee, Sanderson, Askham, Sanderson, et al., 1999).

Contenzione: uso di qualsiasi materiale o apparecchiatura, fisica, meccanica o manuale, che applicata sul corpo dell'utente ne limiti i movimenti (Austin & Boyd, 2008).

Discussione del caso (debriefing): il personale, per seguire un paziente che ha tentato il suicidio, necessita di supporto qualificato e dedicato, per minimizzare gli effetti dannosi che questi casi possono avere sul funzionamento personale, professionale e dell'equipe curante (Linke, Wojciak & day, 2002). Nella discussione del caso, il personale viene aiutato a comprendere i sentimenti, i pensieri, le sensazioni somatiche, i comportamenti e gli schemi relazionali che contrassegnano la risposta a un trauma. In uno studio condotto da Linke e colleghi (2002), il personale attribuì profonda utilità al supporto tra pari, all'analisi critica dei casi, agli incontri dedicati e al supporto dai colleghi più esperti

Disturbo Borderline di Personalità: è un disturbo di personalità caratterizzato da una difficoltà a mantenere relazioni interpersonali, immagine di sé, affetti stabili e marcata tendenza all'agito. In genere esordisce nella giovinezza e si manifesta in una ampia varietà di aree (APA, 2000; Austin e Boyd, 2008).

Evidenza: con questo termine si intende l'informazione che si avvicina il più possibile ai fatti e alla materia considerati. La forma che assume dipende dal contesto. Le evidenze più accurate sono il risultato di ricerca di qualità elevata e metodologicamente appropriata. Poiché la ricerca è spesso insufficiente e a volte contraddittoria o non disponibile, si deve ricorrere ad integrarla o a sostituirla con altri tipi di informazione. Le decisioni andranno allora fondate sulla considerazione di più forme di evidenza, allo scopo di bilanciare il rigore con l'opportunità, privilegiando comunque il primo sul secondo (Canadian Health Services Research Foundation, 2006)

Famiglia: è unica comunque la descriva una persona. I membri della famiglia possono includere, ma non sono limitati ai genitori, i figli, i fratelli, i vicini e altre persone significative nella comunità (RNAO, 2006d).

Fattori Protettivi: fattori che sono associati a un rischio diminuito relativamente a un disturbo o a un problema specifico.

Fattori di Rischio: caratteristiche che non causano il disturbo o il problema, né sono sintomi della malattia, ma piuttosto fattori che sono stati dimostrati influenzare la probabilità che un problema si sviluppi (Austin & Boyd, 2008).

Fattori Socioculturali della Salute: le condizioni economiche e sociali che influenzano la salute degli individui, delle comunità e del territorio nel suo complesso (Raphael, 2004). Una collaborazione a livello nazionale tra esperti della salute e di politiche sociali suggerisce che tra i fattori sociodemografici che interessano la popolazione canadese sono di particolare rilievo: giovane età, istruzione, occupazione e condizioni di lavoro, sicurezza alimentare, servizi sanitari, abitazione, reddito e sua redistribuzione, rete di previdenza sociale, emarginazione sociale, disoccupazione e precarietà lavorativa (Raphael, 2004).

Ideazione Suicidaria: pensieri che hanno per tema l'uccidersi (Varcarolis, 2002).

Impulsività: agire senza considerare le conseguenze dei propri atti o le azioni alternative (Austin & Boyd, 2008).

Indici di rischio (Eventi Sentinella): segni o sintomi evidenti che allertino l'infermiere circa un rischio attuale.

Informazione Collaterale: definisce le informazioni ottenute da terzi che conoscono l'utente, come familiari, persone significative per l'utente e altre figure professionali di supporto.

Intento Auto-lesivo: scopi e motivazioni associate ad azioni autodirette che oltrepassano il comune sentire e feriscono o danneggiano il corpo (Connors, 1996).

Intento Suicidario: aspettativa soggettiva e desiderio di compiere un gesto autodistruttivo con la finalità di morire (APA, 2003).

Isolamento: isolamento solitario in un ambiente a protezione totale, a scopo di sicurezza o di gestione del comportamento (Austin & Boyd, 2008).

Linee Guida per la Migliore Pratica (Linee Guida di Pratica Clinica): sono raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere professionisti sanitari e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche (Field & Lohr, 1990).

Osservazione: costante valutazione dello stato mentale dell'utente per identificare e contrastare ogni potenziale problema (Austin & Boyd, 2008).

Pratiche Promettenti: si riferisce a pratiche o a programmi che, sebbene non siano stati ancora dimostrati efficaci attraverso studi empirici, sembrano associati a buoni risultati - spesso riportati come efficaci dai clinici e/o dai pazienti.

Problem Solving: reperimento delle possibili soluzioni a un problema; deve diventare un aspetto integrante della pratica degli operatori. Il processo inizia nel momento in cui l'infermiere identifica un problema dell'utente, e dura sino a quando viene presa una decisione che risolva in parte o in tutto il problema (Eisenhauer & Gendrop, 1990 in Taylor 2004).

Protezione della diversità delle culture (Sicurezza culturale): inizia dall'infermiere. È necessario che egli sia consapevole di essere egli stesso portavoce di una cultura e che, quindi, guarda gli altri attraverso le lenti della propria cultura. Quando si instaura una relazione, sia la cultura dell'infermiere/fornitore di servizi sanitari, che quella dell'utente (individuo, famiglia, e/o comunità), esercitano un'influenza tanto sulla relazione stessa quanto sulla pratica dell'infermiere o del medico. La sicurezza culturale spinge oltre la consapevolezza della diversità e della sensibilità culturale verso una comprensione della salute, e della cura della salute, all'interno del suo contesto più ampio – il capire e l'esaminare i fattori storici, politici e socioculturali che danno loro forma. Inoltre, vengono riconosciute le ingiustizie strutturali e gli squilibri di potere, e viene analizzato e sfidato il loro ruolo nel definire la salute e le cure. La sicurezza culturale rappresenta sia un processo che un risultato – richiede eccellenza nella pratica relazionale. Il rispetto per la cultura dell'utente si riflette nella pratica. Un servizio “culturalmente sicuro/rispettoso” viene definito tale dall'utenza.

Psicofarmacologia specializzazione della farmacologia che comprende l'utilizzo di farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale e sui comportamenti correlati ai disturbi psichiatrici (Austin & Boyd, 2008).

Psicoterapia: metodologia di trattamento per i disturbi psichici all'interno del quale un operatore sanitario e un paziente discutono problemi ed emozioni con l'intento di trovare delle soluzioni. La psicoterapia può aiutare le persone a modificare il loro modo di pensare e di comportarsi o a capire come esperienze pregresse possano incidere sul comportamento attuale” (National Institute of Mental Health Glossary, 2005).

Raccomandazioni sulla formazione: Affermazioni circa i requisiti formativi e gli approcci e/o le strategie formative per l'introduzione, l'implementazione e la sostenibilità di linee guida per la miglior pratica.

Raccomandazioni organizzative e di politica gestionale: affermazioni circa le condizioni richieste per costituire un ambiente che renda realizzabile l'implementazione delle linee guida di miglior pratica. Il successo nella realizzazione di tali condizioni dipende in larga misura dall'organizzazione, sebbene possano avere implicazioni per politiche a livello più ampio, societario o governativo.

Raccomandazioni Pratiche: affermazioni di miglior pratica, idealmente basate sull'evidenza, dirette alla pratica del personale sanitario.

Relazione terapeutica: la relazione terapeutica è fondata sul processo interpersonale che si sviluppa tra infermiere e utente(i). La relazione terapeutica è una relazione determinata e finalizzata al raggiungimento del miglior interesse e del miglior risultato per l'utente (RNAO, 2006c).

Revisione sistematica: approccio rigorosamente scientifico nella preparazione di articoli di rassegna e revisione (National Health and Medical Research Council, 1998). Una revisione sistematica consente di stabilire se gli effetti delle cure sanitarie siano coerenti, e se i risultati delle ricerche possano essere applicati a popolazioni, ambienti e trattamenti

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

diversi (ad esempio la dose); consente altrimenti di stabilire dove gli effetti possano avere variazioni significative. L'uso di metodi sistematici ed espliciti nelle revisioni limita i bias (errori sistematici) e riduce gli effetti casuali, fornendo risultati più attendibili dai quali trarre conclusioni e prendere decisioni. (Alderson, Green & Higgins, 2004).

Riservatezza: la riservatezza, ovvero la non diffusione di quanto appreso nell'esercizio della professione, è un dovere deontologico; l'utente ha il diritto di rivelare informazioni personali senza timore che vengano rivelate ad altri (Murray & Hauenstein, 2008).

Sensibilità Culturale: la sensibilità culturale ci dispone a legittimare la diversità e ci prepara al processo di auto-ascolto, con la comprensione che siamo tutti portatori di cultura, cultura che include le nostre esperienze di vita e realtà che incidono sugli altri (Nursing Council of New Zealand, 1996).

Socio-cultural Determinants of Health: The economic and social conditions that influence the health of individuals, communities and jurisdictions as a whole (Raphael, 2004). A national collaboration of health and social policy experts suggested that the social determinants of health particularly relevant to Canadians include: early age, education, employment and working conditions, food security, health care services, housing, income and its distribution, social safety net, social exclusion, unemployment and job insecurity (Raphael, 2004).

Sopravvissuto: chi è stato colpito dalla perdita di una persona cara che è morta suicida. Il termine "sopravvissuto" viene applicato all'esperienza di perdere qualcuno che si è suicidato, perché riflette accuratamente le difficoltà che incontrano coloro che hanno perduto qualcuno per tale motivo. Il suicidio può spezzare le relazioni con i cari, come con gli amici, con i colleghi di lavoro, con gli operatori sanitari coinvolti nella gestione del caso, con coloro che sono impegnati a qualsiasi titolo nel contrastarlo. I sopravvissuti stessi sono statisticamente a rischio suicidario più elevato, sebbene non ci siano ricerche su quanto ciò dipenda da "qualcosa che circola in famiglia" e quanto sia invece la conseguenza diretta dell'impatto del precedente suicidio (Kim Watson, comunicazione personale, novembre 20, 2007).

