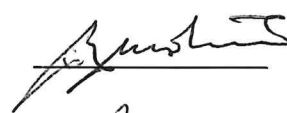
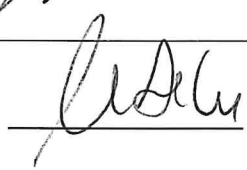


	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 1 di 17

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

PROPOSTO	FIRMA	APPROVATO	FIRMA
Dott. M. Bustini Direttore Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura		U.O.C. Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dott. Maurizio Musolino	
		Direzione Sanitaria Dott.ssa Assunta De Luca	
Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno occorre chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.			

Gruppo di lavoro

Direttore DMO

Direttore Distretto 2 Dott. D'Agostino

Direttore Distretto 1 Dott. A. Boncompagni

Direttore UOC Gestione Personale di Assistenza Dott.ssa A. Barsacchi

Direttore Dipartimento Medicina Dott.ssa A. Ceribelli

Direttore Dipartimento Chirurgico Dott. F. Fiormonte

Direttore DEA Dott. F. Mancini

Direttore SPDC Dott. M. Bustini

Staff UOC Risk Management: Dott.ssa C. Vecchi

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
22-9-2015		redazione
NOVEMBRE 2021	01	revisione

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 2 di 17

INDICE

1.	INTRODUZIONE.....	3
2.	SCOPO E OBIETTIVI	4
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4.	DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	5
5.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E MATRICE DI RESPONSABILITÀ.....	5
5.1	ATTIVITA' 1- ACCOGLIENZA DEL NUOVO PAZIENTE RICOVERATO	5
5.2	ATTIVITA' 2- ACCERTAMENTO DEL SOSPETTO DI RISCHIO	6
5.3	ATTIVITA' 3- ASSISTENZA AL PAZIENTE A RISCHIO SUICIDARIO O CON ANAMNESI DI PREGRESSI TENTATIVI SUICIDIO.....	7
6.	METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO.....	8
6.1	PREVENZIONE PRIMARIA.....	8
6.2	PREVENZIONE SECONDARIA.....	8
6.3	PREVENZIONE TERZIARIA.....	11
7.	ADOZIONE DI MISURE PREVENTIVE DI SICUREZZA.....	11
7.1	MISURE GENERALI.....	11
7.2	MISURE DI SICUREZZA AMBIENTALE E ORGANIZZATIVA.....	12
7.3	ASSISTENZA INFERMIERISTICA	12
7.4	CONTINUITA' OSPEDALE- TERRITORIO	12
8.	FORMAZIONE DEGLI OPERATORI.....	13
9.	SEGNALAZIONE DEL SUICIDIO O DEL TENTATO SUICIDIO.....	13
10.	MODALITA' DI MONITORAGGIO.....	13
11.	MODALITA' DI AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA.....	13
12.	MODALITA' DI DIFFUSIONE	14
13.	RIFERIMENTI.....	14
	ALLEGATO 1	15
	ALLEGATO 2	16

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 3 di 17

1. INTRODUZIONE

Il suicidio è “una delle possibilità umane”, afferma James Hillman¹, un evento drammatico, tra i più gravi che possano colpire una famiglia, gli amici e la stessa società.

Attualmente, per ragioni culturali e politiche complesse, il suicidio è sempre più considerato come espressione di un disturbo psichiatrico e, in quanto tale, fenomeno prevenibile, diagnosticabile e curabile. Ciò è in linea con una tendenza del mondo contemporaneo a rimuovere la morte²; perciò, il porre volontariamente fine alla propria vita deve essere *patologizzato* dal senso comune, come espressione inequivocabile di malattia. Nel ricondurlo alla malattia, possiamo quindi applicare le categorie mediche del trattamento e della prevenzione.

Nella pratica clinica, invece, il suicidio è uno dei comportamenti più difficilmente prevedibili, anche perché non necessariamente espressione di un disturbo psichiatrico. Già nel 1897 Durkheim suddivideva i suicidi in “*patologici*”, di competenza psichiatrica, e “*normali*”, dovuti a una alterata integrazione del soggetto nell’ambiente di vita³.

Le evidenze scientifiche⁴ sono tali da consentire di affermare che il suicidio, in un certo numero di casi, non è prevedibile con un grado di certezza tale, da poter disporre di metodi scientificamente dimostrati per poterlo prevenire. Ciò non esime in nessun modo a mettere in atto tutte le ragionevoli attenzioni, sforzi nella cura farmacologica e psicoterapeutica, applicazione di tecniche e procedure idonee. Non sempre i pazienti che si suicidano, sono pazienti psichiatrici già diagnosticati: la depressione, ad esempio, ha una prevalenza nella popolazione generale in tutti i paesi del mondo di circa il 10%, per raggiungere valori fino al 30% in alcuni gruppi, anziani e persone con disabilità fisiche, ma del resto, vi sono molte persone che, pur clinicamente affette da depressione, non sviluppano mai un’ideazione suicidaria.