Stakeholder: un individuo, un gruppo, o un'organizzazione che rappresenti un interesse personale all'interno delle azioni e dei processi decisionali di organizzazioni, che può avere interesse a influenzare decisioni o azioni (Beker et. Al., 1999). Sono inclusi nel termine tutti gli individui, o gruppi, che siano direttamente, o indirettamente, interessati dal cambiamento o dalla soluzione del problema.

Studio Clinico Controllato Randomizzato: studi clinici che prevedono il confronto tra almeno un trattamento sperimentale e uno di controllo, arruolamento e valutazione del decorso simultanei per i due gruppi, e nel quale l'assegnazione del trattamento ai soggetti coinvolti nello studio deve avvenire con un metodo casuale.

Suicidio: atto dell'uccidere se stessi, con l'intento (esplicito o implicito) evidente di morire (APA 2003).

Supervisione Clinica: la supervisione clinica è un processo riflessivo che permette agli infermieri di analizzare e comprendere il ruolo che essi giocano negli eventi inerenti alla relazione terapeutica, così come la qualità della loro pratica. È un'opportunità di supporto e di crescita, sia personale che professionale, che non comporta giudizi sulla persona o comportamenti sanzionatori (Kelly, Long & McKenna, 20001).

Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT): è un intervento psicologico specifico, strutturato

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

e limitato nel tempo, derivato dal modello cognitivo comportamentale propri della cura dei disturbi affettivi nel quale l'utente:

- Collabora col terapeuta per identificare le tipologie e gli effetti dei propri pensieri, convinzioni e interpretazioni dei sintomi correnti, gli stati emotivi e/o le aree problematiche.
- Sviluppa abilità per identificare, monitorare e quindi contrastare pensieri, convinzioni e interpretazioni disfunzionali correlati ai sintomi/problemi che sono stati individuati come bersaglio della terapia.
- Apprende un repertorio di abilità di *coping* (adattamento) appropriate ai pensieri, alle convinzioni, e/o alle aree problematiche bersaglio (NCCMH, 2004).

Terapia Dialettico Comportamentale: importante approccio biosociale al trattamento; che combina numerose strategie terapeutiche cognitive e comportamentali. Richiede al paziente di comprendere il suo disturbo partecipando attivamente alla formulazione degli scopi del trattamento, attraverso la raccolta di dati sul proprio comportamento, identificando gli obiettivi del trattamento nella terapia individuale, e lavorando col terapeuta per modificare i comportamenti disfunzionali (Austin & Boyd, 2008).

Utente: è il destinatario delle cure infermieristiche; è colui col quale l'infermiere si impegna a stabilire una relazione terapeutica (College of Nurses of Ontario, 2005). "Utente" può essere un individuo, una famiglia e/o una comunità. Per gli scopi di queste linee guida il termine utente include quello di "Paziente".

Transfert/Controtransfert:

Transfert:: processo inconscio mediante il quale l'utente trasferisce sentimenti relativi a persone significative della propria vita sull'infermiere nell'attualità della relazione. Tali sentimenti possono essere negativi o positivi, e possono avere un contenuto emotivo molto elevato. Se non viene riconosciuto o correttamente collocato, il transfert può ridurre la probabilità che gli interventi risultino efficaci e/o raggiungano i risultati attesi, poiché può suscitare nell'infermiere sentimenti che agiscono da ostacolo nella comprensione dell'utente. Quando capita, i sentimenti espressi dall'utente devono essere esplorati (Fontaine, 2003; Hogan & Smith, 2003).

Contro-transfert: è costituito dalle reazioni emotive dell'infermiere nei confronti dell'utente; queste sono basate su sentimenti per persone significative della propria vita (Fontaine, 2003; Hogan and Smith, 2003;). Il controtransfert può essere conscio come inconscio e i sentimenti positivi o negativi. È essenziale essere consapevole del controtransfert perché può interferire con la comprensione di ciò che accade nella relazione col paziente e agire da ostacolo nel fornire sicurezza e cure efficaci. Discutere dei propri sentimenti ed emozioni con i colleghi può aiutare l'infermiere a rendersi consapevole del proprio controtransfert nei confronti dell'utente.

Segnali dall'arme: Evidenti segni o sintomi che avvertono l'infermiere di un rischio attuale.



Appendice C: Numero di suicidi e tasso di suicidi per gruppi di sesso ed età in Canada

Fonti della tabella: “dati statistici sul suicidio per sesso ed età in Canada” adattata dal sito web Canada Statistics <http://www40.statcan.ca/101/cst01/hlth66a.htm> (scaricato il 20 novembre 2007). Pubblicazione autorizzata.

Suicidi, e tasso di suicidi, per sesso e per gruppo di età						
	1996	1997	1981	1991	1996	1997
	Numero di suicidi			Tasso di suicidi ogni 100,000 persone		
Tutte le età	3,941	3,681	14.0	13.3	13.2	12.3
Uomini	3,093	2,914	21.3	21.6	20.8	19.6
Donne	848	767	6.8	5.3	5.6	5.1
1-14 anni	41	51	0.7	0.6	0.7	0.9
Uomini	32	39	1.0	0.7	1.1	1.4
Donne	9	12	0.4	0.4	0.3	0.4
15-19 anni	231	261	12.7	13.8	11.5	12.9
Uomini	190	207	21.2	23.0	18.5	19.9
Donne	41	54	3.8	4.0	4.2	5.5
20-24 anni	350	293	19.6	18.2	17.2	14.5
Uomini	300	257	33.2	31.7	29.0	24.9
Donne	50	36	5.9	4.1	5.0	3.6
25-44 anni	1,770	1,549	17.4	18.1	17.9	15.8
Uomini	1,390	1,228	26.2	28.8	24.7	25.0
Donne	380	321	8.6	7.6	8.6	6.6
45-64 anni	1,060	1,075	20.1	16.2	16.6	16.5
Uomini	786	826	28.6	25.7	24.7	25.5
Donne	274	249	11.9	6.9	8.6	7.6
65+ anni	489	452	18.3	14.2	13.4	12.4
Uomini	395	357	30.4	26.3	25.6	23.0
Donne	94	95	9.2	5.6	4.5	4.5
Non specificato	-	-	x	x	x	x
Uomini	-	-	x	x	x	x
Donne	-	-	x	x	x	x

x soppresso per soddisfare i requisiti di riservatezza della Statistics Act
 - nullo o zero

Fonte: Statistics Canada, Health Statistics Division.

Ultima modifica: 17-02-2005

Appendice D: Transfert e controtransfert

Il transfert è un fenomeno normale che può affiorare ed inibire l'efficacia in ogni fase di una relazione tra due individui, in qualsiasi contesto, compresi contesti non psichiatrici" (Ren Kneisl, Skodol Wilson & Trigoboff, 2004, p. 667). Deriva da esperienze del passato non risolte, la maggior parte delle quali vissute nell'infanzia. Il paziente "trasferisce" sentimenti, attitudini e desideri irrisolti a rapporti significativi correnti, per risolverli. Pertanto, in risposta a irrisolti problemi del passato, il paziente non interpreta correttamente il presente, ma non è conscio della natura della sua risposta (Ren et al., 2004). Secondo Ren Kneisl et al. (2004), il transfert è una forma di resistenza per la quale il paziente resiste inconsciamente alla conoscenza di esperienze e conflitti della sua infanzia. Questi sono invece trasferiti in una relazione attuale, compresa la relazione tra infermiere e paziente (Ren et al., 2004). Per esempio, il transfert può essere operante quando il paziente ripetutamente attribuisce al rapporto infermiere-paziente significati che sono legati a una o più relazioni passate. Ren Kneisl et al. (2004) raccomandano che l'infermiere/terapeuta esplori il significato di parole, gesti, eventi e situazioni dell'attuale nella relazione uno-a-uno, per determinare come questi riflettano rapporti passati - separare i sentimenti, i pensieri e i comportamenti attuali del paziente da quelli legati al passato può renderlo libero di elaborare il passato e di esplorare "aspetti creativi, di autorealizzazione della propria identità, come essi evolvono nella relazione attuale" (Ren et al., 2004, p.667). Pertanto, nei trattamenti ad orientamento psicodinamico, la relazione tra paziente e infermiere viene usata come punto di riferimento per l'interpretazione e promuove un diverso modo di lavorare con il paziente - questo può comportare o meno il coinvolgimento con le relazioni passate del paziente (Ren et al., 2004).

Il transfert può essere positivo o negativo. Il transfert positivo generalmente riflette relazioni passate soddisfacenti con figure significative e significa che il paziente è in grado di progredire. Il transfert negativo solitamente si riflette in reazioni negative quali ostilità, avversione, e rabbia, che spesso generano disagio sia nell'infermiere che nel paziente (Ren et al., 2004).

Il controtransfert riguarda le reazioni dell'infermiere nei confronti del paziente. L'infermiere può sviluppare sentimenti e atteggiamenti intensi in risposta al transfert o a caratteristiche della personalità del paziente. In caso di controtransfert, l'infermiere può ripetutamente attribuire significati alla propria relazione con il paziente che appartengono invece a sue passate relazioni (Ren et al., 2004). Il controtransfert è considerato un inevitabile prodotto della relazione infermiere- paziente, in altri termini va considerato un fenomeno "normale" nella relazione terapeutica che riflette il legame dell'infermiere con le relazioni del suo passato" (Ren et al., 2004, p.667).