I dati epidemiologici confermano che una parte dei suicidi nulla ha a che vedere con la depressione, ma con fluttuazioni dell’assetto sociale e politico espresse in modo chiaro⁵ da fattori come la povertà e altre cause⁶. D’altro canto, è da sottolineare che ogni individuo reagisce in maniera differente alle prove della vita, evidenziando una resilienza personale a tutti i fattori di rischio suicidario che la

¹ Hillman J. Il suicidio e l’anima. Milano: Adelphi, 2010

² «Inequivocabile tendenza a scartare la morte, a eliminarla dalla vita. Abbiamo cercato di mettere a tacere il pensiero della morte [...] In verità è impossibile per noi raffigurarci la nostra stessa morte», Ameisen JC. Al cuore della vita. Milano: Feltrinelli, 2001.

³ Durkheim E. Suicide: a study in sociology. London: Routledge, 2005.

⁴ Simon RI, Hales RE (eds). Textbook of suicide assessment and management. The American Psychiatric Publishing, Arlington, 2006.
-Tarolla E, Caredda M, Tarsitani L, Maraone A, Biondi M. Fattori predittivi di nuovi tentativi di suicidio in soggetti che accedono in pronto soccorso per un tentativo di suicidio. Uno studio longitudinale a un anno. Riv Psichiatr 2015; 50: 28-3.

- Chan MK, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. Br J Psychiatry 2016; 209: 277-83.

- Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. BMJ 2015; 351: h4978. doi: 10.1136/bmj.h4978.

- Van Egmond M, Diekstra RF. The predictability of suicidal behavior: the results of a meta-analysis of published studies. Crisis 1990; 11: 57-84.

- Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk group. Dan Med Bull 2007; 54: 306-69.

⁵ Esempio: forte incremento di esso in Russia e in Cina negli ultimi due decenni

⁶ Gunnell D, Hawton K, Bennewith O, et al. A multicentre programme of clinical and public health research in support of the National Suicide Prevention Strategy for England. NIHR Journal Library; 2013 Oct.”...che l’atto suicida possa essere una risposta a un sentimento dell’onore offeso, della vergogna sociale, della rabbia e dell’impulsività, senza rilevante depressione; per pulsione distruttiva verso altri, come nel terrorismo; che possa essere espressione del valore supremo, come nella morte suicida per martirio, o della volontà di annullarsi e annullare sofferenze fisiche, come scelta; che esista un suicidio “razionale”, discusso da vari autori e da più angolazioni etiche e scientifiche; che esprima un atto di libertà e autodecisione, lucido, consapevole, autodeterminato, senza depressione rilevante”.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 4 di 17

letteratura ci suggerisce come predittivi.

Il livello di rischio non è quindi individuabile in modo quantitativo per sommatoria di più fattori come in alcune malattie fisiche, ma è un imprevedibile vissuto personale capace di amplificare a livelli intollerabili un'esperienza affettiva, sulla base di una predisposizione preesistente, in modi non immaginabili da altre persone e forse neanche dal soggetto stesso. Pertanto in questo documento si terranno presenti i fattori di rischio quali determinanti l'evidenza di perdita di speranza nel futuro da parte del paziente che giunge alla nostra osservazione.

A tal fine utilizziamo come scala di valutazione la "*Beck Hopehomless Scale*", strumento di guida nella pratica clinica che misura la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro ed è un indicatore indiretto del rischio di suicidio applicabile a tutti i pazienti, ma in maggior modo a quelli che si configurano con particolari fattori individuali e socio-demografici⁷.

In ambito ospedaliero, il tentato suicidio (TS) è qualificato come "Evento sentinella" e la prevenzione del suicidio del paziente ospedalizzato è divenuto uno dei punti centrali organizzativi del rischio clinico in sanità⁸. Sono pertanto previste e richieste direttive e procedure per evitarlo che sono applicate tutte le volte che ci si trovi di fronte a questa situazione clinica. L'evento morte, tuttavia, può verificarsi nonostante l'attuazione delle procedure di protezione o avvenire il giorno dopo la dimissione⁹.

2. SCOPO E OBIETTIVI

Lo scopo di questa procedura è quello di implementare la *Raccomandazione n°4 del Ministero della Salute (Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale)* adottando inoltre strategie organizzative, nuovi strumenti di valutazione e modalità operative atte a ridurre e/o prevenire i suicidi e/o tentati suicidi nei pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere.

La letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio predittori di suicidio la cui conoscenza consente l'adozione di strategie efficaci per la riduzione degli eventi suicidari in ospedale. Queste comprendono:

- 1) l'utilizzo di strumenti di valutazione del paziente;
- 2) appropriati processi organizzativi;
- 3) la formazione specifica degli operatori;
- 4) l'idoneità ambientale e strutturale.

Anche la JCAHO¹⁰, nell'ambito degli obiettivi di sicurezza, definisce uno specifico requisito riguardante l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio. A tal proposito, identifica strumenti finalizzati alla preparazione del personale ed alla creazione di un ambiente di cura per l'identificazione accurata e la buona gestione del paziente a rischio suicidiario.

Questo tragico evento può verificarsi in tutta la struttura ospedaliera, ma sono considerate a maggior rischio alcune aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), le Unità

⁷ "Guida alla valutazione dei fattori di rischio suicidiario", allegato alla Raccomandazione Ministeriale n 4 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.