I seguenti comportamenti possono segnalare il controtransfert (Ren et al., 2004):

- Eccessiva amichevolezza o eccessiva preoccupazione per il paziente
- Reagire con fastidio o ingiustificata ostilità verso il paziente
- Sentirsi a disagio durante o dopo un incontro con il paziente
- Sognare il paziente
- Pensare al paziente nel tempo libero

La supervisione o le consulenze possono prevenire il deterioramento della relazione uno-a-uno. Discutendo le emozioni, gli atteggiamenti e i comportamenti con un collega, l'infermiere può essere aiutato a sviluppare "reazioni terapeutiche e finalizzate all'obiettivo" (Ren et al., 2004). È opportuno che il controtransfert non sia condiviso con il paziente perché potrebbe essere distruttivo. Nei rari casi in cui il controtransfert non può essere elaborato, può essere necessario affidare il paziente ad un altro infermiere.

Appendice E: Sicurezza culturale

Fonte: Smye & Browne (2002). Pubblicato con il permesso dell'autore.

Ramsden (1993) un infermiere coordinatore Maori della Nuova Zelanda, ha sviluppato il concetto di “sicurezza culturale” all’interno di un contesto di formazione infermieristico, in risposta a un processo di colonizzazione a Aotearoa in Nuova Zelanda. Questi processi hanno storicamente ignorato i sistemi di credenze dei Maori sulla malattia e sulla salute, privilegiando invece quelli della cultura “bianca” dominante, nella costituzione di quel sistema sanitario.

Nella pratica infermieristica, come in molta altra letteratura sanitaria, la cultura tende ad essere rappresentata come il sistema di credenze, pratiche e valori di gruppi etnici definiti (Culley, 1996). Se, da una parte, descrizioni delle caratteristiche e delle pratiche culturali possono essere utili agli operatori e ai ricercatori sanitari, dall’altra possono rinforzare stereotipi e visioni semplicistiche di particolari gruppi etnoculturali, che vengono percepiti quindi come diversi e “altri”. Queste argomentazioni “culturaliste” ritengono anche che problemi relativi all’accessibilità delle cure, alla loro accettazione, e a stati di salute trascurati provengano da caratteristiche culturali in conflitto con la normale prassi sanitaria. La sicurezza culturale non riguarda “pratiche culturali”; piuttosto, comporta il riconoscimento della posizione sociale, economica, e politica di certi gruppi all’interno della società, come il popolo Maori della Nuova Zelanda o i Nativi in Canada, e il conseguente impatto sulla loro salute.

La sicurezza culturale origina dall’idea di “sicurezza” quale standard infermieristico da raggiungere, tipicamente attraverso uno standard etico (Polashek, 1998). L’attenzione viene concentrata sull’erogazione dei servizi sanitari e su problemi di sistema più ampi come “le politiche infermieristiche generali, il contesto infermieristico nel quale le cure sono fornite, e il più ampio sistema di strutture sanitarie del quale le attività infermieristiche sono parte” (Polashek, 1998, p.454). La sicurezza culturale si occupa di coltivare una comprensione della relazione tra la condizione di minoranza e lo stato di salute, come modalità per cambiare gli atteggiamenti degli infermieri da quelli che continuano a sostenere le pratiche dominanti e sistemi di assistenza sanitaria correnti, a quelli che sono più favorevoli nei confronti della salute dei gruppi minoritari (Polashek, 1998). Riconoscendo le iniquità nell’erogazione dei servizi sanitari (per esempio, affermando che il popolo Maori in Nuova Zelanda o i Nativi in Canada non ricevono servizi adeguati), la sicurezza culturale richiama l’attenzione ai problemi inerenti al contesto politico e sociale dell’offerta sanitaria. La sicurezza culturale, pertanto, aspira a contrastare le tendenze in sanità che creano rischi culturali (o “non sicurezza”) - situazioni che sorgono quando membri di un gruppo etnoculturale pensano di essere “discriminati, sminuiti o impotenti a causa delle azioni e dei sistemi di erogazione di un’altra cultura (Wood and Schwass, 1993, p.2). La sicurezza culturale ricorda che, per tutti noi che siamo impegnati in sanità, è un dovere riflettere su come le nostre politiche, ricerche e pratiche possano ricordare i traumi inflitti a una popolazione attraverso processi coloniali e neocoloniali. Ci ricorda che i temi della sanità sono stati formati in relazione alle strutture politiche, sociali, ed economiche, e ciascuno in relazione con l’altro, e in modo che una certa conoscenza sia privilegiata in questo particolare periodo storico (Foucault, 1973).

Quindi, la sicurezza culturale non è qualcosa a cui guardiamo, ma qualcosa attraverso cui guardare, come una lente di interpretazione che deve essere essa stessa oggetto di riflessione e interrogata. Ci spinge a fare una serie di domande per svelare i modi in cui le attuali politiche, ricerche, e pratiche sanitarie possano perpetuare gli approcci neocoloniali alla sanità.

Appendice F: Sicurezza culturale - uno scenario clinico

Maria

- Maria è una donna Oneida di 45 anni, che vive nella comunità del marito nel Nord Ontario. È madre di due figli – Brenda 25 anni, coniugata, e William 22 anni, che frequenta l'università a Montreal.
- Maria è nella clinica locale con la sua famiglia, in attesa di essere trasportata ad un ospedale a 600 km da casa sua, a causa di un cambiamento nel suo benessere mentale nelle ultime settimane. Ha una storia di disturbi psicotici in passato, e attualmente mostra sintomi di psicosi - è agitata, apparentemente molto depressa, confusa, incoerente e presenta allucinazioni uditive.

Impegno relazionale

Inizia con l'auto-riflessione - chi sei tu, l'infermiere? Quali sono le tue convinzioni, atteggiamenti, pregiudizi riguardo alla malattia mentale e al recupero, ai nativi (rif. canadesi), ecc.?

Cosa fare per prima cosa?

Conoscere Maria e la sua famiglia per valutare come loro comprendano cosa sta succedendo. Per esempio:

- Che cosa significa lasciare la comunità per Maria e la sua famiglia? Si consideri che, mentre la maggior parte delle persone sarebbe preoccupata di lasciare la propria casa, alcuni nativi potrebbero trovare l'adattamento ad una grande istituzione urbana particolarmente difficile, a causa del trauma storico (ad esempio le scuole residenziali, e i ricoveri in sanatori per tubercolosi) e del razzismo e della discriminazione odierni.
- Scopri se ci sono delle considerazioni particolari da fare. Per esempio, chi ha bisogno di essere messo al corrente? Vi sono particolari membri della comunità di cui è necessaria la presenza in questo momento? Ci sono importanti pratiche di benessere e guarigione che devono essere prese in considerazione? Ci sono aspetti della malattia che hanno bisogno di essere compresi in modo diverso?

Di quali informazioni hai bisogno o vuoi?

- Ci sono delle particolari esigenze o desideri che devono essere soddisfatti?
- Se Maria dovesse rimanere in ospedale per un periodo di tempo prolungato, chi rimarrà con lei e come potrebbe essere sostenuta questa persona (si pensi alle risorse)?
- A cosa stanno pensando Maria e la sua famiglia in questo momento?
- Che cosa fanno? Che cosa non fanno? Che cosa vorrebbero sapere?
- Maria e la sua famiglia sentono di avere una scelta e il potere di esercitare una scelta?
- Esistono considerazioni linguistiche (ad esempio, avete bisogno di un traduttore)?

Appendice G: Considerazioni ambientali per la promozione della sicurezza

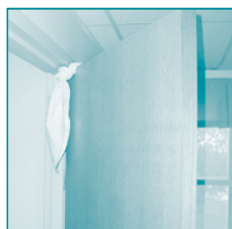
"L'inserimento in una struttura protetta, con barriere architettoniche contro il suicidio, è previsto per tutte le persone a rischio imminente di suicidio." (Yeager et al., 2005, p. 122).

Un ambiente sicuro è fondamentale per il paziente che evidenzia comportamenti o ideazioni suicidari in un dipartimento d'emergenza o in un reparto di degenza. È difficile far fronte a tutti i rischi per la sicurezza che esistono all'interno di un ospedale, così come quelli portati da visitatori e altri pazienti. Il personale deve esaminare e / o valutare l'ambiente fisico e concentrarsi su ciò che può rappresentare un'opportunità di lesioni. La sicurezza inizia con la creazione di un elenco di misure di sicurezza all'interno della struttura ospedaliera. A seguito di ciò, le strutture dovrebbero prendere in considerazione l'attuazione di strategie di riduzione del rischio.

Fattori latenti:

Over time, activities, processes, procedures and even unit improvements can introduce a dangerous item to the client care environment (e.g. changes to the security department or building additions can increase the length of time for security to respond to a Code White). Creep factors also include what the clients, visitors or staff may bring on the units. Policies regarding storage of clients' belongings and access to non-patient areas (e.g. staff room, equipment room) may help to address these factors and should be developed with involvement of all staff members (e.g. allied health professionals, housekeeping, patient care aides, security, etc.)

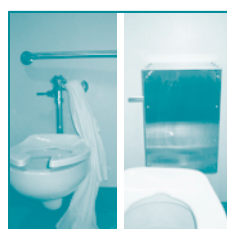
Rischi d'impiccagione:



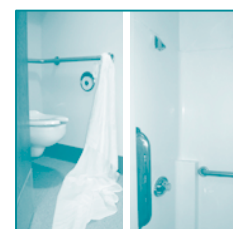
Un lenzuolo annodato può presentare rischio di impiccagione se unito a una porta massiccia in unità di degenza psichiatriche.



La combinazione di lenzuolo e porta massiccia può supportare l'intero peso corporeo sollevandolo da terra.

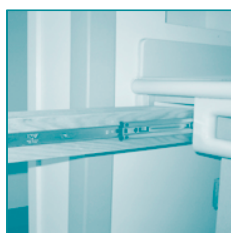


Le tubature idrauliche possono presentare rischi; per minimizzare il rischio, possono essere racchiuse in uno scomparto.



I maniglioni di sostegno possono presentare rischio di impiccagione da una posizione seduta.

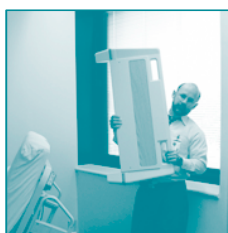
Armi potenziali:



Armadi e armadietti possono essere smontati per fabbricare armi.



Pannelli pesanti, come quelli appartenenti ad impianti di riscaldamento, possono essere usati per rompere finestre o come armi contro il personale.



Alcuni letti hanno testiere rimovibili, che possono essere usate come armi contro il personale.



Anche i dispositivi di sicurezza possono porre rischi. Controllare tutti gli oggetti, anche quelli considerati sicuri. Nell'esempio riportato, questi ganci di sicurezza possono causare ferite da punta.



Un normale portabiancheria può essere smontato in molte potenziali armi.

Rischi di schiacciamento:

Sebbene i letti manuali abbiano il vantaggio di non necessitare cavi, possono presentare rischi di schiacciamento



Assicurarsi che le maniglie siano posizionate in modo da minimizzarne l'uso da parte del paziente allo scopo di causare lesioni da schiacciamento.



I telai dei letti dovrebbero essere controllati per assicurarsi che ci siano blocchi meccanici di sicurezza che minimizzano il rischio di schiacciamento.

Sbarramenti:



Il letto è vincolato al pavimento con una serratura, in modo da prevenire situazioni di sbarramento. Questa è considerata una misura di sicurezza.



Lo stesso letto dell'immagine a sinistra, in combinazione con il comodino e la sedia presenti nella stanza, può essere usato per creare uno sbarramento e impedire l'ingresso al personale.

Altre considerazioni:

- Usare posate di plastica e piatti di carta
- Assicurarsi che i quadri siano saldamente ancorati alle pareti e non abbiano cornici di vetro (oppure usare vetro di sicurezza)
- Prestare attenzione a strumenti o attrezzature lasciati incustoditi (es. stetoscopi, scope, ecc.)
- Identificare qual è il tempo di risposta del personale di sicurezza per rispondere alle emergenze psichiatriche, nel dipartimento di emergenza o in psichiatria. Esercitazioni cronometrate possono essere utili.
- Giri di ispezione dovrebbero essere fatti regolarmente, con cadenza almeno settimanale. Includere nuovi valutatori quando possibile (ad esempio personale nuovo o personale non assegnato a quell'unità).

Fonte: Yeager et al. (2005). Immagini pubblicate con permesso.

Appendice H: Fattori di rischio e fattori protettivi per il suicidio

Fonte: Murray & Hauenstein (2008). Adattato con permesso

* Gli adattamenti in corsivo

Fattori di rischio:

Fattori demografici o sociali

- Anzianità
- Sesso maschile
- Povertà
- Essere aborigeni, soprattutto giovani di 14-24 anni (Chandler & Lalonde, in stampa)
- Razza bianca (APA, 2003)
- *Orientamento sessuale: gay, lesbiche o bisessuali - associato con tentativi di suicidio (APA, 2003)*
- Essere single (vedovo/a, divorziato/a, separato/a, celibe/nubile)
- L'isolamento sociale, inclusa l'estraneazione nuova o peggiorativa, e il contesto rurale
- Stress, perdita o umiliazione economica o professionale
- Incarcerazione recente
- Dipendenza da gioco d'azzardo
- Facilità di accesso ad armi da fuoco

Fattori clinici

- Passata e attuale malattia psichiatrica grave, tra cui bipolare, schizofrenia e disturbo depressivo maggiore (soprattutto depressione)
- Disturbo di personalità (borderline, narcisistico, antisociale)
- Storia di caratteristiche impulsive e violente
- Patologie cliniche attuali
- Familiarità per suicidio
- Precedenti tentativi di suicidio o altri atti autolesionistici o tendenza all'agito
- Attuale rabbia, agitazione, forte preoccupazione
- Abuso corrente di alcool o droghe (compresi i solventi)
- Facile accesso a tossine letali (compresi farmaci prescritti)
- Pianificazione, preparativi per la morte o lettera di suicidio
- Ambivalenza fra il morire e il vivere
- *Traumi infantili (abusi sessuali, abusi fisici) (APA, 2003)*
- *Idee suicide (attuali o precedenti)*
- *Intenti suicidari (APA, 2003)*
- *Disperazione (APA, 2003)*
- *Ansia grave o incessante (APA, 2003)*
- *Attacchi di panico (APA, 2003)*
- *Impulsività (APA, 2003)*
- *Aggressione (APA, 2003)*

Fattori precipitanti

Stress recenti (in particolare le perdite di sicurezza emotiva, sociale, fisica o finanziaria)

Fattori protettivi:

- Supporto sociale intatto
- Affiliazione religiosa attiva o fede (può anche essere un fattore di rischio, se sono presenti vergogna/colpa circa il comportamento)
- Il matrimonio e la presenza di figli a carico
- Relazione continua di sostegno con un caregiver
- *Relazione terapeutica positiva (APA, 2003)*
- Assenza di depressione o abuso di sostanze
- Accesso alle risorse sanitarie mediche e psichiatriche
- Controllo degli impulsi
- Capacità di risolvere e affrontare i problemi
- *Gravidanza (APA, 2003)*
- *Soddisfazione per la propria vita (APA, 2003)*
- *Sollievo per non aver portato a termine il suicidio (NZGG, 2003)*
- *Senso di 'lavoro incompiuto' (NZGG, 2003)*
- *Buona autostima, fiducia in sé stessi (NZGG, 2003)*
- *Consapevolezza che persone significative sono a conoscenza dei loro pensieri suicidi (NZGG, 2003)*
- *Senso di appartenenza (Sargent, Williams, Hagerty, Lynch-Sauer & Hoyle., 2002)*

La presenza di fattori protettivi e di rischio deve essere annotata nella cartella del paziente come parte della valutazione del rischio.

Nota dal Panel di sviluppo RNAO: Anche se l'elenco di cui sopra contiene fattori di rischio identificati statisticamente, i lettori devono sapere che i fattori di rischio non sono assoluti e non hanno alcun valore ponderato, sebbene possano essere cumulativi. La valutazione del rischio deve sempre avvenire nel contesto di un esame completo.

Appendice I: Componenti per una valutazione dello stato mentale

Fonte: RNAO (2006b). Adattato con permesso.

I seguenti elementi possono essere inclusi in una valutazione dello stato mentale:

ASPETTO

- Età (*età anagrafica e se la persona dimostra questa età*)
- Sesso, etnia
- Corporatura (*esile, obesa, atletica, media*)
- Posizione (*stare sdraiati o seduti, in piedi, in ginocchio*)
- Postura (*rigida, accasciata, stravaccata, confortevole, minacciosa*)
- Contatto visivo (*occhi chiusi, buon contatto, evitare il contatto, fissare prolungatamente*)
- Abbigliamento (*cosa indossa, igiene, condizioni e pulizia dei vestiti, capi di abbigliamento adeguati*)
- Cura di sé (*maleodorante, trasandato, sporco, con barba lunga, eccessivamente meticoloso, acconciatura, spettinato, trucco*)
- Comportamento (*cooperativo, protettivo, piacevole, sospettoso, superficiale, arrabbiato, seducente, accattivante, evasivo, amichevole, ostile*)
- Atteggiamento verso l'esaminatore (*disinteressato, annoiato, interiormente preoccupato, facilmente distraibile, attento*)
- Segni particolari (*cicatrici, tatuaggi, bende, macchie di sangue, denti mancanti, dita macchiate da sigarette*)
- Irregolarità fisiche (*arto mancante, itterizia, sudorazione copiosa, gozzo, respiro sibilante, tosse*)
- Espressione emozionale del viso (*pianto, calma, perplessa, stressata, tesa, urla, tremula, fronte aggrottata*)
- Lucidità (*vigile, sonnolento, stupore, confusione*)

MOTORIO / COMPORTAMENTO

- Rallentamento (*movimenti rallentati*)
- Agitazione (*incapacità di stare seduto, torcere le mani, dondolio, pizzicare la pelle o gli indumenti, auto stimolazione, movimento eccessivo, compulsioni*)
- Movimenti insoliti (*tremore, schiocco delle labbra, movimenti della lingua, manierismi, smorfie, tic*)
- Andatura (*strascicata, a base ampia, zoppicando, inciampando, esitazioni*)
- Catatonìa (*stupore, eccitazione*)

ELOQUIO

- Ritmo (*monotono, balbuzie*)
- Volume (*forte, piano, sottovoce*)
- Quantità (*risposte monosillabiche, loquacità eccessiva, muto*)
- Articolazione (*chiara, borbottante, biascicante*)
- Spontaneità

TONO DELL'UMORE/EMOZIONI

- Stabilità (*stabile, fisso, labile*)
- Estensione di sentimenti (*ristretta, completa*)
- Adeguatezza (*ai contenuti del discorso e alle circostanze*)
- Intensità (*piatta, smussata, esagerata*)
- Sentimento (*depresso, triste, felice, euforico, irritabile, ansioso, neutro, paura, rabbia, piacevole*)
- Umore (*riportato dall'assistito*)