⁸ Ministero della Salute. N. 4 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale. Roma, 2008

⁹ "convertendosi, quasi automaticamente, in una procedura giuridica di valutazione della responsabilità professionale dei clinici curanti. Peraltro, è anche interessante notare come il luogo dove ci si suicida non sia indifferente ai fini di una possibile evoluzione sul piano della responsabilità: un suicidio in ospedale ha maggiori probabilità di evolvere in un contenzioso giuridico, presupponendo l'ospedalizzazione come una maggiore supposta tutela del paziente". Catanesi R, Carabellese F. Suicidio e responsabilità professionale. Riv Psichiatria. 2011; 46: 75-88.

¹⁰ JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 5 di 17

Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di Emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Personale Sanitario coinvolto nell'assistenza ai pazienti ha la responsabilità dell'applicazione di tutte le indicazioni contenute nella presente procedura.

La U.O.C Risk Management, Qualità e Audit clinico, monitora eventuali eventi sentinella correlati al suicidio o al tentato suicidio del paziente in ospedale.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Evento Sentinella: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, può comportare la morte o grave danno al paziente e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

- **Suicidio:** evidenze esplicite o implicite che la persona è deceduta attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

- **TS o Tentato suicidio:** evidenze esplicite o implicite che la persona si è procurata lesioni non fatali attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

- **CSM:** Centro Salute Mentale

- **SerTD:** Servizio per le Tossicodipendenze e Dipendenze

- **SPDC:** Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura

- **ASO / TSO:** Accertamento / Trattamento sanitario obbligatorio

- **MMG:** Medico di Medicina Generale

- **GIPSE:** Gestione Informazioni Pronto Soccorso Emergenza

- **SIMES:** Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità

- **BHS:** Beck Hopelessness Scale

- **UO:** Unità Operativa

- **GPA:** UOC Gestione Personale di Assistenza

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

L'assistenza al paziente, ancor prima della necessaria attenzione volta alla prevenzione del suicidio, si avvantaggia di tutte le attività finalizzate a rendere l'esperienza del ricovero meno spersonalizzante, approcciandosi al paziente come persona malata e non come corpo malato.

5.1 ATTIVITÀ 1- ACCOGLIENZA DEL NUOVO PAZIENTE RICOVERATO.

- Nella fase di ricovero un elemento fondamentale nella prevenzione del suicidio in ospedale, è l'esecuzione di un'anamnesi adeguata: il paziente che presenta alcuni specifici fattori di rischio necessita di una particolare attenzione al fine di valutare avvenimenti, comportamenti, comunicazioni verbali e non verbali che indichino un aumento del rischio di suicidio.

In questi casi è il Dirigente medico che, sulle indicazioni della *Guida per il colloquio con il paziente*¹¹, conduce il primo approccio a una valutazione psicologica del paziente.

¹¹ Raccomandazione n°4 Ministero della Salute

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 6 di 17

- La presa in carico del paziente stesso, presuppone che i sanitari abbiano valutato la possibilità di ricorrere eventualmente ad altri strumenti per l'approfondimento di elementi sospetti e avviare tutte le iniziative e interventi di prevenzione primaria, prevenzione secondaria e prevenzione terziaria in base al rischio percepito e /o documentato.

Nel caso in cui nel paziente si rilevi un "non sospetto a tale rischio" vanno comunque applicate sempre le azioni di **PREVENZIONE PRIMARIA (Cap 6.1)**.

ATTIVITA' 1-	FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE				
Accoglienza del nuovo paziente ricoverato	COORDINATORE INFERMIERE	INFERMIERI	DIRETTORE UOC	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE MEDICO SPECIALISTA
VALUTAZIONE DEL PAZIENTE (Guida per il colloquio con il paziente)	C	C		R	
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE	C	R (per proprio ambito di competenza)	I	R (per proprio ambito di competenza)	
SISTEMAZIONE DEL PAZIENTE IN REPARTO	R	C	I	I	

R= RESPONSABILE; C= COINVOLTO/COLLABORA; I= INFORMATO

Rivalutazione giornaliera del rischio

Un'efficace presa in carico del paziente richiede che l'équipe medico-infermieristica effettui la rivalutazione dello stesso, almeno ogni giorno. Sia nella cartella medica che in quella infermieristica devono essere riportate le osservazioni quotidiane e le eventuali rivalutazioni del rischio.

5.2 ATTIVITÀ 2 - ACCERTAMENTO DEL SOSPETTO DI RISCHIO

- Quando gli operatori sanitari percepiscano anche un sospetto inerente il rischio di suicidio da parte del paziente, è necessario che si avvalgano dell'utilizzo di specifici strumenti di valutazione, come la *Beck Hopelessness Scale (di seguito BHS)*, che misura la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro ed è un indicatore indiretto del rischio di suicidio, la cui compilazione fornisce informazioni che possono contribuire ad orientare il personale sulle iniziative da intraprendere e sulle modalità di controllo e vigilanza più appropriate.
In questo caso i comportamenti assistenziali non sono specificatamente orientati alla prevenzione di azioni autodistruttive, ma routinariamente caratterizzati da un atteggiamento professionale di comprensione empatica del paziente e delle sue manifestazioni.
- Quando si rileva, con gli strumenti valutativi, un sospetto, bisogna mettere in atto cautelativamente e con discrezione le misure di sicurezza ambientale e organizzativa al fine di ridurre la disponibilità di mezzi autolesivi suicidari più comunemente utilizzati.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 7 di 17

- Le azioni che seguiranno devono essere finalizzate ad una **PREVENZIONE SECONDARIA (Cap 6.2)** che consistono in tutte quelle iniziative volte ad aumentare la sicurezza ambientale nella struttura sanitaria, come il controllo dell'accesso ai farmaci, la disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi o l'accessibilità a terrazzi o piani alti che non abbiano adeguati dispositivi di protezione.
- In questi casi è necessario trovare una nuova sistemazione del paziente nel reparto, come una stanza più vicina all'infermeria e meno isolata possibile, insieme alla richiesta di una valutazione specialistica.