CONTENUTO DEL PENSIERO

- Idee suicide o omicide (*intento, pianificazione, accesso ai mezzi, tempistica*)
- Pensieri depressivi (*senso di colpa, di inutilità, disperazione*)
- Ossessioni (*persistenti, indesiderate, pensieri ricorrenti*)
- Ruminazioni
- Fobie (*forte, persistente, paura di oggetti o situazioni*)
- Ideazioni di riferimento
- Ideazione paranoica
- Ideazione magica
- Deliri (*falsa credenza mantenuta nonostante l'assenza di evidenze di supporto*)
- Idee sopravvalutate
- Trasmissione, inserzione o furto di pensiero
- Altri temi principali discussi dall'assistito

FORMA DEL PENSIERO

- Coerenza (*coerente, incoerente*)
- Logica (*logico, illogico*)
- Flusso (*diretto all'obiettivo, circostanziato, tangenziale [diverge improvvisamente da un flusso di pensiero], vaghezza delle associazioni, cambi di argomento continui e improvvisi, sconnesso, insalata di parole*)
- Perseverazione (*ripetizione patologica di una frase o una parola*)
- Neologismo (*uso di nuove espressioni, frasi, parole*)
- Blocco (*cessazione improvvisa del flusso di pensiero e di parola legata a forti emozioni*)
- Attenzione (*distrattibilità, concentrazione*)

PERCEZIONE

- Allucinazioni (*uditive [tra cui comandi, commenti], visive, olfattive [profumi], gustative, tattili*).
- Illusioni (*errata interpretazione di reali stimoli esterni*)
- Depersonalizzazione
- Déjà vu, jamais vu

FUNZIONI COGNITIVE

- Orientamento (*tempo, persone, luoghi*)
- Memoria (*a breve termine, a lungo termine*)
- Intelletto
- Pensiero astratto
- Capacità di leggere e scrivere
- Livello di coscienza

COMPRESIONE/GIUDIZIO

- Consapevolezza di malattia (*insight*)
- Possibilità di prendere una decisione saggia considerando pro e contro

Appendice J: Domande per l'intervista di Valutazione dell'ideazione e pianificazione suicidaria

Ecco alcune domande suggerite (APA 2003; NZGG, 2003) che un infermiere potrebbe utilizzare per chiedere eventuali pensieri, progetti e comportamenti suicidari di una persona. Da ricordare che questi sono modalità suggerite per valutare i pensieri e i sentimenti di una persona riguardo al suicidio. Bisogna essere sempre attenti nel valutare sia la comunicazione verbale che non verbale o “segnali” dalla persona. Non tutte le domande potrebbero dover essere poste. Anche se questa lista di domande è presentata in modo lineare, sono destinate ad essere utilizzate all'interno di una valutazione, come processo all'interno di una conversazione o discussione che avviene nel contesto della relazione infermiere-paziente. Queste domande possono essere poste all'interno di efficaci capacità di comunicazione che comprendono l'ascolto riflessivo.

Una domanda generale sul pensiero e sui sentimenti della persona sulla vita è spesso raccomandata per iniziare questa discussione:

- *A volte le persone sentono che la vita non è degna di essere vissuta. Può dirmi cosa ne pensa della sua vita?*
- *Quali sono gli aspetti della sua vita che la rendono degna di essere vissuta?*
- *Quali sono gli aspetti della sua vita che potrebbero farle sentire o pensare che la sua vita non è degna di essere vissuta?*
- *Si ritrova a desiderare una via di fuga definitiva dalla vita?*

È importante continuare con ulteriori domande che riguardano l'autolesionismo, il suicidio e la morte. Anche se le risposte alle precedenti domande tendono ad affermare il valore della persona per la sua propria vita, quelle risposte possono non essere coerenti o congruenti con altre informazioni valutative che avete per questa persona perciò valutate il pensiero e il comportamento suicidario in modo specifico..

- *Pensa alla sua morte o di morire?*
- *Ha mai pensato di farsi del male o di cercare di uccidersi?*
- *Pensa o sente in questo modo attualmente?*

Se la persona esprime pensieri di autolesionismo e/o suicidio, o anche se lui/lei sembra ambivalente (Ad esempio dice: "Non so" o "non ricordo" o "forse, non sono sicuro" o "qualche volta, ma non proprio in questo momento"), continuare con queste domande perché l'ambivalenza tra il desiderio di vivere e morire è molto comune nel pensiero e nel comportamento suicidario e non necessariamente equivale all'assenza di pensieri o comportamenti. Essere attenti ai segnali della persona, poiché non tutte le domande potrebbero essere chieste.

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

- *Quando ha iniziato a sperimentare questi pensieri e sentimenti?*
- *Che cosa è accaduto prima di averli?*
- *Ci sono stati gli eventi nella sua vita che li hanno preceduti, come una perdita improvvisa sentimenti di depressione?*
- *Con quale frequenza ha avuto questi pensieri e sentimenti?*
- *Questi pensieri si intromettono nel suo pensiero e nella sua attività?*
- *Quanto sono forti?*
- *Può descriverli?*
- *Può impedire di averli distraendosi con una attività o con altri pensieri positivi?*
- *Ha mai agito spinto da questi pensieri?*
- *I suoi pensieri le impongono di agire dietro tale spinta?*
- *Se non ha agito spinto da essi, quanto vicino sente di essere arrivato ad agire?*
- *Che cosa le ha impedito di agire?*
- *Ha mai iniziato ad agire spinto dal suo autolesionismo o da pensieri suicidari, e si è comunque fermato prima di farlo effettivamente? Per esempio, ha tenuto una confezione di pillole in mano per prenderle tutte ma si è fermato, o di sporgersi da un cornicione per saltare, ma poi si è fermato?*
- *Pensa di poter agire spinto da questi pensieri autolesionisti o suicidari in futuro?*
- *Che cosa potrebbe aiutarla ad agire su di essi?*
- *Se si uccidesse, cosa immagina che accadrebbe dopo la sua morte a quelle persone che sono importanti per voi?*
- *Ha un piano per farsi del male o per uccidersi? Se sì, descriva il suo progetto.*
- *Ha a sua disposizione tali metodi per uccidersi, come ad esempio farmaci da banco, farmaci da prescrizione, coltelli, o si trova in prossimità di un balcone, un ponte o una metropolitana?*
- *Si è preparato per la sua morte scrivendo una nota, facendo un testamento, mettendo in pratica il piano, occupandosi dei suoi affari come ad esempio mettendo in ordine le sue finanze, o assicurandosi la privacy per garantire che fosse improbabile essere scoperti?*
- *Ha detto a qualcuno che sta pensando di uccidersi o pianificando di farlo?*

Se una persona ha tentato il suicidio o si è impegnata in comportamenti autolesionisti, fare domande aggiuntive per valutare le circostanze in prossimità dell'evento.

- *Cosa è successo nei suoi precedenti tentativi di autolesionismo o suicidio? Che cosa l'ha portata ad esso? Stava usando alcool o altre sostanze? Che metodo ha usato? A volte le persone hanno molte ragioni per farsi del male oltre a voler morire. Quali avrebbero potuto essere alcune delle sue ragioni per farsi del male o suicidarsi? Quanto sono state gravi le sue ferite?*
- *Cosa ha pensato appena prima che si facesse del male?*
- *Cosa ha previsto sarebbe il risultato del suo autolesionismo o tentativo di suicidio? Pensava che sarebbe morto? Cosa pensava che sarebbe la risposta degli altri al suo autolesionismo o suicidio?*
- *Erano presenti altre persone quando ha fatto questo?*
- *Come ha ottenuto aiuto dopo? Lo ha cercato da solo o qualcun altro l'ha aiutata?*
- *Prevedeva di poter essere scoperto? In caso contrario, è stato trovato per caso?*
- *Come si è sentito dopo il tentativo? Ha provato sollievo o dispiacere di essere vivo?*
- *Ha ricevuto un trattamento dopo il tentativo? Ha ricevuto aiuto medico e/o psichiatrico, di pronto soccorso? È stato valutato in un pronto soccorso? È stato assistito in regime di ricovero/ambulatoriale?*
- *Come pensa e sente la sua vita ora? Sono cambiate le cose per Lei? Vede la sua vita allo stesso modo o diversamente?*
- *Ci sono state altre volte in passato, in cui ha provato a farsi del male (o uccidere) se stesso? (Se è così si può riproporre molte di queste domande per valutare circostanze ed episodi analoghi o diversi).*

Linee Guida per la Pratica Infermieristica Basata sulle Evidenze

Per gli individui con pensieri o tentativi ripetuti di suicidio.

- *Quante volte ha cercato di farsi del male, o ha cercato di uccidersi?*
- *Quando è stato la volta più recente?*
- *Quali erano i suoi pensieri e sentimenti la volta in cui era più seriamente intenzionato al suicidio?*
- *Quando è stato il tuo tentativo più serio di farsi del male o uccidersi?*
- *Che cosa è accaduto proprio prima di farlo e cosa è successo dopo?*

Valutare ragioni di vita o i fattori protettivi per questa persona.

- *Come si sente riguardo al suo futuro?*
- *Che cosa l'aiuterebbe a sentire o pensare in modo più positivo, con ottimismo e speranza il suo futuro?*
- *Che cosa renderebbe più (o meno) probabile che cercherà di uccidersi?*
- *Che cosa succede nella sua vita per farle desiderare di morire o di fuggire dalla vita?*
- *Che cosa succede nella sua vita per aiutarla a voler vivere?*
- *Se cominciasse ad avere pensieri di autolesionismo o suicidio di nuovo, cosa farebbe per prevenirli?*

Per gli individui con psicosi, chiedere specificamente di allucinazioni e deliri.

- *Può descrivere le voci che sente?*
- *Può dire se sono maschi o femmine?*
- *Può fermare le voci?*
- *Quante voci differenti sente?*
- *Sente queste voci provenire dalla propria mente, o le sembrano venire da qualche parte al di fuori di sé?*
- *Sa chi sono queste voci? Le riconosce?*
- *Che cosa le dicono le voci? Dicono qualcosa di positivo, o dicono cose negative o offensive per lei? Minacciano lei o qualcun altro?*
- *Come si pone verso le voci? Fa qualcosa al riguardo?*
- *Le comandano di fare qualcosa? In caso affermativo, che tipo di cose le chiedono di fare?*
- *Ha mai fatto quello che le voci chiedono di fare? Cosa l'ha spinto ad obbedire le voci? Se ha tentato di resistere, cosa l'ha reso difficile?*
- *Ci sono stati momenti in cui le voci le hanno detto di ferirsi o uccidersi? Con che frequenza è successo? Cosa è successo?*

Considerate di valutare il potenziale del paziente di danneggiare altri oltre se stesso.

- *Ha mai qualche pensiero di danneggiare altre persone?*
- *Ci sono altre persone che vorrebbe morissero con lei?*
- *Ci sono altri che pensa non sarebbero in grado di andare avanti senza di lei?*

Appendice K: Esempi di Strumenti di valutazione del rischio di suicidio

C'è una vasta gamma di strumenti disponibili che possono essere utili nella valutazione del rischio suicidario. Gli strumenti possono variare in base alla popolazione dei pazienti di riferimento, alla durata della valutazione e all'applicabilità ai diversi contesti clinici o di ricerca. Tutti gli strumenti hanno dei limiti e devono essere utilizzati insieme al giudizio clinico. I seguenti strumenti sono forniti come esempi e non costituiscono un elenco esaustivo. Per ulteriori informazioni riguardo all'istruzione per l'uso appropriato, il lettore è caldamente invitato a fare riferimento alle fonti originali.

Esempio 1: La Scala “SAD PERSONS” per la valutazione del rischio di suicidio

Fonte: Patterson et al. (1983). Pubblicazione autorizzata.

La Scala “SAD PERSONS” per la valutazione del rischio di suicidio

Sex	Age	Sesso	Età
Depression		Depressione	
Previous Attempt		Tentativi precedenti	
Ethanol Abuse		Abuso d'alcol	
Rational Thinking		Perdita del pensiero razionale	
Social Supports Lacking		Mancanza di support sociale	
Loss Organized plan		Perdita piano organizzato	
No spouse		Non sposato/a	
Sickness		Malattia	

Per ogni item riscontrato viene assegnato un punto.

Il punteggio totale varia da 0 (rischio molto basso) a 10 (rischio molto elevato).

Esempio 2: Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)[§]

Fonte: Cutcliffe e Barker (2004). Pubblicazione autorizzata.

Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) [§]

Variabili predittive	Punteggio
Presenza/impatto della mancanza di speranza	3
Evento stressante recente, per esempio perdita del lavoro, preoccupazioni finanziarie, pendenze	1
Allucinazioni uditive/convinzioni persecutorie	1
Evidenza di depressione/perdita d'interesse o perdita di piacere	3
Ritiro sociale	1
Verbalizzazione di intenzionalità suicidaria	1
Evidenza di una progettualità suicidaria	3
Storia familiare di disturbi psichiatrici gravi o di suicidio	1
Lutto recente o interruzione di relazioni affettive	3
Anamnesi positiva per disturbi psicotici	1
Vedova/vedovo	1
Pregresso tentativo di suicidio	3
Storia di privazioni socio-economiche	1
Storia di alcolismo e/o abuso di alcool	1
Presenza di malattia terminale	1
Total	
Livelli di rischio e corrispondenti livelli di coinvolgimento/impegno: * Punteggio di cinque o meno: basso livello di rischio stimato. Livello suggerito di impegno - Quattro Punteggio compreso tra sei e otto: livello di rischio intermedio. Livello suggerito di impegno - Tre Punteggio compreso tra nove e undici: alto livello di rischio. Livello suggerito di impegno - Due Punteggio di dodici o più: livello di rischio molto alto. Livello suggerito di impegno - Uno	

[§]Validazione in lingua italiana a cura di: Ferrara Paolo, Terzoni Stefano, D'Agostino Armando, Cutcliffe, John, Pozo Falen Jelissa, Bonetti Loris, Destrebecq Anne, Gambini Orsola. [articolo di validazione in valutazione per la pubblicazione].

*Nota:

Livelli di coinvolgimento (Barker & Buchanan-Barker, 2005)

- Livello quattro: impegno su base strutturata giornaliera
- Livello tre: impegno regolare almeno tre volte al giorno - mattino, pomeriggio e sera
- Livello due: supporto regolare da parte del team infermieristico (ad esempio, circa ogni 15 minuti, variando tra i 10 e i 20 minuti) per tutto il giorno o la notte
- Livello uno: presenza costante di un infermiere, o altro professionista per l'assistenza

Esempio 3: Esempi di scale utilizzate in ambito clinico e/o di ricerca

Beck Depression Inventory

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck Hopelessness Scale

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

Beck Scale for Suicide Ideation

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.

Hamilton Depression Inventory

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

Reasons for Living Inventory

Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.



Appendice L: Esempi di livelli di osservazione

Quattro livelli di osservazione	
Livello I	<i>Osservazione generale:</i> La collocazione di tutti i pazienti dovrebbe essere nota al personale in ogni momento, ma non tutti i pazienti devono essere guardati a vista.
Livello II	<i>Osservazione intermittente:</i> La posizione del paziente deve essere controllata ogni 15 minuti. Questo livello è appropriato quando i pazienti sono potenzialmente, ma non immediatamente a rischio.
Livello III	<i>Controllo a vista:</i> E' richiesto quando il paziente potrebbe, in qualsiasi momento, mettere in atto comportamenti auto e eterolesionistici. Il paziente deve essere controllato a vista in ogni momento, giorno e notte.
Livello IV	<i>A portata di mano:</i> il paziente livelli più alti di rischio di auto e eterolesionistici può avere bisogno di essere assistiti nelle immediate vicinanze in qualsiasi momento, anche quando entra nella toilette / bagno.

Source: Reynolds, T., et al. (2005). Published with permission.

Osservazione in contesti residenziali	
Esistono tre livelli speciali di osservazione al di là del livello di base obbligatorio per tutti i pazienti psichiatrici ospedalizzati.	
A portata di mano	Questo è indicato per la persona con rischio estremamente elevato di suicidio, che esprime attivamente intenti suicidari. Il paziente può aver recentemente effettuato un gesto deliberato di autolesionismo, aver manifestato stati psicotici imprevedibili e / o essere impulsivo e aggressivo. Ciò richiede l'osservazione a portata di mano della persona ai fini di garantire la sua sicurezza. In alcune occasioni, può essere richiesta la presenza di più infermieri.
Stessa stanza e a vista	Questo è indicato per la persona con elevato rischio di suicidio che sta esprimendo attivamente intenti suicidari, ma dove c'è minore preoccupazione per comportamenti impulsivi autodistruttivi. Questa persona può aver recentemente effettuato un atto deliberato di autolesionismo o avere stati psicotici imprevedibili. Ciò richiede una costante osservazione di 1:1, con l'infermiere nella stessa stanza e con la persona guardata vista.
Osservazione frequente (definire un intervallo Massimo di 20 minuti)	Questo è indicato per persone che presentano un rischio aumentato di suicidio rispetto alla media dei pazienti psichiatrici ospedalizzati. Si raccomanda di variare la durata degli intervalli di osservazione in modo che la persona non possa predirne la loro durata.
Se la persona viene valutata come previsto in uno dei livelli sopra indicati, i dettagli devono essere attentamente e sistematicamente documentati. Le persone che commettono il suicidio mentre erano ricoverati in un servizio di salute mentale è probabile che abbiano subito una riduzione dei livelli di controllo prima di commettere il suicidio (vale a dire che il rischio è stato considerato ridotto).	

Fonte: NZGG, (2003). Pubblicazione autorizzata.

Appendice M: Interventi Post evento

Fonte: Beautrais (2004). Pubblicazione autorizzata.

I seguenti interventi sono suggeriti come potenzialmente benefici per fornire supporto in caso di avvenuto suicidio:

- Fornire informazioni sui modi, tempi e circostanze del decesso.
- Dare l'opportunità di vedere il corpo.
- Fornire supporto emotivo durante la visione del corpo.
- Fornire informazioni sulle procedure ufficiali e le indagini, compresa una spiegazione delle procedure di inchiesta del post-mortem. Fornire Informazioni scritte relativamente a questi temi.
- Far visionare una copia del messaggio originale di suicidio o di un messaggio considerato come equivalente. ^[1]_[SEP]
- Fornire aiuto e assistenza con informazioni ai familiari e agli altri congiunti sulle circostanze della morte.
- Fornire assistenza sull'interpretazione del rapporto post-mortem.
- Fornire un pacchetto di informazioni scritte su: dolore e strategie per affrontarlo; suicidio; risorse disponibili, lista di letture, contatti in loco per avere informazioni in caso di lutto per suicidio, gruppi di sostegno e per questioni correlate. ^[1]_[SEP]
- Fornire informazioni scritte su come aiutare i bambini che vivono un lutto per suicidio di un familiare.
- Fornire consigli su come rispondere alle richieste dei media e alle richieste di informazioni sulla morte.
- Fornire il riferimento di un medico di medicina generale per informazioni, sostegno, valutazione e, se necessario, farmaci.
- Fornire informazioni circa eventuali inchieste, tra cui lo scopo, il contesto e protocolli associati all'inchiesta, fornendo sostegno sociale ed emotivo durante l'inchiesta.
- Dare l'opportunità di parlare dell'esperienza di lutto per suicidio con altri che hanno vissuto un'esperienza simile nell'ambito di un gruppo di sostegno, se disponibile.
- Permettere l'accesso a singoli professionisti o gruppi di consulenza, terapia o psicoterapia, se necessario gratuitamente.
- Favorire il supporto di personalità religiose e del clero.
- Favorire l'accesso, in modo non stigmatizzante, ad informazioni sul suicidio e sulle malattie mentali cui il suicidio può essere associato.
- Fornire informazioni su come rispondere in ambienti sociali alle domande sul suicidio avvenuto nella propria famiglia.
- Fornire informazioni su come affrontare il dolore e su come altre persone hanno affrontato il lutto di un suicidio in famiglia negli anni successivi.
- Fornire informazioni circa l'impatto del suicidio sul funzionamento familiare, su come altre famiglie hanno affrontato il suicidio, e sulle strategie per migliorare la comunicazione e il funzionamento familiare dopo il suicidio.
- Fornire consigli su cosa e come comunicare ai bambini la morte per suicidio di un familiare stretto, e su come proteggerli dal rischio di un futuro comportamento suicidario.
- Consentire collegamenti con servizi di sostegno in caso di lutto.
- Procedere con follow-up dei contatti, diverse volte durante il primo anno per ribadire le offerte di supporto e assistenza e per fornire informazioni.