ATTIVITA' 2- Accertamento del sospetto di rischio	FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE				
	COORDINATORE INFERMIERE	INFERMIERI	DIRETTORE UOC	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE MEDICO SPECIALISTA
RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE	C	C		R	
UTILIZZO della BECK HOPELESSNESS SCALE	C	C	I	R	
NUOVA SISTEMAZIONE DEL PAZIENTE IN REPARTO	R	C	I	I	
RICHIESTA DI VITA SPECIALISTICA PSICHIATRICA	C	C	I	R	C
SICUREZZA AMBIENTALE	C	R	I	C	

R= RESPONSABILE; C= COINVOLTO/COLLABORA; I= INFORMATO

5.3 ATTIVITA' 3 – ASSISTENZA AL PAZIENTE A RISCHIO SUICIDARIO O CON ANAMNESI DI PREGRESSI TENTATIVI DI SUICIDIO.

- Nel caso in cui il paziente sia valutato a rischio suicidario, oppure con anamnesi di pregressi tentativi di suicidio, bisogna mettere in atto tutte le iniziative di **PREVENZIONE TERZIARIA (Cap 6.3)**, tra cui una valutazione psichiatrica continua, il controllo degli oggetti personali:
- ritirare farmaci in possesso del paziente,
- comunicare e chiedere la collaborazione dei familiari e degli amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento che potrebbero essere nocivi se impropriamente utilizzati,
- Individuare un setting assistenziale più sicuro affinché il paziente possa essere facilmente sorvegliato e mantenere un livello di attenzione elevato fino alla fine della dimissione.
- L'UO in cui il paziente è ricoverato, attiva lo stato di "pionamento" previa richiesta, corredata della consulenza dello Specialista Psichiatra, alla GPA ospedaliera.**

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 8 di 17

- In caso di soggetti che hanno tentato il suicidio o che sono ritenuti essere a rischio di suicidio con grave mancanza di speranza (BHS), è opportuno preparare la dimissione con largo anticipo segnalando ai servizi territoriali competenti la situazione, al fine di garantire la continuità assistenziale e programmare per il paziente e i caregivers un appuntamento presso il Csm di competenza per la pianificazione del progetto di cura integrato.

ATTIVITA' 3- Paziente a rischio suicidario o con anamnesi di pregressi tentativi di suicidio	FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE					
	COORDINATORE INFERMIERE	INFERMIERI	DIRETTORE UOC	DIRIGENTE MEDICO	GPA	DIRIGENTE MEDICO SPECIALISTA
RIVALUTAZIONE CONTINUA DEL PAZIENTE	C	C		R		
RIVALUTAZIONE SPECIALISTICA	C	C	I	C		R
RICHIEDA DI PIANTONAMENTO	C	C	I	R	C	C
CONTINUITA' TERAPEUTICA OSPEDALE TERRITORIO	C	C	I	C		R
SEGNALAZIONE AL MMG E FAMILIARI	I	I	R	C		I

R= RESPONSABILE; C= COINVOLTO/COLLABORA; I= INFORMATO

6. METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

La metodologia utilizzata per inquadrare il fenomeno e fornire risposte preventive terapeutiche e assistenziali, si basa sulla stratificazione delle azioni di interventi di:

6.1 PREVENZIONE PRIMARIA

La prevenzione primaria comprende le azioni rivolte al contesto:

- Struttura fisica e architettonica degli ambienti;
- Comunicazione tra operatori e pazienti/familiari;
- Promozione della qualità percepita nell'interazione clinico assistenziale con il paziente (relazione di aiuto).

6.2 PREVENZIONE SECONDARIA

La prevenzione secondaria comprende l'adozione di strumenti e modalità di screening dei soggetti potenzialmente a rischio di suicidio e l'applicazione dei soggetti potenzialmente a rischio di suicidio e l'applicazione di interventi assistenziali con finalità protettive nei confronti dell'azione autolesiva, ovvero:

- individuazione per classi generiche e/o profilo individuale delle categorie di pazienti a

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021 Pag. 9 di 17

maggior rischio;

- La presa in carico del paziente deve essere orientata alla gestione del rischio suicidario.
- Adozione di un "Piano assistenziale" specifico per la gestione del paziente a rischio suicidario al momento della sua ammissione e presa in carico:

6.2.1. Ammissione tramite Pronto Soccorso di Paziente con diagnosi di tentato suicidio.

In tale situazione è prevista in maniera obbligatoria l'apertura di un format (Scheda Rilevazione tentativo di suicidio) da parte del Sanitario del Pronto Soccorso completata dalla consulenza psichiatrica. Tale format verrà inviato on-line all'Osservatorio Regionale e tracciato nel Sistema GIPSE.

6.2.2. Modalità valida per tutte le UUOO per la rivalutazione del rischio suicidario.

Non esiste una modalità univoca per evidenziare un rischio suicidario di un individuo. Tuttavia, una corretta relazione di aiuto nel corso di ogni atto assistenziale, può favorire l'osservazione di elementi utili all'avvio di un più articolato processo di valutazione.

Laddove si evidenziassero tali elementi, il processo di valutazione inizia con la seguente raccolta dati¹²:

- Sesso maschile
- Fasce d'età tra i 45 e i 75 anni
- Vivere soli (socialmente isolati)
- Essere divorziati, vedovi o single
- Essere disoccupati o in pensione
- Precedenti tentativi di suicidio
- Storia familiare caratterizzata da suicidi, alcolismo e/o problemi di salute mentale
- Esordio acuto di patologie mediche (gravi, dolorose o croniche invalidanti; Aids)
- Disturbi di salute mentale (depressione, alcolismo e disturbi di personalità)
- Lutti durante l'infanzia.

Inoltre, eventi di vita stressanti correlati al rischio di suicidio sono:

- Separazione coniugale
- Lutto
- Problemi familiari
- Cambiamenti di lavoro o economici
- Rifiuto da parte di una persona significativa
- Senso di vergogna che deriva dal fatto di esser considerati colpevoli di qualcosa.

6.2.3. Anamnesi e Valutazione Medico-Infermieristica

Raccogliere un'attenta e completa anamnesi personale e familiare del paziente. Indagare su molteplici fattori di rischio del comportamento suicidario, tra loro interagenti. Tali fattori hanno un effetto cumulativo, un ruolo e un peso diverso a seconda delle varie fasi e dei periodi evolutivi, degli eventi scatenanti (life-events), delle caratteristiche di personalità e del particolare ambiente di vita di una persona.

¹² D. Gunnell, S. Frankel (1999). *Prevention of suicide: aspirations and evidences. British medical journal*, 308: 1227 – 1233.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 10 di 17

6.2.4. Esame Obiettivo

a) ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, isolamento sociale, eventi negativi significativi, anche recenti (ad esempio un lutto, la perdita del lavoro). Da tenere presente che sono più a rischio i maschi e l'età compresa tra 15 e 24 anni o superiore a 65;

b) individuazione di alcune condizioni cliniche, in particolare sindromi cerebrali organiche, soprattutto se confusionali, patologia psichiatrica (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia, altri disturbi psicotici, disturbi di personalità, della condotta o disturbo oppositivo provocatorio in età evolutiva), abuso/dipendenza (da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci), ansia, attacchi di panico, patologia terminale;

c) esame obiettivo, con attenzione a segni tipici di alcolismo cronico, sindrome da astinenza o di eventuali comportamenti autolesivi;

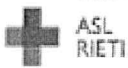
d) rilevazione di alcuni segni predittori, tra cui: senso di grave perdita (per esempio, a seguito della comunicazione della diagnosi di patologia oncologica, passaggio da terapia curativa a palliativa, decesso di neonato, depressione post-partum, amputazione di arto ed altre prognosi infauste), difficoltà di ragionamento, commenti o battute sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza o di significato, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici o lettura di questi come fatti personali, agitazione, aggressività, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni, soprattutto se concernenti il suicidio, senso di colpa, possesso "maniacale" di farmaci;

e) colloquio più approfondito con il paziente e somministrazione della "Beck Hopelessness Scale": nei casi in cui vi sia un sospetto da approfondire (quindi dopo aver raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi), è affidato al medico che ha in cura il paziente il compito di effettuare un colloquio più approfondito con lo stesso, in un clima di rispetto e di fiducia, adottando un atteggiamento empatico e di ascolto attivo, scegliendo una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy. Una guida per il colloquio, parte integrante della Raccomandazione Ministeriale n. 4, è presentata nell'Allegato 1.

Dopo il colloquio si deve procedere con la somministrazione del questionario della BHS (Allegato 2), la quale misura la gravità degli atteggiamenti negativi (*hopelessness*) nei confronti del futuro (pessimismo) percepiti da adolescenti e adulti. È composta da 20 item, con risposta "Vero/Falso", cui corrisponde un punteggio di 0 o 1, che valutano la gravità delle aspettative negative sul futuro, sia nel breve che nel lungo periodo. I punteggi vanno sommati e il range del punteggio totale va quindi da 0 a 20. Gli Autori hanno isolato anche 3 fattori: il primo, denominato **Sentimenti**, esprime gli aspetti affettivi, quali la speranza e l'entusiasmo, la fiducia (item 1, 6, 13, 15 e 19); il secondo, denominato **Perdita della Motivazione**, è caratterizzato dalla decisione di non desiderare nulla, di non perseguire quanto desiderato, (item 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 e 20); il terzo, **Aspettative Future**, riguarda l'anticipazione (negativa) di ciò che ci si può aspettare dalla vita, un futuro nero, vago ed incerto (item 4, 7, 8, 14 e 18).

Il questionario è strumento di guida per la stratificazione del rischio suicidario indiretto, risultato della misura degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro.

In base al punteggio della BHS, possiamo definire, in linea di massima, due livelli sostanziali di rischio:

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 11 di 17

1) Livello ordinario-sospetto:

0-3: nella norma

4-8: lieve mancanza di speranza

9-14: moderata mancanza di speranza

2) Grave mancanza di speranza, rischio di suicidio.

Da 15-20

6.3 PREVENZIONE TERZIARIA

La prevenzione terziaria comprende il percorso di cura per la prevenzione delle recidive di tentativi di suicidio precedentemente falliti, ovvero:

- Applicazione di strumenti di valutazione del rischio di potenziale recidiva suicidaria;
- Implementazione di un percorso di continuità clinico assistenziale ospedale- territorio per i pazienti con pregresso tentativo di suicidio o con una grave mancanza di speranza nel futuro (secondo scala BHS), alla luce dei dati che rilevano il periodo immediatamente successivo alle dimissioni, quello in cui si verifica il maggior numero dei suicidi.

All'atto della dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti a rischio suicidiario, è opportuno assicurare una "dimissione protetta".

A tal fine, il medico che effettua la dimissione deve attivamente coinvolgere le persone e i servizi che si occuperanno del paziente a domicilio ed in particolare:

- ✓ Il Medico di Medicina Generale;
- ✓ I familiari;
- ✓ Il Dipartimento di Salute Mentale competente per territorio;
- ✓ I servizi socio-sanitari territoriali;
- ✓ Ogni altra struttura che dovesse prendere in carico il paziente.

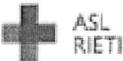
La valutazione del rischio di suicidio e le misure assistenziali- strutturali- adottate in relazione a questo, devono avere evidenza documentale.

7. ADOZIONE DI MISURE PREVENTIVE DI SICUREZZA

7.1 Misure generali

Il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni del ricovero e nella prima settimana dopo la dimissione, per cui la presa in carico del paziente, oltre ad un'accurata valutazione, richiede:

- l'informazione di tutto il personale della U.O. sul rischio suicidiario dei soggetti ricoverati (segnalare tempestivamente al medico di guardia e ai medici dei turni successivi ogni situazione di potenziale pericolo per il paziente);
- delle diverse competenze degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza al paziente, al fine di cogliere i segni premonitori di un eventuale atto suicidario;
- una comunicazione adeguata tra gli operatori e tra questi e i pazienti;
- se necessario, la consulenza di psicologi e psichiatri che eventualmente prescriveranno terapia ad hoc e/o decideranno il trasferimento presso l'S.P.D.C.;
- la definizione delle modalità di vigilanza e controllo dei pazienti, sulla base della gravità del rischio individuato (nel caso di grave rischio, predisporre una vigilanza personalizzata 24 ore su 24). È necessario mantenere un adeguato livello di vigilanza sia se il paziente è turbato sia, paradossalmente, se i sintomi sembrano alleggerirsi. Particolare attenzione deve essere prestata,

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 12 di 17

sia in occasione di trasferimenti intraospedalieri per esami/accertamenti che durante le ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e malati si riduce;

- l'eventuale collocazione del paziente a rischio in una stanza in prossimità della postazione del personale sanitario per avere (soprattutto nelle ore notturne) maggiori possibilità di controllo, evitando, se possibile, i letti vicino alle finestre;
- il maggiore coinvolgimento possibile della famiglia e degli amici del paziente, sia nella fase di valutazione che nella gestione dei fattori di rischio. In particolare, è opportuno garantire la presenza di un familiare all'interno della stanza di degenza che contribuisca ad assistere il paziente;
- il coinvolgimento di altri specialisti e del medico di medicina generale del paziente, sia per completare l'anamnesi, sia per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione.

7.2 Misure di sicurezza ambientale e organizzativa

Le caratteristiche dell'ambiente e degli spazi ospedalieri ed i processi organizzativi possono aumentare o ridurre il rischio del verificarsi dell'evento.

È opportuno che, nel rispetto della dignità della persona, l'ospedale disponga di:

- dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarmi, infissi di sicurezza, ove possibile (soprattutto alle finestre dei piani alti, dato che in ospedale la modalità di suicidio più frequentemente utilizzata è la precipitazione);
- strutture ed attrezzature che non consentano usi impropri;
- misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (ad esempio, oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci).

Se si valuta che un paziente sia a rischio di suicidio, è opportuno adottare le seguenti misure:

- controllare che non sia in possesso di propri farmaci;
- chiedere la collaborazione dei familiari ed amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc. che potrebbero essere utilizzati impropriamente;
- sensibilizzare gli addetti alle pulizie di reparto a tenere sempre sotto controllo il carrello con prodotti chimici pericolosi (candeggina, detersivi, acido muriatico, etc.)
- porre in atto misure che impediscano, alla persona a rischio, di accedere ad ambienti (ad es. docce) e mezzi (ad es. oggetti taglienti, cinture, corde, lenzuola, farmaci) per togliersi la vita.

Ogni operatore deve essere adeguatamente informato riguardo le misure adottate, e deve comunicare tempestivamente al proprio responsabile eventuali disfunzioni o problemi organizzativi.

7.3 Assistenza infermieristica

Nella prevenzione del suicidio del paziente in ospedale, un ruolo importante può essere svolto dall'infermiere quale interlocutore privilegiato col paziente, in quanto costantemente presente in reparto e spesso "confidente" dei problemi personali del malato.

Nel caso di paziente considerato a rischio, è fondamentale che questi sia trattato con adeguate cautele, quali:

- il rispetto e la comprensione per la sua sofferenza;
- la creazione di un rapporto di confidenza, che lo induca a comunicare i propri sentimenti e pensieri;
- la responsabilizzazione progressiva del paziente, che lo aiuti a raggiungere e mantenere un'autonomia nella cura di sé;
- l'incoraggiamento di ogni suo tentativo di socializzazione.

7.4 Continuità Ospedale - Territorio

La dimissione dall'Ospedale è uno dei momenti in cui aumenta il rischio di suicidio del paziente.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 13 di 17

Le cause probabili comprendono il persistere dei problemi clinici, la mancanza di una buona relazione con l'équipe o di un riferimento extraospedaliero, lo scarso supporto familiare, la riesposizione ai fattori stressanti ambientali e il più facile accesso ai mezzi suicidari. Per i pazienti a rischio di suicidio è opportuno assicurare alla dimissione:

- la comunicazione di riferimenti da contattare in caso di bisogno (numeri di telefono, servizio psicologico, assistente sociale, CSM, etc);
- il raccordo con il MMG per concordare il tipo di intervento più opportuno;
- l'affidamento ad un familiare o altra persona significativa, adeguatamente informata, con il consenso del paziente, riguardo alle condizioni cliniche, i trattamenti in corso, i possibili segnali d'allarme, i servizi e le figure sanitarie a cui riferirsi in caso di necessità;
- l'orientamento verso servizi territoriali socio-sanitari (CSM, SerTD, etc) o altri specialisti al fine di garantire la continuità assistenziale, per proseguire valutazione ed eventuali cure extraospedaliere.

8. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Per aumentare la capacità degli operatori di individuare il rischio di suicidio nei pazienti e quindi adottare le appropriate misure di prevenzione, si programmano attività di formazione del personale su tale problematica. Sarà previsto, inoltre, un aggiornamento periodico specifico, del personale operante nelle Unità Operative considerate maggiormente a rischio (in particolare, SPDC, Dipartimento di Emergenza, Oncologia, Ostetricia per la fase post-parto, Pediatria per la fascia adolescenziale).

9. SEGNALAZIONE DEL SUICIDIO O DEL TENTATO SUICIDIO

In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente in ospedale:

1. L'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza) comunica quanto accaduto al proprio Responsabile e alla Direzione Sanitaria di presidio.
2. Se l'accadimento soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella, l'operatore sanitario invia la segnalazione alla U.O.C Risk Management, Qualità e Audit Clinico, secondo la procedura prevista a livello aziendale e l'apposita scheda di segnalazione (scheda per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella).
3. La U.O.C Risk Management, Qualità e Audit Clinico provvede ad inserire l'evento nel flusso SIMES utilizzando le informazioni fornite dall'operatore sanitario. Successivamente promuove un'indagine interna, volta a raccogliere ed analizzare, mediante la *Root Cause Analysis* o altro metodo. Tutte le informazioni necessarie ad approfondire le cause dell'evento, i fattori contribuenti, il piano d'azione da intraprendere per rimuovere tali rischi. Al termine dell'analisi, ed entro 45 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, inserisce nel SIMES le informazioni raccolte nella scheda B del Protocollo Ministeriale.

10. MODALITA' DI MONITORAGGIO

La buona applicazione della procedura sarà monitorata mediante misura dei seguenti indicatori:

- N. CONSULENZE PSICHIATRICHE / N. SCHEDE POSITIVE PER RISCHIO SUICIDARIO VALORE ATTESO 100%
- N. EVENTI TENTATO O SUICIDIO / N. INCIDENT REPORTING SUICIDARIO VALORE ATTESO 100%

11. MODALITA' DI AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA

Eventuali revisioni sono previste sulla base di suggerimenti degli operatori e/o integrazioni di normative nazionali/regionali.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 14 di 17

12. MODALITA' DI DIFFUSIONE

La presente procedura è pubblicata sul sito aziendale ed è diffusa a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto e dare riscontro dell'avvenuto recepimento, alla Segreteria Risk Management, attraverso il modulo di distribuzione con le firme di tutti gli operatori.

13. RIFERIMENTI

- Beck AT and Weissman A. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychology; 1974, 42 (6): 861-865.
- Beck AT & Steer RA. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1988.
- Ministero della Salute. Raccomandazione n. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale", Marzo 2008.
- Ministero della Salute. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, luglio 2009.
- Pompili M, Iliceto P, Lester D, Innamorati M, Girardi P, Tatarelli R. BHS Beck Hopelessness Scale: manuale. Organizzazioni Speciali, Firenze, 2009.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Suicide Prevention: Toolkit for Implementing National Patient Safety Goal 15A, 2007.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Patient Safety Pocket Guide – Third Edition, 2012.
- Zucconi M. Prevenire gli errori, imparare dagli errori - suicidio in ospedale. Professione infermiere Umbria – 2007; 2: 16-22.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 15 di 17

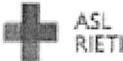
ALLEGATO 1

GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

(Raccomandazione n 4 Ministero della Salute)

La presente guida vuole costituire una traccia con la quale gli operatori possono condurre il colloquio e sviluppare, quindi, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa. Essa può essere utilizzata quando vi è un sospetto da approfondire (dopo aver quindi raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi). E' opportuno che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia; è pertanto necessario scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E' importante, inoltre, cercare di non perdere il contatto oculare con il paziente. Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolti a specifiche persone o al mondo intero. Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Nel colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno far riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d'animo a quelle sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.

- *Come si sente?*
- *Che progetti ha quando esce dall'ospedale?*
- *Si è sentito giù recentemente?*
- *Si è mai sentito così in precedenza?*
- *Che cosa era successo?*
- *C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto?*
- *In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita più difficile?*
- *Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita?*
- *Sente di dovere espiare qualche colpa?*
- *Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. E' successo anche a Lei?*
- *Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?*
- *Con che frequenza Le sovengono tali pensieri?*
- *Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi).*
- *Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente vicino?*
- *Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)*
- *Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo? (Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte).*
- *Ha mai pensato a come farla finita? (Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale).*
- *Ha progettato quando farlo?*
- *Ha il necessario per farlo?*
- *Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?*
- *Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?*
- *Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?*

 REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 16 di 17

ALLEGATO 2

Beck Hopelessness Scale (© Beck AT & Steer RA, 1988)

Cognome e Nome _____ Data di nascita ____/____/____

Data valutazione ____/____/____ Valutatore _____

ISTRUZIONI: Qui sotto vi sono 20 affermazioni. Risponda se per Lei sono vere o false, nell'ambito della settimana passata (oggi compreso), segnando una croce nelle caselle corrispondenti. In caso di dubbio, dia la risposta che ritiene più vicina a quello che Lei crede corrisponda meglio a quello che pensa. Abbia cura di segnare **uno solo** tra VERO e FALSO per **tutte** le affermazioni.

AFFERMAZIONI:

Vero Falso

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) Vedo il futuro con speranza ed entusiasmo | ☐ | ☐ |
| (2) Potrei arrendermi perché non posso migliorare le cose per me. | ☐ | ☐ |
| (3) Quando le cose vanno male, mi consola sapere che non può durare così in eterno. | ☐ | ☐ |
| (4) Non posso immaginare quello che sarà della mia vita tra 10 anni. | ☐ | ☐ |
| (5) Ho abbastanza tempo per realizzare le cose che desidero fare di più. | ☐ | ☐ |
| (6) Nel futuro mi aspetto di riuscire in quello che mi interessa di più. | ☐ | ☐ |
| (7) Il mio futuro mi sembra buio. | ☐ | ☐ |
| (8) Mi aspetto di ottenere dalla vita più cose buone rispetto alla persona media. | ☐ | ☐ |
| (9) Non mi prendo pause e non c'è motivo per cui lo debba fare in futuro. | ☐ | ☐ |
| (10) Le mie esperienze passate mi hanno preparato bene per il futuro. | ☐ | ☐ |
| (11) Se guardo avanti vedo solo situazioni spiacevoli piuttosto che piacevoli. | ☐ | ☐ |
| (12) Non mi aspetto di ottenere ciò che voglio veramente. | ☐ | ☐ |
| (13) Quando guardo al futuro, mi aspetto di essere più felice di adesso. | ☐ | ☐ |
| (14) Le cose proprio non vanno come io desidero che vadano. | ☐ | ☐ |
| (15) Ho una grossa fede nel futuro. | ☐ | ☐ |
| (16) Non ottengo mai ciò che desidero, quindi è sciocco desiderare alcunché. | ☐ | ☐ |
| (17) È molto inverosimile che nel futuro io ottenga una vera soddisfazione. | ☐ | ☐ |
| (18) Il futuro mi sembra vago e incerto. | ☐ | ☐ |
| (19) Posso aspettarmi che arrivino bei tempi, piuttosto che brutti. | ☐ | ☐ |
| (20) È inutile provare ad ottenere ciò che voglio perché probabilmente non ci riuscirò | ☐ | ☐ |

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. P 110/30/2021 Rev. 1 Del 10/11/2021
		Pag. 17 di 17

BECK HOPELESSNESS SCALE

Misura la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro. È un indicatore indiretto del rischio di suicidio.

ITEM HOPELESSNESS A CUI ASSEGNARE 1 PUNTO	
ITEM 1 se il soggetto risponde FALSO	Calcolare il punteggio totale RANGE DI VALUTAZIONE: 0 - 3: nella norma 4 - 8: lieve mancanza di speranza 9 - 14: moderata mancanza di speranza 15 - 20: grave mancanza di speranza, rischio di suicidio
ITEM 2 se risponde VERO	
ITEM 3 se risponde FALSO	
ITEM 4 se risponde VERO	
ITEM 5 se risponde FALSO	
ITEM 6 se risponde FALSO	
ITEM 7 se risponde VERO	
ITEM 8 se risponde FALSO	
ITEM 9 se risponde VERO	
ITEM 10 se risponde FALSO	
ITEM 11 se risponde VERO	
ITEM 12 se risponde VERO	
ITEM 13 se risponde FALSO	
ITEM 14 se risponde VERO	
ITEM 15 se risponde FALSO	
ITEM 16 se risponde VERO	
ITEM 17 se risponde VERO	
ITEM 18 se risponde VERO	
ITEM 19 se risponde FALSO	
ITEM 20 se risponde VERO	
Tot. =	