Appendice N: Strategie di debriefing del personale

Fonte: Beautrais (2004). Pubblicazione autorizzata.

Nell'organizzazione che offre debriefing per il personale coinvolto nella cura di un paziente che ha compiuto un tentativo di suicidio, l'infermiere può garantire alcuni dei seguenti provvedimenti:

- Si dovrebbe prendere in considerazione la possibilità di avvalersi di un consulente esterno con competenze ed esperienza nel condurre una risposta alle morti suicidarie.
- Il personale dovrebbe ricevere informazioni sulla morte specifica da suicidio e sul suicidio in generale.
- Il personale dovrebbe avere l'opportunità di parlare, in un ambiente favorevole, su come il suicidio li ha colpiti, e di valutare il loro bisogno di supporto.
- Dovrebbero essere identificate le risorse comunitarie e fornite informazioni al personale o altri dipendenti colpiti dal lutto su come accedere a questi servizi.
- Dovrebbero essere implementate per minimizzare il rischio di comportamento suicidario tra il personale e i pazienti le procedure esistenti di gestione del rischio.
- Dovrebbero essere utilizzate procedure di valutazione efficaci per identificare le persone a rischio di grave reazione e a rischio di comportamento suicidario.
- Possono essere forniti gruppi di sostegno collegiali all'interno di contesti istituzionali, compresi i contesti di salute mentale, per fornire supporto da personale con esperienza di morti suicidarie.
- Dovrebbe essere fornito un incontro tra il personale e la famiglia del defunto oltre ad un facilitatore.
- Se necessario, dovrebbe essere condotta una revisione delle circostanze del suicidio
- Il personale dovrebbe avere accesso alla supervisione professionale.
- Alla fine dell'intervento, tutto il personale coinvolto dovrebbe essere ascoltato ed il piano di risposta all'incidente traumatico dovrebbe essere rivisto, se necessario.



Appendice O: Risorse Educative

Le seguenti risorse educative sono state consultate dal gruppo di sviluppo come risorsa per infermieri e i loro clienti al fine di ampliare maggiormente le conoscenze sull'ideazione e sul comportamento suicidario. Non si ritiene che tale elenco sia completo.

Riviste Peer-reviewed rilevanti:

Archives of Suicide Research – Taylor & Francis

Canadian Journal of Psychiatry – Canadian Psychiatric Association

Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention – Elsevier Science

International Journal of Mental Health Nursing – Blackwell Publishing

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing – Blackwell Publishing

Suicide and Life-threatening Behaviour – Guilford Publications, Inc.

Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal – BC Partners for Mental Health and Addictions Information

Capitoli di libri:

Murray, B. L. & Hauenstein, E. J. (2008). Chapter 37 – Self Harm and Suicidal Behaviour: Children, Adolescents, and Adults. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric nursing for Canadian practice* (p. 898-922). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Myslik, B. (2005). Chapter 24 – Suicide. In L. L. Stamler & L. Yiu (Eds.), *Community health nursing: A Canadian perspective* (p. 317-324). Toronto: Pearson Education Canada Inc.

Altre pubblicazioni:

Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (in press). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations Kirmayer, L. & Valaskakis, G. (Eds.), *The mental health of Canadian Aboriginal peoples: Transformations, identity, and community*. University of British Columbia Press.

Government of British Columbia. (2007). *Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services and related documents*. [Online]. Available:

<http://www.health.gov.bc.ca/mhd/suicide.html>

Government of Canada. (2006). The human face of mental health and mental illness in Canada. [Online]. Available: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/>

Health Canada. (2002). *Suicide. A report on mental illness in Canada*. [Online]. Available:

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/>

Masecar, D. (2007). *What is working, what is hopeful... Supporting community-based suicide prevention strategies within indigenous communities (and any other community that is interested)*. Ottawa: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada.

Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1995). *Choosing life: Special report on suicide among Aboriginal people*. Ottawa: Communication Group Publishing.

Esempi di modelli di intervento per il suicidio:

ASIST: www.livingworks.net

Assessment and Planning Tool Kit for Suicide Prevention in First Nations Communities:

http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/NAHO_Suicide_Eng.pdf

Mental Health First Aid: <http://www.mhfa.com.au/>

Risorse web:

American Association of Suicidology: <http://www.suicidology.org/>

American Foundation for Suicide Prevention: <http://www.afsp.org/>

American Psychiatric Nurses Association: <http://www.apna.org/>

American Psychological Association: <http://www.apa.org/>

BC Partners for Mental Health and Addictions Information: <http://www.heretohelp.bc.ca>

Canadian Association for Suicide Prevention: <http://www.suicideprevention.ca/>

Centre for Suicide Prevention: <http://www.suicideinfo.ca/>

Health Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/>

International Academy of Suicide Research: <http://www.depts.ttu.edu/psy/iasronline//>

International Association for Suicide Prevention: <http://www.med.uio.no/iasp/>

Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit (Mheccu), University of British Columbia:

<http://www.mheccu.ubc.ca>

National Institute of Mental Health: <http://www.nimh.nih.gov/>

Rethink: <http://www.rethink.org/>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): <http://www.samhsa.gov/>

Suicide Prevention Action Network: <http://www.spanusa.org/>

Suicide Prevention Education Awareness Knowledge (SPEAK): <http://www.speak-out.ca/>

Suicide Prevention Resource Center: <http://www.sprc.org/>

World Health Organization: <http://www.who.int>

Appendice P: Struttura Etica del processo decisionale

Fonte: McDonald (2001). Pubblicato autorizzata.

Struttura per una decisione etica: versione 6.0 Etica
Shareware (gennaio '01)
di Michael McDonald [1]
Con appendici di Paddy Rodney e Rosalie Starzomski [2]

1. Raccogliere informazioni e identificare il problema.

1.1. Essere attenti, alle situazioni moralmente difficili .

Look behind the technical requirements of your job to see the moral dimensions. Use your ethical resources to determine relevant moral standards [see Part 3]. Use your moral intuition.

1.2. Identifica ciò che Tu sai, e ciò che Tu non sai.

Mentre tu raccogli informazioni, rimani aperto a interpretazioni alternative degli eventi. Quindi assicurati della riservatezza del paziente e dell'istituzione, assicurati di conoscere le prospettive dei pazienti e delle loro famiglie e degli operatori sanitari e amministratori.

Mentre la precisione e completezza sono importanti, è importante anche il rapporto tra l'acquisire nuove notizie e tralasciare informazioni meno significative sul piano morale. Quindi le decisioni possono essere prese prima che l'intera storia sia conosciuta.

1.3. Costruisci brevemente il caso raccogliendo il maggior numero di fatti e circostanze, nel tempo disponibile per le decisioni.

- Quali decisioni devono essere prese?
- Chi sono i responsabili? Ricorda che ci possono essere più di un decisore e che le loro interazioni può essere importanti.
- Poni attenzione ai conflitti reali o a potenziali situazioni di interesse. Un conflitto di interesse è "una situazione in cui una persona, come un pubblico ufficiale, un dipendente o un professionista, ha un interesse privato o personale ad apparire come una persona ragionevole per influenzare l'esercizio obiettivo del suo dovere d'ufficio." Questi includono conflitti, finanziari e di interesse (ad esempio, un favoritismo per un amico o un parente). In alcune situazioni, è sufficiente rendere consapevoli tutti i soggetti che si trovano in una situazione di conflitto di interesse. In altri casi, è essenziale abbandonare un ruolo decisionale. [3]

1.4. Considerare il contesto del processo decisionale.

- Chiedetevi perché questa decisione è stata presa in questo contesto ed in questo momento?
- Ci sono dei migliori contesti per prendere questa decisione?
- È rispettato il diritto dei decisori?

Considerare le seguenti domande:

Problemi clinici

- Qual è la storia clinica / diagnosi / prognosi del paziente?
- È il problema acuto? cronico? critico? emergente? reversibile?
- Quali sono gli obiettivi del trattamento?
- Quali sono le probabilità di successo?
- Quali sono i piani in caso di fallimento terapeutico?
- In sintesi, come può il paziente essere beneficiato dal medico, dall'infermiere o altri ad evitare dei danni?

Preferenze

- Il paziente è informato dei benefici e dei rischi; ha compreso e dato il consenso?
- Il paziente è mentalmente capace e competente legalmente? Qual è la prova di incapacità?
- Il paziente ha espresso preferenze precedenti, (ad esempio le "direttive anticipate"?)
- In caso di impedimento, chi è il sostituto appropriato? È il sostituto con standard adeguati?
- Il paziente è avverso o incapace di collaborare con il trattamento? Se sì, perché?

Qualità della vita/morte

- Quali sono le prospettive, con o senza trattamento, per un ritorno alla vita normale del paziente?
- Ci sono pregiudizi che potrebbero pregiudicare la valutazione di chi fornisce assistenza sulla qualità di vita del paziente?
- Quale deficit fisico, mentale e sociale il paziente potrebbe subire nel caso di successo del trattamento?
- La condizione presente o futura del paziente come prospettiva di continuazione di questa vita potrebbe essere giudicata indesiderata da lui / lei?
- Ci sono piani e le motivazioni di rinunciare al trattamento?
- Quali sono i piani per il comfort e le cure palliative?

Caratteristiche contestuali

- Qual è questo capitolo nella vita del paziente?
- Ci sono problemi familiari / culturali che potrebbero influenzare le decisioni di trattamento?
- Ci sono problemi dei providers (ad esempio medici e infermieri) che potrebbero influenzare le decisioni di trattamento?
- Ci sono fattori religiosi, culturali?
- C'è qualche giustificazione per violare la riservatezza?
- Ci sono problemi di allocazione delle risorse?
- Quali sono le implicazioni giuridiche delle decisioni di trattamento?
- C'è un'influenza della ricerca clinica o di insegnamento?

2. Specificare alternative praticabili.

Stabilire le opzioni di vita per ogni fase del processo decisionale e per ogni decisore. Poi ti dovresti chiedere quali sono le probabili conseguenze delle varie decisioni. Qui dovresti ricordare di prendere in considerazione le conseguenze positive o negative non solo per te, per la tua professione, per l'organizzazione o per i pazienti, ma anche tutte le persone coinvolte. Essere onesti riguardo alla propria partecipazione in particolari risultati e incoraggiare gli altri a fare lo stesso.

3. Utilizzare le risorse etiche per identificare i fattori moralmente significativi in ciascuna alternativa.

3.1 Principi

Questi sono principi che sono ampiamente accettate in una forma o nell'altra nella moralità comune di molte comunità e organizzazioni.

Autonomia: State sfruttando gli altri, trattandoli paternalisticamente o altrimenti influenzandoli senza il loro libero consenso informato? sono state fatte promesse?

Non maleficio: Questo danneggerà i pazienti, gli operatori sanitari o membri del pubblico in generale?^[1]

Beneficio: è un'occasione per fare del bene agli altri? Ricorda che noi possiamo fare del bene prevedendo o rimuovendo i danni.

Giustizia: Trattiamo gli altri in modo equo? Abbiamo procedure eque? Stiamo producendo solo risultati? Stiamo rispettando i diritti altrui in maniera moralmente significativa?

Fedeltà: Siamo fedeli ai ruoli istituzionali e professionali? Stiamo vivendo in modo fiducioso con gli altri.

3.2 Modelli morali

Sometimes you will get moral insight from modelling your behaviour on a person of great moral integrity. Qualche volta dovete modellare il vostro comportamento su una persona di grande moralità.

3.3 Utilizzo delle fonti eticamente informate

Le politiche e le altre fonti materiali, le norme professionali come le politiche istituzionali e i precedenti giuridici e la saggezza delle tradizioni religiose o culturali.

3.4 Contesto

Caratteristiche contestuali del caso che sembrano importanti, come la storia passata dei rapporti con le varie parti.

3.5 Giudizi personali

I tuoi giudizi, i tuoi collaboratori e amici fidati o consulenti possono essere preziosi. Naturalmente, in una decisione difficile, con altri, sei tenuto a rispettare la riservatezza dell'utente e del datore di lavoro. Discussione con gli altri è particolarmente importante quando altri decisori sono coinvolti, come, il proprio datore di lavoro, colleghi, clienti o partner. L'associazione professionale o sanitaria può fornire consulenza confidenziale. Collaboratori esperti possono essere utili. Molte istituzioni sanitarie o datori di lavoro hanno comitati etici o difensori civici che possono fornire consulenza. La discussione con un buon amico o consulente può anche aiutarti attraverso l'ascolto e offerta di buoni consigli.

3.6 Procedure organizzate per la consultazione etica

Considerare una conferenza formale sul caso (s), un comitato etico, o un consulente etico.

4. Proporre e testare le possibili risoluzioni.

4.1 Trovare le migliori conseguenze generali

Proporre una risoluzione o selezionare la/le migliore alternativa/e, tutto sommato.

4.2 Effettuare un'analisi di sensibilizzazione

Considerare la vostra scelta criticamente: quali fattori avrebbero dovuto cambiare per modificare la vostra decisione? Questi fattori sono eticamente fondamentali.

4.2 Considerare l'impatto sulla performance etica degli altri

Pensare all'effetto di ogni scelta sulle scelte di altri soggetti responsabili. Stai facendo la scelta più facile o più difficile per loro di fare la cosa giusta? Stai dando il buon esempio?

4.3 Saresti la persona giusta per fare questo?

Chiediti che cosa farebbe una persona virtuosa (con integrità ed esperienza) in queste circostanze?

4.4 Che cosa succede se ognuno in queste circostanze ha fatto questo?

Formulare la vostra scelta come una massima generale per tutti i casi simili.

4.5 È questo il modo di mantenere relazioni di fiducia con gli altri?

Se altri sono nella mia attenzione o dipendono da me, è importante che io continui a meritare la loro fiducia.

4.6 Questo ti sembra giusto?

Tu e gli altri decisori siete d'accordo sulla vostra scelta? Se non si ha consenso, rivisitare il processo. Ricorda che non mirate alla scelta perfetta, ma ad una scelta ragionevolmente buona date le circostanze.

5. Fai la tua scelta

5.1 convivere con essa

5.2 imparare da essa

Questo significa accettare la responsabilità per la tua scelta. Ciò significa anche accettare la possibilità che tu possa sbagliare o che prenderai una scelta non ottimale. L'obiettivo è quello di fare una buona scelta con l'informazione disponibile, non per fare una scelta perfetta. Imparare dai propri fallimenti e dagli insuccessi.

Poscritto: Questo riferimento deve essere utilizzato come una guida, piuttosto che una "ricetta". Una decisione etica è un processo, meglio farlo in un ambiente attento e compassionevole. Ci vorrà tempo, e potrebbe richiedere più di un incontro con il paziente, con la famiglia e con i membri del team.

Valutazione e Assistenza di Adulti a Rischio di Ideazione e Comportamento Suicidario

Sentitevi liberi di condividere questo riferimento con altri. In caso di pubblicazione o distribuzione, per favore comunicatelo all'autore. I commenti sono benvenuti. Tutti i commenti sostanziali e richieste all'autore all'indirizzo: mcdonald@ethics.ubc.ca.

[1] The W. Maurice Young Centre for Applied Ethics, University of British Columbia

[2] School of Nursing, University of Victoria

[3] Vedere "Ethics and Conflict of Interest" di Michael McDonald

su <http://www.ethics.ubc.ca/people/mcdonald/conflict.htm>

Appendice Q: Descrizione del toolkit per l'implementazione della linea guida

Le linee guida di miglior pratica possono essere implementate con successo solo se ci sono: una pianificazione adeguata, risorse organizzative, supporto organizzativo ed amministrativo, così come adeguate facilitazioni. In quest'ottica, RNAO, attraverso un gruppo di infermieri, ricercatori e amministratori ha sviluppato il *toolkit: Implementazione delle Linee guida di pratica clinica basata sulle prove di efficacia disponibili, prospettive teoriche e di consenso*. Lo strumento è raccomandato per guidare l'implementazione di qualsiasi linea guida di pratica clinica nell'organizzazione sanitaria/ospedaliera.

Il *toolkit* fornisce istruzioni passo-passo per individui e gruppi coinvolti nella pianificazione, coordinamento, e implementazione delle linee guida. In particolare, lo strumento indirizza le seguenti chiavi di implementazione di una linea guida:

Capitolo 1: Selezione della propria linea guida di pratica clinica.

Capitolo 2: Identificare, analizzare e coinvolgere i vostri stakeholder..

Capitolo 3: Valutazione della disponibilità di contesto.

Capitolo 4: Decidere le vostre strategie di implementazione.

Capitolo 5: Valutare il vostro successo.

Capitolo 6: Che cosa circa le risorse?

L'implementazione delle linee guida nella pratica che si traducono in un cambiamento di successo e di impatto clinico positivo è un'impresa complessa. Lo strumento è una risorsa chiave per gestire questo processo. Lo strumento può essere scaricato all'indirizzo: www.rnao.org/bestpractices.

Appendice R: Letture aggiuntive suggerite dagli Stakeholder Reviewers

Nomenclatura sul suicidio

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviours. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviours. Part 2: Suicide-related ideations, communications and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.

Stigma

Raingruber, B. (2002). Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 201-207.

Recupero

Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 233-240.

Barker, P. (2002). The Tidal Model: The Healing Potential of Metaphor Within a Patient's Narrative. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40(7), 42-50.

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Brunner-Routledge.

Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.

Deegan, P. (2000). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*, 28(1-3), 194-209.

Harding, C., & Zahniser, J. (1994). Empirical correction of 7 myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(384), 140-146.

Jacobson, N. (2004). *In recovery: The making of mental health policy*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

Speranza

Byrne, C., Woodside, H., Landeen, J., Kirkpatrick, H., Bernardo, A., & Pawlick, J. (1994). The importance of relationships in fostering hope. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 32(9), 31-34.

Centre for Suicide Prevention. (2006). Fostering Hope in the Suicidal Client. SEIC Alert # 63, October 2006. [Online]. Available: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert63.pdf>

Moore, S. L. (2005). Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 100-105.

Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 50-57.

Barriere all'approccio Problem-solving

Marzuk, P. M., Hartwell, N., Leon, A. C., & Portera, L. (2005). Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 294-301.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 421-431.

Gennaio 2009

*Linee guida per la Migliore
Pratica Infermieristica*

*Valutazione e Assistenza di Adulti
a Rischio di Ideazione e
Comportamento Suicidario*



*Questo programma è
finanziato dal governo
dell'Ontario*



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM