



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI
SUICIDIO IN AMBITO INTRA E
POST-OSPEDALIERO:
UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore:

**Dott. Maurizio
Mercuri**

Tesi di Laurea di:

Francesca Torcianti

A.A. 2018/2019

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1	3
1.1 Definizione del suicidio	3
1.2 Il fenomeno globale del suicidio	7
1.3 Il fenomeno del suicidio in Italia	17
CAPITOLO 2	26
2.1 Obiettivo	26
2.2 Domande di ricerca	26
2.3 Disegno dello studio	26
2.4 Strategia di ricerca	26
2.5 Criteri di inclusione degli studi	28
2.6 Criteri di esclusione degli studi	29
2.7 Risultati attesi	29
CAPITOLO 3	30
3.1 Diagramma di flusso di selezione della letteratura	44
CAPITOLO 4	50
4.1 Fattori di rischio e predisponenti	50
4.2 Categorie a rischio	56
4.3 Prevenzione del suicidio	57
4.4 Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione dei comportamenti suicidari	64
4.5 Conclusioni	68
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	71

INTRODUZIONE

Nel mondo ogni 40 secondi una persona si toglie la vita.

Ogni anno il suicidio è tra le prime 20 principali cause di morte a livello globale per le persone di tutte le età: oltre 800.000 mila morti.

Per ogni persona che muore, si accompagnano altri 20 tentativi di suicidio falliti.

Ciò corrisponde ad una persona che muore per suicidio ogni 40 secondi.

Il suicidio è un grave problema di salute pubblica, che ha un impatto sia a livello sanitario che sociale. Ogni suicidio è una tragedia che colpisce tutta la rete di relazioni personali del suicida (familiari, amici, ecc).

Nel 2016 si sono verificati oltre il 79% dei suicidi a livello globale in paesi a basso e medio reddito. Inoltre, nei Paesi ad alto reddito gli uomini muoiono per suicidio quasi tre volte di più che le donne, contrariamente ai Paesi a basso e medio reddito, dove il tasso è più simile. In Italia gli ultimi dati ISTAT, riferiti al 2016, riportano un totale di 3.870 suicidi, più di dieci al giorno.

Dal punto di vista anagrafico, il maggior numero di decessi si registra per la popolazione compresa tra i 50 e i 54 anni di età (432 persone), ma anche tra gli anziani il numero è importante: sono stati più di 500 gli ultraottantenni che si sono uccisi nel 2016.

Il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni, dopo gli infortuni stradali.

Questo ci porta a concludere che muoiono più persone a causa del suicidio che per i conflitti armati di tutto il mondo e per gli incidenti stradali.

Tuttavia i suicidi sono prevenibili con un intervento precoce, tempestivo e un sostegno sociale basato sull'evidenza.

In tutto il mondo la prevenzione del suicidio non è ancora stata sufficientemente presa in considerazione, perché è un fenomeno ancora oggi sottovalutato e per questo non viene percepito come un problema di salute globale.

Infatti, sono pochi i Paesi che hanno incluso il suicidio tra le priorità di salute pubblica.

Lo scopo di questa revisione della letteratura è:

- Dare una definizione del suicidio e spiegare le dinamiche dei processi mentali di base da cui scaturisce;
- Dare una stima dei dati epidemiologici del suicidio a livello globale e a livello nazionale, in Italia;
- Determinare quali sono i fattori di rischio che presagiscono e/o contribuiscono all'ideazione e al comportamento suicidario;
- Determinare quali sono le categorie più a rischio o vulnerabili per il tentato suicidio;
- Analizzare quali sono gli interventi clinici e gli strumenti più efficaci che mi permettono l'individuazione, la valutazione e il trattamento preventivo del rischio di suicidio / tentato suicidio;
- Stimare e valutare qual' è il ruolo e l'importanza dell'infermiere nella prevenzione del rischio suicidario.

L'obiettivo finale di questo studio è quello di aumentare la consapevolezza del valore dell'infermiere come prima linea di difesa contro il fenomeno suicidario, migliorare la capacità degli operatori di rilevare tempestivamente la predisposizione dei pazienti al suicidio o/e al tentato suicidio e di rispondere in maniera adeguata nel momento in cui ci troviamo ad assistere un soggetto a rischio.

CAPITOLO 1

QUADRO TEORICO

1.1 Definizione del suicidio

Il termine suicidio (formato sull'analogia del latino *homicidium* e composto da *sui*, genitivo del pronome riflessivo, e *-cidio*, dal tema di *caedere*, "tagliare a pezzi, separare, uccidere"...) indica "l'atto di togliersi deliberatamente la vita".

Il suicidio per definizione è l'atto umano definitivo, un'azione autoinflitta volta alla cessazione intenzionale della vita. Secondo l'OMS il suicidio è "un atto di eliminazione di se stesso, deliberatamente iniziato ed eseguito dalla persona interessata, nella piena consapevolezza o aspettativa di un suo risultato fatale" (OMS 1998).

Infine la definizione secondo Shneidman (1985): "*Attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione*".

Per quanto riguarda, invece, il comportamento suicidario non letale, indicato generalmente come "tentato suicidio" dobbiamo fare una distinzione.

In teoria, con questo termine dovremmo indicare i soggetti che sopravvivono per cause non previste e fortuite e coincidere così con il "suicidio mancato", ovvero un comportamento potenzialmente lesivo con esito non letale per il quale c'è l'intenzione di morire; in realtà esso indica tutti i tentativi che escludono un reale pericolo di morte, ma così facendo comporterebbe una connotazione di scarsa gravità e di un atto da non prendere in considerazione. Al fine di favorire un approccio più obiettivo è emersa l'esigenza di differenziare le terminologie distinguendo tra:

- **Ideazione suicidaria:** cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto-soppressione, ovvero quelle situazioni nelle quali l'individuo ha l'idea di auto-sopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell'agito suicidario, con un grado variabile di intensità ed elaborazione; desiderio di essere morto o un pensare alle

modalità per uccidersi, riferendosi a quelle idee e pensieri momentanei che oscillano tra il pensare che la propria vita non dovrebbe essere vissuta al pianificare di autoannullarsi senza arrivare al suicidio vero e proprio.

Tratto dal *Trattato Italiano di Psichiatria*, Pavan (1999).

- **Parasuicidio:** atto ad esito non fatale in cui un individuo mette in pratica deliberatamente un comportamento non abituale che, senza l'aiuto di altri danneggerebbe se stesso; oppure un atto non letale mediante il quale un individuo deliberatamente si produce lesioni o ingerisce in eccesso una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica, mirando ad ottenere, in diretta conseguenza di ciò, un danno fisico. Tratto dal *Trattato Italiano di Psichiatria*, Pavan (1999).
- **Comportamento autolesivo:** serie di atti direttamente ripetuti dall'individuo, su se stesso con risultato di danno fisico e psichico, che possono causare una cessazione prematura della vita, vengono inclusi sia metodi attivi come l'automutilazione o l'ingestione di sostanza estranee, sia metodi passivi come rifiutarsi di mangiare e/o bere o di assumere medicinali necessari.
- **Comportamento suicida:** comprende invece il suicidio completato o portato a termine, il tentato suicidio e i gesti suicidi, ovvero quelle azioni o quei piani suicidi che appaiono di riuscita improbabile.
Un atto non abituale in cui l'individuo, assumendosi il rischio di morire o di infliggersi danni fisici inizia e porta avanti, De Leo (2002).

La suicidologia è la disciplina dedicata allo studio scientifico del suicidio e alla sua prevenzione (essa si riferisce anche a tutte le manifestazioni correlate al fenomeno suicidario), il termine e il concetto fu introdotto da Edwin Sheneidman nel 1964 e da allora è stato usato in diversi contesti. La suicidologia dunque, diversamente da altre scienze, non include meramente lo studio del suicidio ma enfatizza la prevenzione dell'atto letale, in altre parole incorpora interventi appropriati per prevenire il suicidio, una caratteristica non sempre riconoscibile ed esplicitata nei notevoli contributi sul tema.

Nel corso di una vita trascorsa a studiare il suicidio, Shneidman ha concluso che l'ingrediente base del suicidio è il dolore mentale insopportabile, che chiama *psychache* (Shneidman 1985), che significa "tormento nella psiche".

Shneidman suggerisce che il compito principale di colui che è deputato ad aiutare l'individuo è alleviare questo stato con ogni mezzo a disposizione.

Se infatti si ha successo in questo compito, quell'individuo che voleva morire sceglierà di vivere. Shneidman (1985) inoltre considera che le fonti principali di dolore psicologico ovvero vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione, ecc. hanno origine dai bisogni psicologici frustrati e negati. Nell'individuo suicida è la frustrazione di questi bisogni e il dolore che ne deriva ad essere considerata una condizione insopportabile per la quale il suicidio è visto come il rimedio più adeguato.

Ci sono bisogni psicologici con i quali l'individuo vive e che definiscono la sua personalità e bisogni psicologici che quando sono frustrati inducono l'individuo a scegliere di morire.

Potremmo dire che si tratta della frustrazione di bisogni vitali; questi bisogni psicologici includono il bisogno di raggiungere qualche obiettivo come affiliarsi ad un amico o ad un gruppo di persone, ottenere autonomia, opporsi a qualcosa, imporsi su qualcuno e il bisogno di essere accettati, compresi e ricevere conforto.

La suicidologia classica considera dunque il suicidio come un tentativo, sebbene estremo e non adeguato, di porre fine al dolore insopportabile dell'individuo. Tale dolore converge in uno stato chiamato genericamente stato perturbato, nel quale si ritrova l'angoscia estrema, la perdita delle aspettative future, la visione del dolore come irrisolvibile ed unico.

Il termine *psychache* tenta infatti di esprimere il dramma della mente del soggetto suicida (Pompili, 2018).

Shneidman (1985) ha inoltre suggerito che il suicidio è meglio comprensibile se considerato non come un movimento verso la morte ma come un movimento di allontanamento da qualcosa che è sempre lo stesso: emozioni intollerabili, dolore insopportabile o angoscia inaccettabile, in breve *psychache*.

Se dunque si riesce a ridurre, ad intaccare e a rendere più accettabile il dolore psicologico quell'individuo sceglierà di vivere. Nella concettualizzazione di Shneidman il suicidio è il risultato di un dialogo interiore; la mente passa in rassegna tutte le opzioni per risolvere un certo problema che causa sofferenza estrema.

Emerge il tema del suicidio e la mente lo rifiuta e continua la verifica delle opzioni.

Trova il suicidio, lo rifiuta di nuovo; ma alla fine, fallite tutte le altre possibilità, la mente accetta il suicidio come soluzione, lo pianifica, lo identifica come l'unica risposta e l'unica opzione disponibile.

L'individuo sperimenta uno stato di costrizione psicologica, una visione tunnel, un restringimento delle soluzioni normalmente disponibili.

Il suicidio è meglio comprensibile non come desiderio di morte, ma in termini di cessazione del flusso delle idee, come la completa cessazione del proprio stato di coscienza e dunque risoluzione del dolore psicologico insopportabile (Pompili, 2018).

Quindi, in questi termini, il suicidio si configura come la soluzione perfetta per le angosce insopportabili della vita.

L'incapacità innata di alcuni soggetti di sopportare le difficoltà medie implicate dall'esistenza farebbe sì che in ogni società una certa quota di soggetti abbandoni spontaneamente la lotta per la vita. Il suicidio è qualcosa di più d'un semplice modo di morire, analogo alla malattia o alla vecchiaia, ma è un evento contro il quale l'individuo non può sostanzialmente nulla. La sua particolarità è proprio quella di essere una morte anticipata e liberamente scelta: l'alternativa tra una vita penosa e la morte volontaria.

A spiegare il fatto che il suicidio rimane ancora un fenomeno sconosciuto, sottovalutato e negato, è la sua complessità che diversi fattori contribuiscono a determinare.

Trattasi difatti di un evento multifattoriale e complesso, frutto dell'interazione di una serie di eventi il cui peso specifico va indagato caso per caso e collocato nel quadro esistenziale della persona suicida.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il suicidio come un problema complesso, non ascrivibile ad una sola causa o ad un motivo preciso.

Sembra piuttosto derivare da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Il suicidio, nell'ambito della salute pubblica, è un grave problema globale che potrebbe essere in gran parte prevenuto.

1.2 Il fenomeno globale del suicidio

Ogni anno circa 800.000 persone si tolgono la vita a causa del suicidio, mentre un numero di individui 10-20 volte più grande tenta il suicidio: in media una morte per suicidio ogni 40 secondi e un tentativo di suicidio ogni 3 secondi.

Questo ci porta a concludere che muoiono ogni anno più persone a causa del suicidio che per i conflitti armati, gli attentati e le catastrofi naturali.

Ogni suicidio è una tragedia che colpisce le famiglie, gli affetti, le comunità e che ha effetti duraturi sulle persone lasciate indietro. Il suicidio si verifica per tutta la durata della vita ed è stata la seconda causa di morte tra i giovani tra i 15 e i 29 anni a livello globale nel 2016. Il suicidio non si verifica solo nei paesi ad alto reddito, ma è un fenomeno globale in tutte le regioni del mondo. Infatti, oltre il 79% dei suicidi globali si sono verificati nei Paesi a basso e medio reddito nel 2016. Il suicidio è un grave problema di salute pubblica, tuttavia, i suicidi sono prevenibili con interventi tempestivi, basati sull'evidenza che possono essere implementati a livello della popolazione, sottopopolazione e individuale per prevenire il suicidio e i tentativi di suicidio. Affinché le risposte nazionali siano efficaci, è necessaria una strategia globale multisettoriale di prevenzione dei suicidi.

L'OMS ha comunicato che nel 2020 il numero delle vittime del suicidio potrebbe raggiungere la quota di oltre un milione e mezzo. Il tasso di mortalità per suicidio è mediamente di 14,5 su 100.000 abitanti. In molti paesi industrializzati il suicidio è la seconda o la terza causa di morte fra gli adolescenti e i giovani adulti mentre a livello mondiale è la tredicesima causa di morte tra persone di tutte le età. Pertanto l'OMS riconosce il suicidio come una priorità per la salute pubblica. Il primo Rapporto mondiale sui suicidi dell'OMS "Prevenire il suicidio: un imperativo globale", pubblicato nel 2014, mira ad aumentare la consapevolezza dell'importanza per la salute pubblica del suicidio e dei tentativi di suicidio e a fare della prevenzione del suicidio una priorità assoluta nell'agenda globale della salute pubblica. Mira inoltre a incoraggiare e sostenere i Paesi a sviluppare o rafforzare strategie globali di prevenzione del suicidio in un approccio multisettoriale alla salute pubblica.

Il suicidio è una delle condizioni prioritarie del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) dell'OMS, lanciato nel 2008, che fornisce una guida tecnica basata sull'evidenza per aumentare la fornitura di servizi e l'assistenza nei paesi per i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze.

Nel Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 dell'OMS, gli Stati membri dell'OMS si sono impegnati a lavorare per raggiungere l'obiettivo globale di ridurre del 10% il tasso di suicidio nei paesi entro il 2020.

Inoltre, il tasso di mortalità da suicidio è un indicatore del target 3.4 degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile: entro il 2030 ha l'obiettivo di ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione, la cura, e la promozione della salute mentale e del benessere.

Una risposta globale e coordinata alla prevenzione del suicidio è fondamentale per garantire che la tragedia del suicidio non continui a costare vite umane e a colpire molti milioni di persone a causa della perdita dei propri cari o di tentativi di suicidio. A livello globale, la disponibilità e la qualità dei dati sui suicidi e dei tentativi di suicidio è scarsa. Solo 80 Stati membri dispongono di dati di registrazione vitali di buona qualità che possono essere utilizzati direttamente per stimare i tassi di suicidio, rispetto ai 183 Stati membri dell'OMS. Questo problema della scarsa qualità dei dati sulla mortalità non riguarda solo il suicidio, ma data la sensibilità del suicidio - e l'illegalità del comportamento suicida in alcuni paesi - è probabile che la sotto-denuncia e l'errata classificazione siano problemi maggiori per il suicidio che per la maggior parte delle altre cause di morte.

Per ideare strategie efficaci di prevenzione dei suicidi è necessario migliorare la sorveglianza e il monitoraggio dei suicidi e dei tentativi di suicidio.

Le differenze a livello trans-nazionale nei modelli di suicidio e i cambiamenti nei tassi, nelle caratteristiche e nei metodi di suicidio evidenziano la necessità per ogni paese di migliorare la completezza, la qualità e la tempestività dei dati relativi ai suicidi.

Ciò include la registrazione vitale dei suicidi, i registri ospedalieri dei tentativi di suicidio e i sondaggi rappresentativi a livello nazionale che raccolgono informazioni sui tentativi di suicidio autodenunciati.

Migliorare la sorveglianza dei suicidi è importante per la pianificazione e la valutazione di piani di prevenzione contro il fenomeno suicidario nei paesi e per valutare accuratamente i progressi verso gli obiettivi di mortalità da suicidio globale.

Il tasso di suicidio globale standardizzato in base all'età è stato del 10,5 per 100 000 abitanti nel 2016. I tassi variano da un paese all'altro, da meno di 5 morti per suicidio ogni 100 000, a oltre 30 per 100 000 (Figura 1).

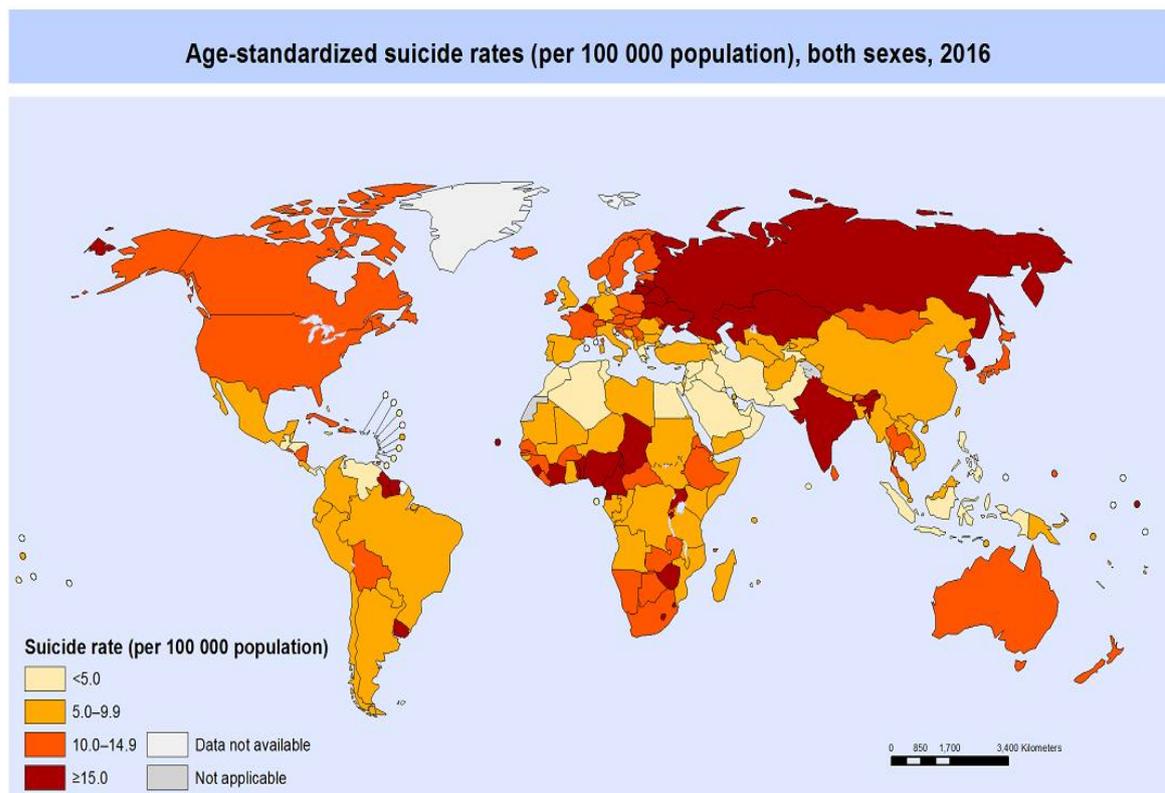


Figura 1. Tassi di suicidio standardizzati in base all'età (per 100 000 abitanti), entrambi i sessi, 2016
 Fonte: OMS: “Global Health Observatory Map Gallery” -
<http://gamapservers.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx> Ultimo accesso 28 aprile 2020

Il tasso di suicidio globale standardizzato in base all'età era più alto nei maschi (13,7 per 100.000) che nelle femmine (7,5 per 100.000) (Figure 2 e 3).
 Mentre per le femmine, i tassi più alti nei paesi erano superiori a 30 per 100.000 (Figura 2), per i maschi erano superiori a 45 per 100.000 (Figura 3).

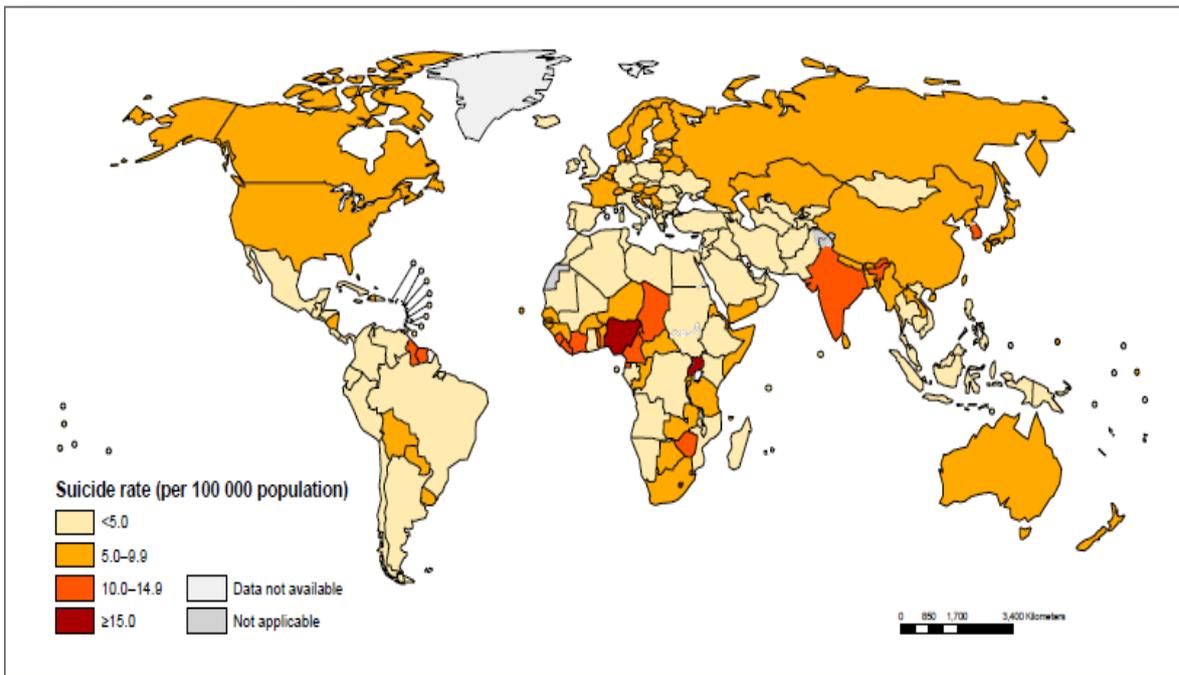


Figura 2. Tassi di suicidio standardizzati in base all'età (per 100. 000 abitanti), donne, 2016
 Fonte: OMS: "Global Health Observatory Map Gallery" -
<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx> Ultimo accesso 28 aprile 2020

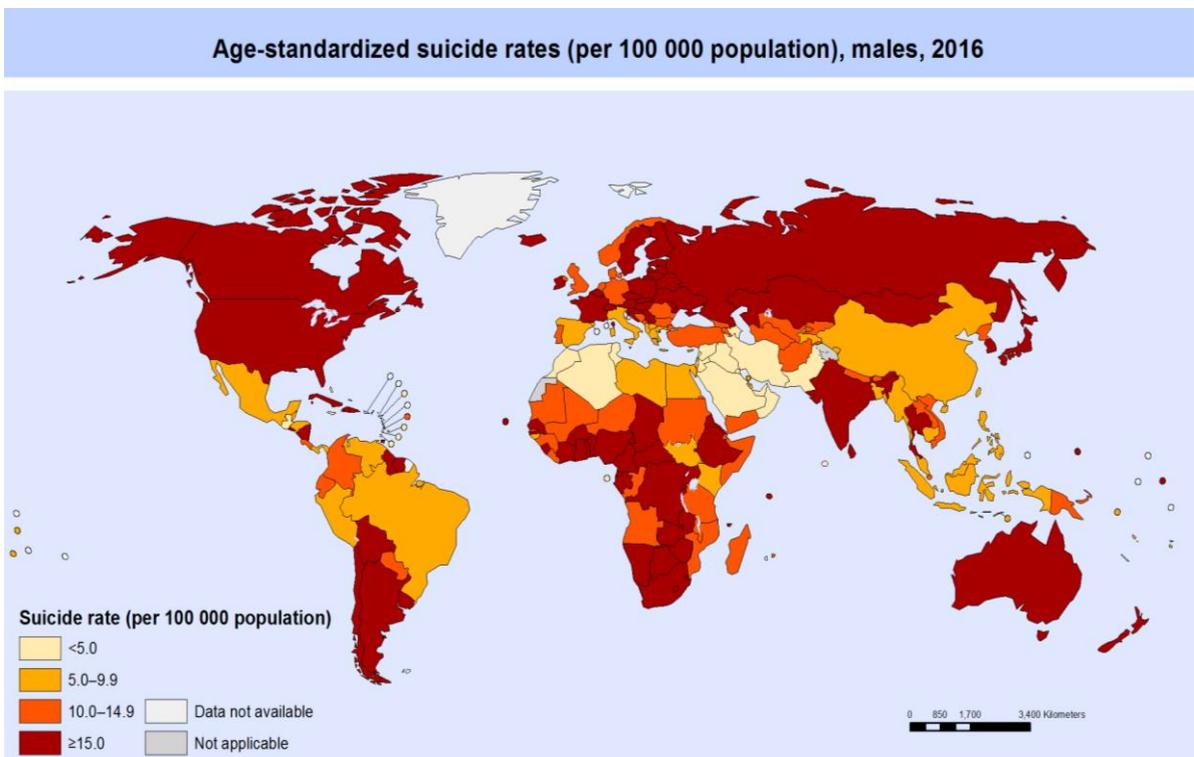


Figura 3. Tassi di suicidio standardizzati in base all'età (per 100. 000 abitanti), maschi, 2016
 Fonte: OMS: "Global Health Observatory Map Gallery" -
<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx> Ultimo accesso 28 aprile 2020

A livello globale, il tasso di suicidio standardizzato in base all'età era 1,8 volte superiore nei maschi rispetto alle femmine. I rapporti di suicidio maschi/femmine (M:F) superiori a 1 indicano che i tassi di suicidio sono più elevati nei maschi che nelle femmine.

Mentre se il rapporto M:F è vicino a 3 nei paesi ad alto reddito (cioè i tassi sono tre volte più alti nei maschi), il rapporto è abbastanza simile nei paesi a basso e medio reddito.

Gli unici paesi in cui il tasso di suicidio è stato stimato più alto nelle donne che nei maschi sono stati il Bangladesh, la Cina, il Lesotho, il Marocco e il Myanmar (Figura 4).

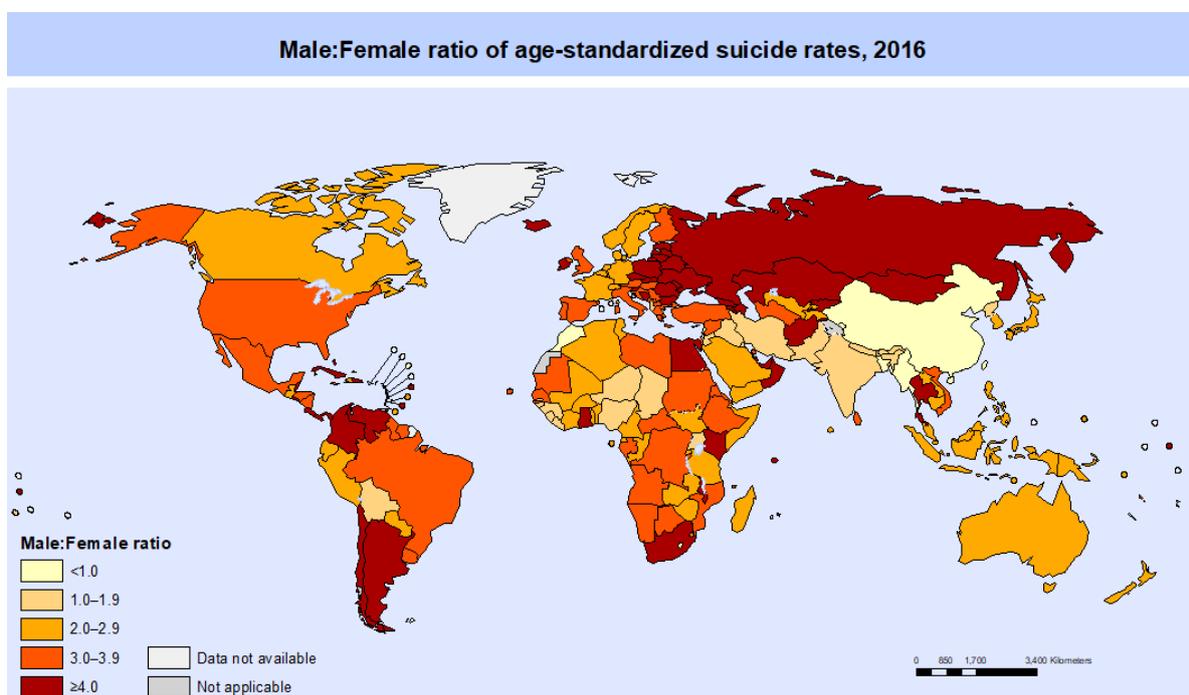


Figura 4. Rapporto maschio/femmina dei tassi di suicidio standardizzati in base all'età, 2016

Fonte: OMS: "Global Health Observatory Map Gallery" -

<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx> Ultimo accesso 28 aprile 2020

A livello globale, la maggior parte dei decessi per suicidio si è verificata in paesi a basso e medio reddito (79%), dove vive la maggior parte della popolazione mondiale (84%) (Figura 5). Per quanto riguarda l'età, più della metà (52,1%) dei suicidi globali si sono verificati prima dei 45 anni.

La maggior parte degli adolescenti morti per suicidio (90%) proveniva da paesi a basso e medio reddito dove vive quasi il 90% degli adolescenti del mondo.

Suicides by age and income level

Global suicides, by age and country income level (thousands), 2016

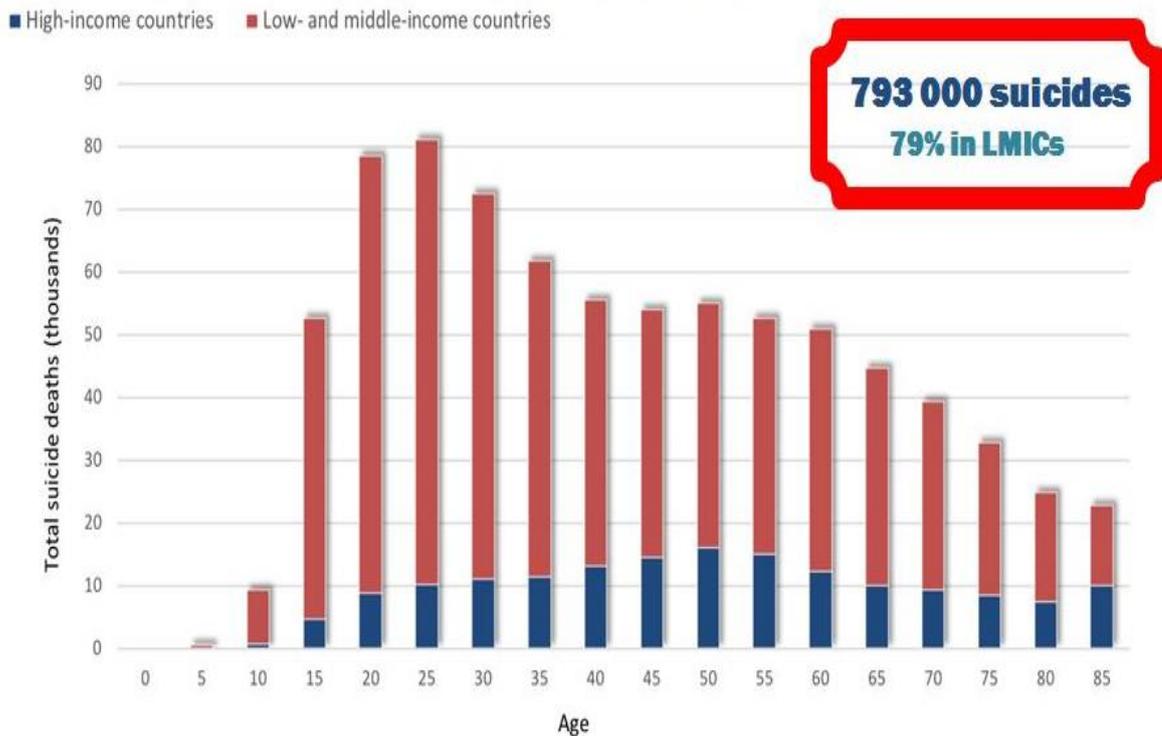


Figura 5. Suicidi globali, per età e livello di reddito del paese* (in migliaia), 2016
OMS: “Mental Health” – Suicide data – https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
Ultimo accesso 28 aprile 2020.

Il suicidio è stata la seconda principale causa di morte nei giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni per entrambi i sessi, dopo il trauma stradale (Figura 6).

In questa fascia d'età i decessi sono stati più dovuti al suicidio che alla violenza interpersonale. Per le donne e i maschi, rispettivamente, il suicidio è stata la seconda e la terza causa di morte in questa fascia d'età.

Leading causes of death, ages 15-29 years

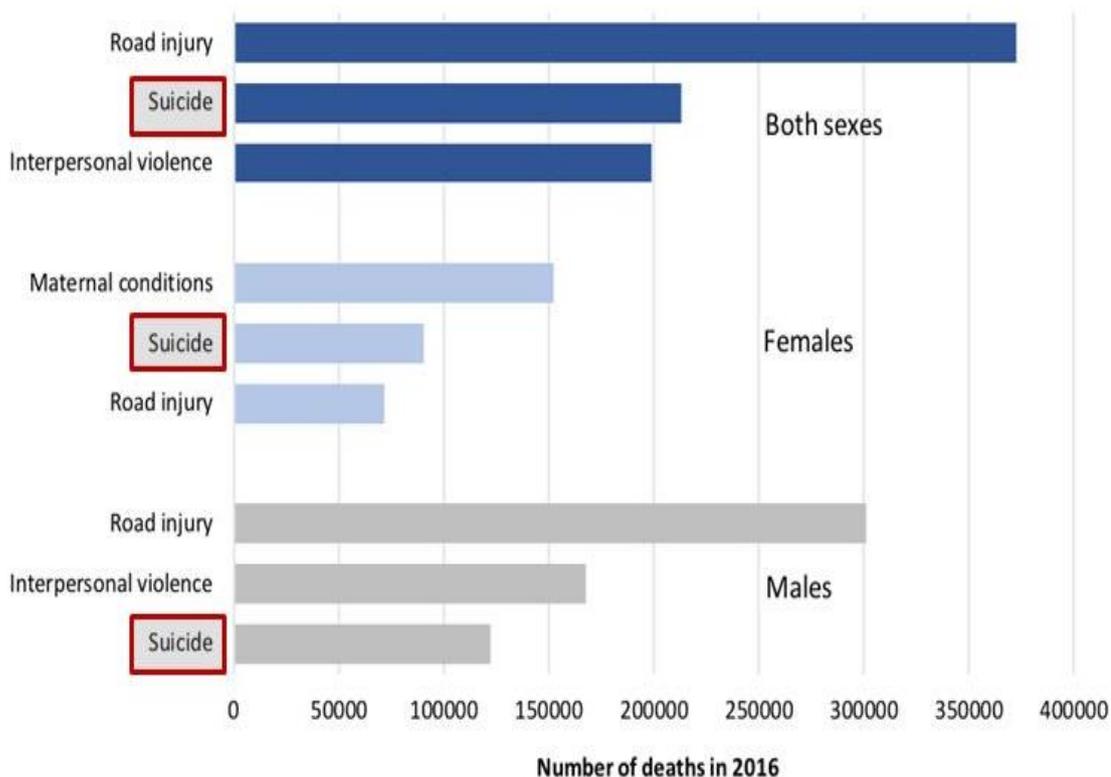


Figura 6. Le tre principali cause di morte, età 15-29 anni, 2016

OMS: "Mental Health" – Suicide data –

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ Ultimo accesso 28 aprile 2020.

Il suicidio è stata la terza causa di morte per entrambi i sessi nella fascia d'età tra i 15 e i 19 anni, con un numero di decessi relativamente simile tra maschi e femmine in questa fascia d'età. Il suicidio è stata la seconda causa principale di morte nelle ragazze di 15-19 anni (dopo le condizioni materne) e la terza causa principale di morte nei maschi (dopo lesioni stradali e violenza interpersonale) in questa fascia d'età.

Number of suicides globally in young people, 2016



Figura 7. OMS: “Mental Health” – Suicide data - https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ Ultimo accesso 28 aprile 2020.

Le differenze nei tassi di suicidio standardizzati in base all'età possono essere osservate in tutte le regioni dell'OMS (Figura 8).

I tassi di suicidio nelle regioni africane (12,0 per 100 000), europee (12,9 per 100 000) e del Sud-Est asiatico (13,4 per 100 000) erano superiori alla media globale (10,5 per 100 000) nel 2016. Il più basso tasso di suicidio si è registrato nella regione del Mediterraneo orientale (4,3 per 100 000).

La regione del Sud-Est asiatico ha avuto un tasso di suicidio femminile standardizzato per età molto più alto (11,5 per 100 000) rispetto alla media globale femminile (7,5 per 100 000). Nei maschi, le regioni dell'Africa (16,6 per 100. 000), delle Americhe (14,5 per 100. 000), del Sud-Est asiatico (15,4 per 100. 000), e soprattutto dell'Europa (21,2 per 100. 000), hanno tutte tassi di suicidio superiori alla media maschile globale (13,7 per 100. 000).

Suicide rate per 100,000 population by WHO region, 2016

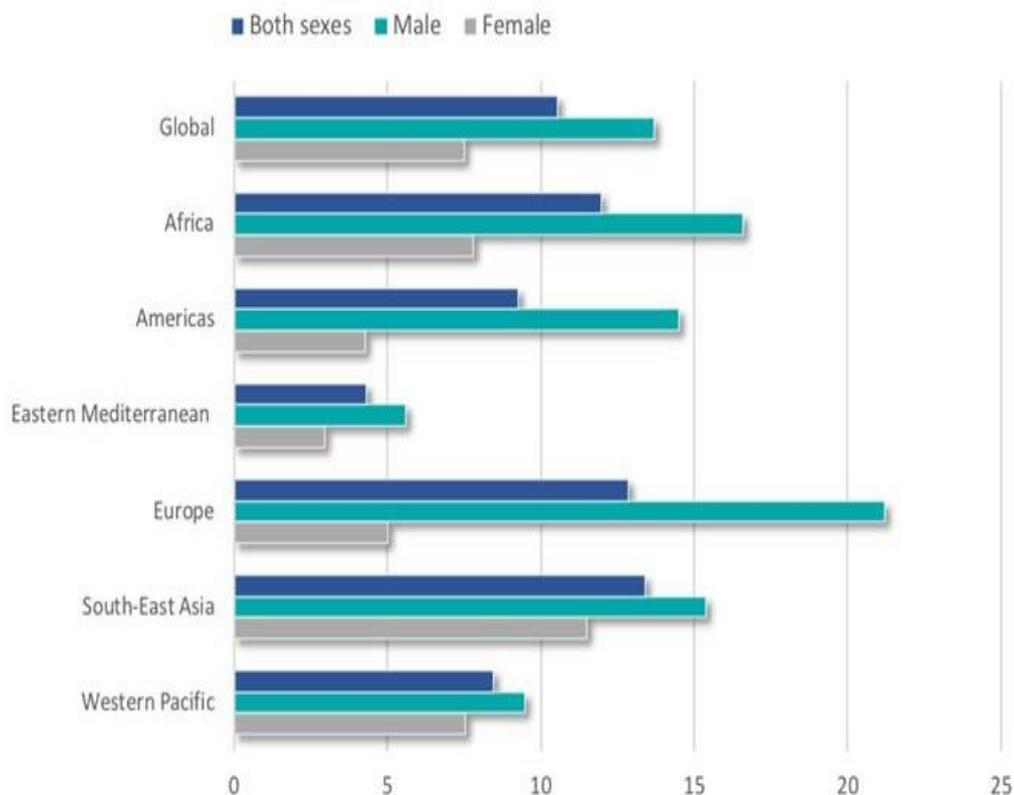


Figura 8. Tassi di suicidio standardizzati in base all'età (per 100.000 abitanti) per regione OMS, 2016
OMS: "Mental Health" – Suicide data –
https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ Ultimo accesso 28 aprile 2020.

Le statistiche sul comportamento suicida sono basate principalmente sui certificati di morte e i rapporti investigativi, e sottostimano l'incidenza vera. Nondimeno, il suicidio è una delle prime 10 cause di morte tra gli adulti nelle comunità urbane.

In Europa, il tasso urbano è più alto di quello rurale; negli USA, sono all'incirca uguali.

Negli USA, circa 75 persone si suicidano ogni giorno.

Il suicidio rappresenta il 10% delle cause di morte nei soggetti tra i 25 e i 34 anni e il 30% di quelle tra gli studenti universitari.

È inoltre la seconda principale causa di morte tra gli adolescenti.

L'aumento costante dei suicidi nell'adolescenza nel corso degli ultimi 10 anni è dovuto principalmente a un aumento dei suicidi nel sesso maschile, che si sono più che raddoppiati.

Oltre il 70% dei soggetti che si suicida ha più di 40 anni e l'incidenza sale nettamente tra i soggetti oltre i 60 anni, soprattutto di sesso maschile.

Circa il 65% dei soggetti che tentano il suicidio ha meno di 40 anni.

Su circa 200.000 tentativi di suicidio che avvengono ogni anno negli USA, il 10% ha un esito fatale. I tentativi di suicidio rappresentano circa il 20% delle emergenze di Pronto Soccorso e il 10% di tutti i ricoveri in ospedale.

I dati sulla mortalità da suicidio presentati sottolineano l'imperativo che è necessaria un'azione urgente per prevenire il suicidio.

Il suicidio è un problema di salute pubblica globale.

Sono interessate tutte le età, i sessi e le regioni del mondo.

Ogni dato qui presente rappresenta una vita che è stata persa a causa del suicidio.

Nel complesso, il tasso di suicidio globale standardizzato in base all'età è in qualche modo in declino, ma questo non si osserva in tutti i paesi del mondo.

Se il calo dovesse continuare al ritmo attuale, gli obiettivi globali di riduzione della mortalità da suicidio non saranno raggiunti.

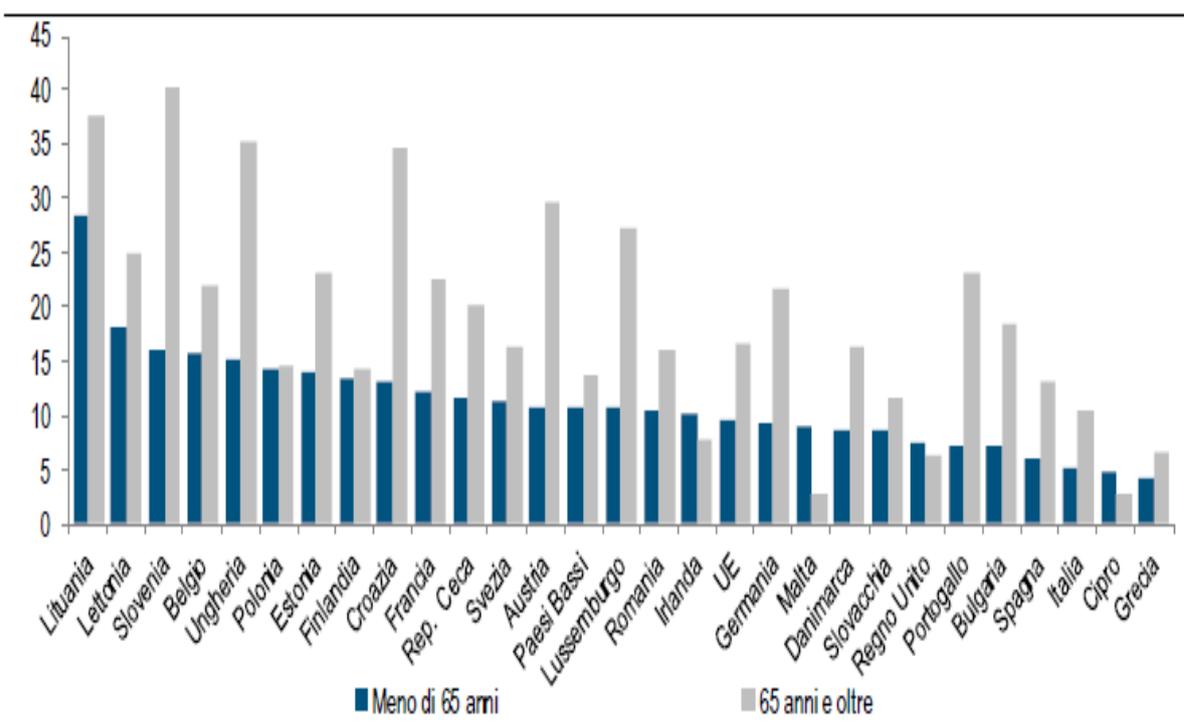
Si perderanno delle vite, mentre i suicidi sono evitabili.

Ulteriori azioni e il rafforzamento degli sforzi in corso nell'attuazione di interventi chiave efficaci di prevenzione dei suicidi (ad esempio, limitare l'accesso ai mezzi di suicidio, l'interazione con i media per un'informazione responsabile, la formazione dei giovani sulle loro capacità di vita, l'identificazione precoce, la gestione e il follow-up), sono di fondamentale importanza per salvare vite umane perse a causa di questo grave problema di salute pubblica.

1.3 Il fenomeno del suicidio in Italia

In Italia, nel 2015, si sono verificati 3.988 decessi per suicidio con un tasso pari a 6 per 100mila abitanti, secondo l'ultimo report sulla salute mentale pubblicato dall'Istat nel 2018, riferito al periodo 2015- 2017. Questo valore risulta tra i più bassi in Europa dove il tasso medio è di 11 decessi per 100mila (Figura 9). Con valori di poco inferiori a quelli di Regno Unito e Spagna, il nostro Paese si posiziona al terzultimo posto prima di Cipro e Grecia, e mantiene tale posizione per entrambi i generi.

Tuttavia tra la popolazione anziana (65 e più) il rischio di suicidio aumenta anche in termini relativi, con livelli superiori a quelli di Irlanda, Grecia, Regno Unito, Cipro e Malta.



Fonte: Eurostat, Causes of death

Figura 9. Mortalità per suicidio nei paesi dell'Unione Europea per classe di età.

Anno 2015, tassi standardizzati per 100mila abitanti. Fonte: Eurostat: "Cause di morte" -

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en> Ultimo accesso 28 aprile 2020.

I dati Eurostat rilevano che l'1% delle morti nell'Unione Europea nel 2015 è dovuto al suicidio. In termini assoluti: Germania (10.200 morti) e Francia (9.200) sono stati i due Stati membri che hanno registrato il maggior numero di suicidi nel 2015, seguiti dalla Polonia (5.400), Regno Unito (4.700), Italia (4.000) e Spagna (3.600).

Tuttavia, quando si fa un confronto tra paesi, i dati vanno adattati alle dimensioni e alla struttura della popolazione di ogni singolo Stato, e questo porta ad un cambiamento nella classifica. Con 30 suicidi per 100.000 abitanti la Lituania ha registrato il più alto tasso di suicidi tra gli Stati membri dell'Unione Europea. La seguono Slovenia (21 suicidi), Lettonia e Ungheria (entrambe 19), Belgio e Croazia (entrambe 17) ed Estonia.

Mentre gli Stati con i tassi più bassi di suicidio sono: Cipro (4 suicidi ogni 100.000 abitanti), Grecia (5), Italia (6), Regno Unito (7), Spagna e Malta (entrambi 8).

Tassi di suicidio per 100.000 abitanti*						
Stati	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Lituania	33,38	30,69	36,12	31,51	30,28	28,27
Lettonia	21,23	21,82	19,05	18,96	19,34	18,56
Slovenia	21,71	21,53	21,70	18,87	20,72	18,09
Ungheria	24,64	24,11	21,22	19,42	19,03	17,98
Belgio	19,25	18,76	17,27	17,28	16,85	17,11
Croazia	16,57	18,23	16,18	16,84	17,32	16,00
Estonia	16,31	18,40	16,96	18,31	15,89	14,31
Finlandia	16,91	16,14	16,36	14,55	13,46	14,26
Austria	15,54	15,20	15,35	15,26	14,48	13,69
Francia	16,86	15,75	15,47	14,13	14,14	13,21
Repubblica Ceca	15,20	15,97	15,18	14,36	13,24	12,57
Polonia	16,04	16,71	16,35	15,51	14,24	12,28
Svezia	11,99	12,39	13,03	12,12	12,33	11,73
Germania	11,90	11,52	11,79	11,94	11,67	11,29
Paesi Bassi	10,01	10,66	11,32	11,12	11,28	11,28
Ue 28	11,68	11,73	11,67	11,25	10,91	10,33
Danimarca	11,11	12,22	11,28	11,91	10,21	10,19
Romania	13,00	12,67	12,23	11,33	11,43	10,13
Lussemburgo	11,48	10,69	9,29	13,36	13,91	9,38
Irlanda	12,09	12,12	11,07	10,79	9,47	9,37
Bulgaria	10,40	12,11	9,78	9,91	9,33	9,24
Portogallo	9,51	9,98	9,78	11,28	10,38	8,95
Slovacchia	10,60	11,12	12,07	10,76	9,19	7,48
Spagna	6,74	7,43	8,14	8,17	7,51	7,41
Regno Unito	6,71	7,22	7,36	7,08	7,35	7,23
Italia	6,51	6,68	6,64	6,32	6,07	5,85
Malta	4,49	6,40	5,05	8,26	7,64	5,33
Grecia	4,20	4,41	4,76	4,99	4,69	4,29
Cipro	3,97	3,82	5,19	4,50	4,45	3,89

*** Stati in classifica secondo il dato 2016**

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Eurostat 2019

Figura 10. Fonte: Eurostat: "Cause di morte" -

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en> Ultimo accesso 28 aprile 2020.

In Italia è l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) a diffondere un quadro del fenomeno che copre un lungo periodo di tempo: dal 1994 al 2016 (Fig. 11).

Dai dati emerge una significativa diminuzione dei suicidi nel ventennio 1995-2015 (14,0%): nel 1995 sono complessivamente 8,1 i suicidi ogni 100 mila abitanti che calano a 6,5 nel 2015 (3.935 decessi). Ciò colloca l'Italia in basso nella graduatoria europea: è di 6,5 suicidi per 100.000 residenti il tasso standardizzato di mortalità nel periodo 2011-2014, mentre quello relativo alla media UE28 è di 11,7 per 100.000).

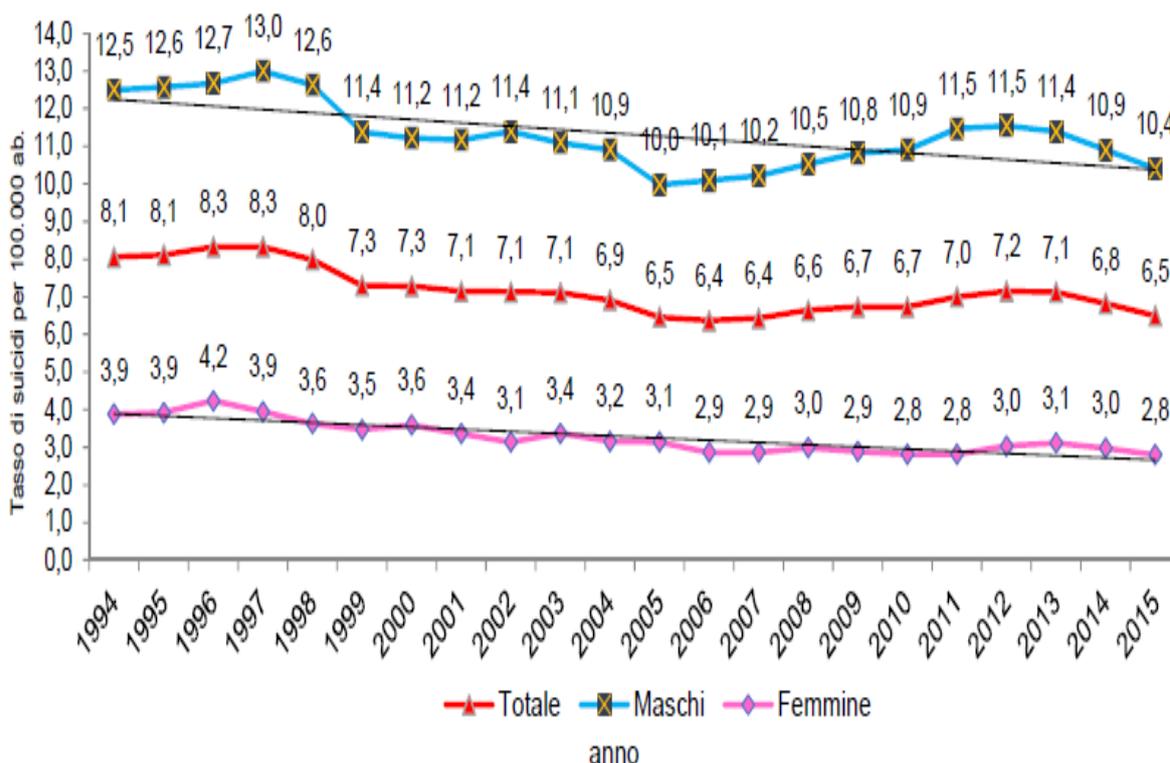


Figura 11. Morti per suicidio (tassi x 100.000 abitanti), per genere. Italia, periodo 1994-2016

Fonte: ISTAT: “Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio: le statistiche dell’Istat”.

Tavole, 9 settembre 2017. <https://www.istat.it/it/archivio/203366> , ultimo accesso 28 aprile 2020.

Il suicidio resta comunque nel nostro Paese un'importante causa di mortalità tra i più giovani. Con un tasso di 4,3 decessi per 100mila residenti, i suicidi rappresentano quasi il 12% dei decessi tra i 20 e i 34 anni (oltre 450 decessi).

Inoltre, per le età intermedie (35-64 anni), si è registrata una sensibile crescita del rischio di mortalità per suicidio dal 2008 che ha visto il suo picco nel 2012, con un tasso di 8,5 decessi per 100mila (e una successiva diminuzione fino a 7,6 nel 2015).

Ma l'età più a rischio di suicidio resta sempre quella degli ultrasessantacinquenni, con un tasso pari a 10,5 per 100mila persone (Figura 12).

Per quanto riguarda le differenze territoriali, la ripartizione con i tassi più elevati di mortalità nel 2015 è il Nord-est con 7,6 decessi per 100 mila abitanti, quella con i tassi più bassi (4,7) è il Sud.

CLASSE DI ETÀ	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD	ISOLE	ESTERO O NON INDICATO	Totale
Fino a 19 anni	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8		0,7
20-34 anni	4,4	4,8	4,8	3,3	5,1		4,3
35-64 anni	8,1	9,5	7,1	5,7	7,8		7,6
oltre 65 anni	11,4	11,3	11,1	7,7	10,6		10,5
Totale (tasso grezzo per 100mila abitanti)	7,0	7,6	6,5	4,7	6,6		6,4
Tasso standardizzato (per 100mila abitanti)	6,4	7,1	6,0	4,6	6,3		6,0
Totale valori assoluti	1.129	891	786	661	443	78	3.988

Fonte: Istat, Rilevazione sui decessi e cause di morte

Figura 12. Mortalità per suicidio in Italia per ripartizione territoriale di residenza e classe di età. Anno 2015, tassi grezzi e standardizzati per 100mila abitanti e valori assoluti.

Fonte: ISTAT: "La salute mentale nelle varie fasi della vita": testo integrale, anni 2015 / 2017 - <https://www.istat.it/it/archivio/219807> Ultimo accesso 28 aprile 2020.

Nel 2016, in Italia si sono osservati 3.870 suicidi (6,4 ogni 100 mila abitanti).

L'evento riguarda prevalentemente gli uomini, 3,039 casi rispetto a 831 tra le donne, con rapporti per 100 mila abitanti pari rispettivamente a 10,3 e 2,7 (Figura 13).

La mortalità per suicidio cresce con l'età: si passa da 1,3 suicidi per 100 mila abitanti sotto i 24 anni a 5,8 tra i 25 e i 44 anni, a 8,3 fra i 45 e i 64 anni, fino a raggiungere 9,9 per le persone di oltre 65 anni, sette volte e mezzo più alta della classe più giovane.

Distinguendo per sesso, si conferma l'andamento crescente all'aumentare dell'età il tasso più alto è raggiunto dagli uomini più anziani con 17,1 suicidi ogni 100 mila abitanti e il più basso è tra le donne più giovani (0,5 suicidi ogni 100 mila abitanti).

Negli ultimi due decenni il fenomeno è nettamente in calo: si è passati da 8,3 a 6,4 suicidi ogni 100 mila abitanti (Fig. 14). La diminuzione si riscontra per entrambi i sessi in tutte le fasce di età considerate; le riduzioni in proporzione più rilevanti si sono registrate tra le donne di oltre 65 anni (da 8,2 suicidi per 100 mila abitanti nel 1996 a 4,0 nel 2016) e tra gli uomini fino a 24 anni (da 4,1 a 2,0).

Nonostante rimanga la fascia di popolazione con i livelli più elevanti, un decremento rilevante è stato rilevato anche per gli uomini oltre i 65 anni, per i quali si passa da valori vicini a 30,0 suicidi per 100 mila abitanti nel 1996, a 17,7 nel 2016.

La diminuzione minore ha invece interessato gli uomini tra 45 e 64 anni (da valori vicino a 15 nel 1996 a 13,3 nel 2016).

Complessivamente tra le donne si è verificato un decremento maggiore (il tasso nel 2016 è del 37% inferiore a quello del 1996) pur partendo da livelli di mortalità più bassi rispetto agli uomini (per questi ultimi nello stesso periodo la riduzione è stata del 19%).

Dopo il periodo di aumento che aveva portato ad avere nel biennio 2011-2012 oltre 7 suicidi ogni 100 mila abitanti, dal 2013 è ripreso l'andamento in diminuzione che aveva connotato i decenni precedenti e che si era interrotto nel 2008.

Nel 2016 il numero di suicidi ogni 100 mila abitanti è pari ai valori minimi riscontrati negli anni 2006-2007. Nel 2016, in tutte le classi di età si riscontrano valori inferiori o equivalenti dei tassi rispetto al periodo con valori minimi (il biennio 2006-2007), ad eccezione degli uomini tra 45 e 65 anni e, in misura minore, tra gli uomini tra 25 e 44 anni, segmenti di popolazione in cui il trend di diminuzione è più lento.

Il Nord-est, confermando il triste primato degli ultimi due decenni, è la ripartizione con i livelli di mortalità più elevati, 7,9 suicidi ogni 100 mila abitanti (Figura 15).

L'elevata mortalità riguarda entrambi i sessi e tutte le fasce di età (Figura 13).

Il Sud presenta i valori più bassi per entrambi i sessi e per tutte le classi di età ad eccezione delle donne entro i 24 anni, fascia di popolazione con numero di suicidi relativamente basso: solo nel Nord-ovest si ha un valore superiore a 0,5 per 100 mila abitanti, pertanto la graduatoria territoriale presenta oscillazioni non particolarmente significative (nel 2016 in questo segmento di popolazione non ci sono stati casi di suicidio nelle Isole). Particolarmente bassi sono i valori della Campania, anche rapportandoli ai valori già bassi delle altre regioni del Sud.

Si segnala, all'interno della ripartizione Isole, un'ampia disomogeneità tra gli uomini della Sicilia (valori inferiori alla media nazionale) e della Sardegna (valori ampiamente al di sopra della media nazionale). Anche tra le donne si presenta il gap della Sicilia rispetto alla Sardegna benché meno evidente.

ANNI REGIONI	Classi di età (anni)													Totale (a)	
	Maschi					Femmine					Maschi e femmine				
	Fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	Totale (a)	Fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	Totale (a)	Fino a 24	25-44	45-64		65 e oltre
VALORI ASSOLUTI															
2012	183	852	1.238	1.051	3.325	48	201	343	341	933	231	1.053	1.581	1.392	4.258
2013	154	856	1.228	1.084	3.323	53	203	371	341	968	207	1.059	1.599	1.425	4.291
2014	175	805	1.106	1.129	3.215	53	229	368	282	932	228	1.034	1.474	1.411	4.147
2015	168	708	1.136	1.093	3.105	40	188	350	305	884	208	896	1.486	1.398	3.989
RAPPORTI PER 100.000 ABITANTI															
2012	183	852	1.238	1.051	3.325	48	201	343	341	933	231	1.053	1.581	1.392	4.258
2013	154	856	1.228	1.084	3.323	53	203	371	341	968	207	1.059	1.599	1.425	4.291
2014	175	805	1.106	1.129	3.215	53	229	368	282	932	228	1.034	1.474	1.411	4.147
2015	168	708	1.136	1.093	3.105	40	188	350	305	884	208	896	1.486	1.398	3.989
ANNO 2016															
REGIONI DI EVENTO - VALORI ASSOLUTI															
Piemonte	10	63	102	100	275	6	20	24	36	86	16	83	126	136	361
Valle d'Aosta/Vallè d'Aoste	1	2	1	11	15	0	0	1	1	2	1	2	2	12	17
Liguria	2	9	14	28	53	1	2	6	10	19	3	11	20	38	72
Lombardia	22	137	216	130	505	10	37	68	34	149	32	174	284	164	654
Trentino-Alto Adige/Südtirol	8	10	27	23	68	0	6	4	9	19	8	16	31	32	87
<i>Bozano/Bozen</i>	6	4	14	10	34	0	3	3	5	11	6	7	17	15	45
<i>Trento</i>	2	6	13	13	34	0	3	1	4	8	2	9	14	17	42
Veneto	17	69	113	81	280	4	11	24	27	66	21	80	137	108	346
Friuli-Venezia Giulia	3	16	37	19	75	1	2	11	9	23	4	18	48	28	98
Emilia-Romagna	18	59	110	114	301	2	16	24	44	86	20	75	134	158	387
Toscana	10	43	74	102	229	0	8	15	26	49	10	51	89	128	278
Umbria	3	11	25	24	63	1	1	9	5	16	4	12	34	29	79
Marche	0	24	30	38	92	2	6	14	8	30	2	30	44	46	122
Lazio	13	55	89	80	237	1	11	23	24	59	14	66	112	104	296
Abruzzo	1	21	27	23	72	0	6	10	8	24	1	27	37	31	96
Molise	1	5	4	5	15	0	0	0	1	1	1	5	4	6	16
Campania	8	35	56	58	158	0	7	13	18	38	8	42	69	76	196
Puglia	7	47	56	56	166	4	10	15	15	44	11	57	71	71	210
Basilicata	0	5	14	11	30	0	0	3	1	4	0	5	17	12	34
Calabria	6	22	30	26	84	3	10	8	4	25	9	32	38	30	109
Sicilia	11	54	62	70	197	0	12	30	18	60	11	66	92	88	257
Sardegna	7	38	53	26	124	0	4	19	8	31	7	42	72	34	155
ITALIA	148	725	1.140	1.025	3.039	35	169	321	306	831	183	894	1.461	1.331	3.870
REGIONI DI EVENTO - RAPPORTI PER 100.000 ABITANTI															
Piemonte	2,0	11,9	16,0	21,2	12,9	1,3	3,8	3,6	5,8	3,8	1,7	7,8	9,7	12,4	8,2
Valle d'Aosta/Vallè d'Aoste	6,7	13,0	5,3	86,1	24,2	0,0	0,0	5,2	6,1	3,1	3,5	6,5	5,2	41,0	13,4
Liguria	1,3	5,2	6,1	15,1	7,1	0,7	1,2	2,5	3,9	2,3	1,0	3,2	4,2	8,6	4,6
Lombardia	1,8	10,5	15,0	13,8	10,3	0,9	2,9	4,6	2,7	2,9	1,4	6,8	9,8	7,4	6,5
Trentino-Alto Adige/Südtirol	5,6	7,5	17,8	24,7	13,0	0,0	4,5	2,6	7,4	3,5	2,9	6,0	10,2	14,9	8,2
<i>Bozano/Bozen</i>	8,2	6,0	19,0	22,8	13,2	0,0	4,5	4,1	8,8	4,2	4,2	5,2	11,6	14,9	8,6
<i>Trento</i>	2,9	9,0	16,7	26,3	12,9	0,0	4,5	1,3	6,2	2,9	1,5	6,8	9,0	14,9	7,8
Veneto	2,9	11,2	15,5	17,3	11,7	0,7	1,8	3,3	4,4	2,6	1,8	6,5	9,4	9,9	7,0
Friuli-Venezia Giulia	2,3	10,9	20,6	14,3	12,7	0,8	1,4	6,0	5,0	3,7	1,6	6,2	13,2	9,0	8,0
Emilia-Romagna	3,6	10,5	17,3	25,1	14,0	0,4	2,9	3,6	7,4	3,8	2,0	6,7	10,3	15,0	8,7
Toscana	2,4	9,4	13,9	25,3	12,7	0,0	1,7	2,7	4,9	2,5	1,3	5,6	8,1	13,7	7,4
Umbria	3,0	10,1	20,3	25,0	14,7	1,1	0,9	6,8	4,0	3,5	2,1	5,4	13,3	13,1	8,9
Marche	0,0	12,5	13,8	23,6	12,3	1,2	3,1	6,2	3,8	3,8	0,6	7,8	9,9	12,4	7,9
Lazio	1,9	7,1	10,7	15,1	8,3	0,2	1,4	2,6	3,4	1,9	1,0	4,2	6,5	8,4	5,0
Abruzzo	0,7	12,3	14,4	17,2	11,2	0,0	3,6	5,1	4,6	3,5	0,3	8,0	9,6	10,1	7,2
Molise	2,8	12,3	8,9	15,5	9,8	0,0	0,0	0,0	2,4	0,6	1,5	6,3	4,4	8,1	5,1
Campania	1,0	4,4	7,1	12,7	5,6	0,0	0,9	1,5	3,0	1,3	0,5	2,7	4,2	7,2	3,4
Puglia	1,4	8,9	10,1	14,9	8,4	0,8	1,9	2,5	3,1	2,1	1,1	5,4	6,2	8,3	5,2
Basilicata	0,0	6,7	17,1	19,8	10,7	0,0	0,0	3,5	1,4	1,4	0,0	3,4	10,2	9,5	5,9
Calabria	2,4	8,3	11,2	14,3	8,7	1,3	3,8	2,8	1,8	2,5	1,9	6,1	6,9	7,4	5,5
Sicilia	1,7	8,1	9,2	15,6	8,0	0,0	1,8	4,1	3,1	2,3	0,9	4,9	6,5	8,5	5,1
Sardegna	3,9	17,2	21,2	16,0	15,3	0,0	1,9	7,4	3,8	3,7	2,0	9,7	14,2	9,2	9,4
Nord-ovest	1,9	10,4	14,3	16,7	10,8	1,0	3,0	4,1	3,7	3,1	1,4	6,7	9,2	9,3	6,9
Nord-est	3,4	10,6	16,9	20,6	12,8	0,5	2,4	3,6	5,9	3,2	2,0	6,5	10,2	12,2	7,9
Centro	1,9	8,7	12,8	20,5	10,7	0,3	1,7	3,4	4,0	2,5	1,1	5,2	7,9	11,1	6,4
Sud	1,3	7,2	9,7	14,5	7,6	0,4	1,8	2,4	3,0	1,9	0,8	4,5	6,0	8,0	4,7
Isole	2,1	10,3	12,4	15,7	9,8	0,0	1,8	5,0	3,3	2,6	1,1	6,1	8,6	8,7	6,1
ITALIA	2,0	9,3	13,3	17,7	10,3	0,5	2,2	3,6	4,0	2,7	1,3	5,8	8,3	9,9	6,4

Figura 13. Decessi per suicidio per sesso, classe di età e regione. Anno 2016. Fonte: ISTAT: “Annuario statistico italiano 2019” - <https://www.istat.it/it/archivio/236772> Ultimo accesso 28 aprile 2020.

ANNI	Maschi					Femmine					Maschi e femmine				
	Fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	Totale (a)	Fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	Totale	Fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	Totale (a)
VALORI ASSOLUTI															
1996	322	995	1.039	1.102	3.458	71	288	404	468	1.231	393	1.283	1.443	1.570	4.689
1997	331	978	1.031	1.207	3.547	74	293	349	431	1.147	405	1.271	1.380	1.638	4.694
1998	289	974	961	1.224	3.448	68	265	326	397	1.056	357	1.239	1.287	1.621	4.504
1999	243	924	854	1.084	3.105	62	263	317	368	1.010	305	1.187	1.171	1.452	4.115
2000	239	910	891	1.022	3.062	53	269	329	395	1.046	292	1.179	1.220	1.417	4.108
2001	227	900	889	1.034	3.050	45	243	329	363	980	272	1.143	1.218	1.397	4.030
2002	214	960	916	1.055	3.145	52	228	302	342	924	266	1.188	1.218	1.397	4.069
2003	200	917	889	1.072	3.078	43	266	310	378	997	243	1.183	1.199	1.450	4.075
2004	165	931	871	1.079	3.048	52	241	294	353	940	217	1.172	1.165	1.432	3.988
2005	178	797	877	951	2804	43	230	297	369	939	221	1027	1174	1320	3743
2006	149	788	887	1017	2842	41	229	296	293	859	190	1017	1183	1310	3701
2007	175	776	896	1.046	2.893	40	229	281	314	864	215	1.005	1.177	1.360	3.757
2008	163	870	959	1.005	2.999	39	234	318	316	907	202	1.104	1.277	1.321	3.906
2009	150	827	1.045	1.071	3.094	44	238	298	301	881	194	1.065	1.343	1.372	3.975
2010	154	860	1.075	1.039	3.128	32	212	313	304	861	186	1.072	1.388	1.343	3.989
2011	173	805	1.169	1.143	3.293	45	201	316	301	863	218	1.006	1.485	1.444	4.156
2012	183	852	1.238	1.051	3.325	48	201	343	341	933	231	1.053	1.581	1.392	4.258
2013	154	856	1.228	1.084	3.323	53	203	371	341	968	207	1.059	1.599	1.425	4.291
2014	175	805	1.106	1.129	3.215	53	229	368	282	932	228	1.034	1.474	1.411	4.147
2015	168	708	1.136	1.093	3.105	40	188	350	305	884	208	896	1.486	1.398	3.989
2016	148	725	1.140	1.025	3.039	35	169	321	306	831	183	894	1.461	1.331	3.870
QUOZIENTI PER 100.000 ABITANTI															
1996	4,1	11,7	15,0	27,7	12,7	0,9	3,4	5,6	8,2	4,2	2,5	7,5	10,2	16,2	8,3
1997	4,3	11,4	14,9	29,8	13,0	1,0	3,4	4,8	7,4	3,9	2,7	7,4	9,7	16,6	8,3
1998	3,8	11,2	13,9	29,7	12,6	0,9	3,1	4,5	6,7	3,6	2,4	7,2	9,1	16,1	8,0
1999	3,3	10,6	12,3	25,8	11,4	0,9	3,0	4,3	6,1	3,5	2,1	6,8	8,2	14,2	7,3
2000	3,3	10,4	12,8	23,9	11,2	0,8	3,1	4,5	6,4	3,6	2,0	6,8	8,5	13,6	7,3
2001	3,2	10,3	12,7	23,8	11,2	0,7	2,8	4,5	5,8	3,4	1,9	6,5	8,5	13,2	7,1
2002	2,9	10,9	13,0	23,8	11,4	0,7	2,6	4,1	5,4	3,1	1,9	6,8	8,4	13,0	7,1
2003	2,7	10,4	12,5	23,7	11,1	0,6	3,0	4,2	5,9	3,4	1,7	6,7	8,3	13,2	7,1
2004	2,3	10,5	12,2	23,3	10,9	0,8	2,7	3,9	5,4	3,2	1,5	6,6	8,0	12,8	6,9
2005	2,5	9,0	12,2	20,0	10,0	0,6	2,6	3,9	5,5	3,1	1,6	5,8	8,0	11,6	6,5
2006	2,1	9,0	12,2	21,0	10,1	0,6	2,6	3,9	4,3	2,9	1,3	5,8	7,9	11,3	6,4
2007	2,4	8,9	12,1	21,2	10,2	0,6	2,6	3,6	4,6	2,9	1,5	5,8	7,8	11,6	6,4
2008	2,2	10,0	12,7	20,1	10,5	0,6	2,7	4,0	4,6	3,0	1,4	6,4	8,3	11,1	6,6
2009	2,0	9,7	13,6	21,1	10,8	0,6	2,8	3,7	4,3	2,9	1,4	6,2	8,5	11,4	6,7
2010	2,1	10,3	13,7	20,3	10,9	0,5	2,5	3,8	4,3	2,8	1,3	6,4	8,6	11,1	6,7
2011	2,4	9,8	14,7	22,0	11,5	0,6	2,4	3,8	4,3	2,8	1,5	6,1	9,1	11,8	7,0
2012	2,5	10,5	15,4	19,8	11,5	0,7	2,5	4,1	4,7	3,0	1,6	6,5	9,6	11,1	7,2
2013	2,1	10,5	14,9	19,8	11,4	0,8	2,5	4,3	4,6	3,1	1,4	6,5	9,5	11,1	7,1
2014	2,4	10,0	13,2	20,1	10,9	0,8	2,8	4,2	3,8	3,0	1,6	6,4	8,6	10,8	6,8
2015	2,3	8,9	13,4	19,1	10,5	0,6	2,4	3,9	4,0	2,8	1,5	5,7	8,6	10,5	6,6
2016	2,0	9,3	13,3	17,7	10,3	0,5	2,2	3,6	4,0	2,7	1,3	5,8	8,3	9,9	6,4

Figura 14. Decessi per suicidio in Italia per classe di età e genere. Anni 1996-2016. Fonte: ISTAT: “Annuario statistico italiano 2019” - <https://www.istat.it/it/archivio/236772> Ultimo accesso 28 aprile 2020.

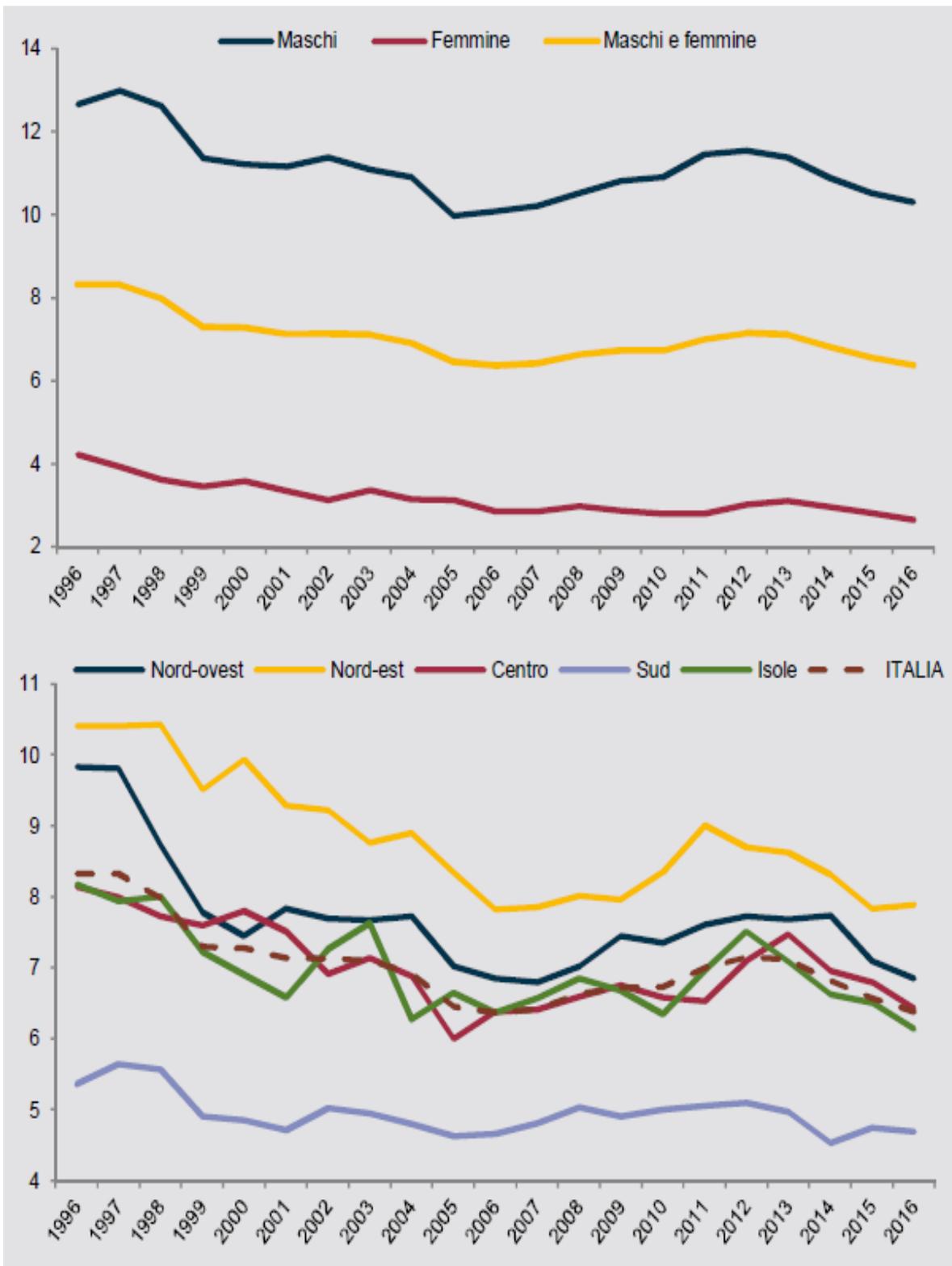


Figura 14. Mortalità per suicidio per sesso e ripartizione geografica. Anni 1996-2016, rapporti per 100 mila abitanti. Fonte: ISTAT: “Annuario statistico italiano 2019” - <https://www.istat.it/it/archivio/236772> Ultimo accesso 28 aprile 2020.

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

Cercare in letteratura le evidenze più aggiornate sugli interventi e sugli strumenti per prevenire e valutare il rischio suicidario nelle persone in ambito intra e post-ospedaliero.

2.2 Domande di ricerca

- Quali sono i fattori che presagiscono e/o contribuiscono all'ideazione e al comportamento suicidario?
- Quali sono le categorie più a rischio di tentato suicidio?
- Quali sono gli interventi clinici e gli strumenti più efficaci che mi permettono l'individuazione, la valutazione e il trattamento preventivo del rischio di suicidio/tentato suicidio?
- Qual' è il ruolo e l'importanza dell'infermiere nella prevenzione del rischio suicidario?

2.3 Disegno dello studio

È stata condotta una revisione della letteratura.

2.4 Strategia di ricerca

Per rispondere ai quesiti di ricerca è stata effettuata una revisione della letteratura di studi primari e secondari riguardo l'efficacia degli interventi per valutare e prevenire il rischio di suicidio in ambito intra e post-ospedaliero.

Sono state consultate le banche dati Medline (PubMed), Cochrane Library, Cinahl plus with full text e Trip Database dal mese di gennaio al mese di maggio 2020 in modo retroattivo di 5 anni. Sono stati usati i connettori booleani "AND" e "OR" per combinare i seguenti termini MeSH e di ricerca: suicide risk, assessment, prevention, nursing, risk factors.

Poiché ogni database utilizza termini indicizzati diversi, la strategia di ricerca è stata adattata per le differenze di sintassi e termini indicizzati / MeSH per ciascun database.

Per condurre la revisione della letteratura è stato costruito il seguente PIO: (Figura 16)

	Parole Chiave	Keywords
P	Pazienti adulti a rischio suicidio	Adult patients at risk of suicide
I / E	Prevenzione e valutazione del rischio suicidario	Suicide risk prevention and assessment
O	Ridurre il numero dei suicidi / tentati suicidi	Reduce the number of suicides / attempted suicides

Figura 16. Formulazione PIO

Sono state utilizzate le parole chiave come termini liberi combinandole con gli operatori booleani, sui seguenti database:

- PubMed, con filtri review, meta-analysis, free full text, 5 years, humans, english (Figura 16);
- Cochrane Library, con filtri review, trials, 2015-2020 (Figura 18);
- Trip-Database, con filtri from:2015, systematic review (Figura 19);
- Cinahl plus with full text, con filtri testo full text, 2015-2020, academic publications, english, all adult, europe, full pdf (Figura 20).

Database	Stringa di ricerca	Risultati
PubMed 1	suicide risk	241 articoli
PubMed 2	(suicide risk) AND prevention	91 articoli
PubMed 3	(suicide risk) AND assessment	56 articoli
PubMed 4	((suicide risk) AND assessment) AND prevention	23 articoli
PubMed 5	(suicide risk) AND nursing	8 articoli
PubMed 6	(suicide risk) AND risk factors	137 articoli

Figura 17.

Sono state utilizzate le stesse 6 stringhe di ricerca sugli altri database:

Database	Stringa di ricerca	Risultati
Cochrane Library 2	(suicide risk) AND prevention	162 trials con fonte PubMed
Cochrane Library 4	((suicide risk) AND assessment) AND prevention	111 trials con fonte PubMed

Figura 18.

Database	Stringa di ricerca	Risultati
Trip-Database 1	suicide risk	98 articoli
Trip-Database 3	(suicide risk) AND assessment	123 articoli

Figura 19.

Database	Stringa di ricerca	Risultati
Cinahl 1	suicide risk	174 articoli
Cinahl 2	(suicide risk) AND prevention	58 articoli
Cinahl 3	(suicide risk) AND assessment	45 articoli
Cinahl 5	(suicide risk) AND nursing	7 articoli
Cinahl 6	(suicide risk) AND risk factors	133 articoli

Figura 20.

2.5 Criteri di inclusione degli studi

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati:

- Tipologia dei partecipanti: pazienti umani a rischio di suicidio o tentato suicidio, con età superiore a 18 anni, escludendo quindi i pazienti pediatrici e adolescenti;
- Tipologia di studio: Revisioni sistematiche, Meta-analisi, Trial clinici randomizzati;
- Articoli pubblicati negli ultimi 5 anni;
- Lingua: inglese ed italiana

- Tipologia esiti: riduzione della mortalità, fattori di rischio, categorie più vulnerabili, ruolo dell'infermiere.
- Tipologia interventi: interventi volti a valutare e prevenire l'ideazione e/o i comportamenti suicidari dei soggetti a rischio.

2.6 Criteri di esclusione degli studi

Sono stati esclusi gli studi:

- Non disponibili gratuitamente;
- Non completati perché ancora in fase di sviluppo;
- Non pertinenti al tema dello studio;
- Non riguardanti soggetti con età inferiore a 18 anni;
- Non riguardanti soggetti che fanno parte della popolazione sanitaria, carcerati, soldati e reduci di guerra;
- Non riguardanti specifici paesi, ma studi globali (generali).

2.7 Risultati attesi

- Individuare quali sono i fattori di rischio relativi alle persone che tentano il suicidio;
- Individuare le categorie di persone che sono più vulnerabili e a rischio di ideazione e comportamento suicidario;
- Identificare quali sono gli interventi e le strategie più efficaci per prevenire il rischio di suicidio in ambiente intra e post-ospedaliero;
- Miglioramento nella capacità degli operatori di rilevare tempestivamente la predisposizione dei pazienti al suicidio e/o tentato suicidio e di rispondere in maniera adeguata;
- Individuare l'importanza del valore dell'infermiere come prima linea di difesa contro il fenomeno suicidario;
- Valutare se gli interventi di prevenzione risultano efficaci nel diminuire le morti correlate al suicidio.

CAPITOLO 3 RISULTATI

Dalla ricerca in letteratura primaria e secondaria sono stati selezionati 23 articoli che hanno risposto ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti. Una sintesi degli studi reperiti è rappresentata dalla seguente tabella. (Figura 21)

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali risultati	Discussione
<p>Silke Bachmann <i>Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2018</p>	<p>Revisione di 114 studi pubblicati tra il 1990 e il 2015. Obiettivo: Stimare il tasso del suicidio a livello globale, la qualità dei dati raccolti e come il fenomeno del suicidio cambia a seconda delle regioni, dei paesi, del genere, del metodo di suicidio e dello stato socio-economico dell'individuo e del rispettivo paese.</p>	<p>Il suicidio è un fenomeno mondiale. Nel 2015 circa 800.000 suicidi sono stati documentati in tutto il mondo e il 78% di tutti i suicidi compiuti avvengono nei paesi a basso ed alto reddito. Complessivamente, i suicidi rappresentano l'1,4% delle morti premature di tutto il mondo. I suicidi completati sono tre volte più comuni nei maschi che nelle femmine; i tassi di suicidio variano tra i sessi e per tutta la vita, mentre i metodi differiscono a seconda dei paesi.</p>	<p>A livello globale i tassi di suicidio sono aumentati negli individui con malattie mentali e fisiche croniche, in coloro che abusano di alcol e di altre sostanze e in quei soggetti che hanno già tentato il suicidio. Limite dello studio è la sottostima dei dati sul suicidio a causa delle diagnosi e dei report insufficienti, errati o non pubblicati.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali Risultati	Discussioni
<p>M.M. Large et al. <i>The role of prediction in suicide prevention</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2018</p>	<p>Revisione condotta dal 2015 al 2017. Obiettivo: Esplorare la gamma di misure preventive che potrebbero essere utilizzate in modo commisurato ai diversi tipi di previsione del suicidio.</p>	<p>Le migliori prospettive per la prevenzione del suicidio risiedono nelle strategie di prevenzione universali (rivolte ad intere popolazioni). La valutazione dei pazienti con comportamenti suicidi dovrebbe concentrarsi su fattori contemporanei e sulle esigenze del paziente, piuttosto che su nozioni probabilistiche del rischio di suicidio.</p>	<p>La valutazione del rischio di suicidio mira a ridurre l'incertezza sul futuro suicidio. Tuttavia, l'incertezza presenta due componenti, uno derivante da fattori casuali (incertezza statistica), e la seconda componente è epistemica, derivante da una mancanza di conoscenza. Entrambi questi tipi di incertezza sono in gioco nella pratica medica, rendendo il suicidio imprevedibile nella maggior parte dei casi.</p>
<p>I. Conejero et al. <i>Suicide in older adults: current perspectives</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2018</p>	<p>Revisione di 40 studi pubblicati tra il 2006 e il 2012. Obiettivo: Evidenziare i principali fattori di rischio dei pensieri e dei comportamenti suicidi tra gli adulti più anziani.</p>	<p>Gli adulti più anziani sono particolarmente vulnerabili ai problemi di salute a causa di diversi fattori: disturbi psichiatrici e neuro-cognitivi, esclusione sociale, lutto, deterioramento cognitivo, malattie fisiche, disabilità, dolore cronico e psicologico.</p>	<p>Sottolineano la necessità di integrare specifici fattori di stress, come i sentimenti di disconnessione sociale, la disabilità neuro-cognitiva o il processo decisionale, così come le malattie croniche e la disabilità nei modelli di suicidio e nei programmi di prevenzione del suicidio nei più anziani.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali Risultati	Discussione
<p>Marek Jarema <i>Are we able to evaluate suicide risk?</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2018</p>	<p>Revisione condotta dal 2010 al 2016. Obiettivo: Analizzare se è possibile una valutazione obiettiva del rischio di suicidio e quali sono i fattori che vi contribuiscono e che possono essere opportunamente verificati.</p>	<p>Il suicidio non è solo un problema medico ma anche sociale. Diversi strumenti (scale) per la valutazione del rischio di suicidio possono essere di aiuto al medico, ma non consentono una misurazione più precisa di tale rischio. Il comportamento del paziente deve essere valutato attentamente.</p>	<p>La valutazione del rischio di suicidio è difficile, in particolare tra le persone con problemi di salute mentale e deve tener conto di diversi fattori, non solo dello stato mentale del paziente, ma anche della sua situazione personale, del sostegno sociale, delle comorbidità, ecc. L'uso di strumenti specifici per la valutazione del rischio di suicidio può essere utile per il clinico, ma nessuna di queste misurazioni ha un'elevata validità predittiva.</p>
<p>G.D. Batty et al. <i>Psychosocial characteristics as potential predictors of suicide in adults: an overview of the evidence with new results from prospective cohort studies</i></p> <p>Systematic Review and Prospective cohort studies</p> <p>2018</p>	<p>Revisione di 7 studi pubblicati dal 2007 al 2015. Obiettivo: Descrivere l'eventuale ruolo delle caratteristiche psicologiche e sociali in relazione al rischio di suicidio: funzione cognitiva, caratteristiche della prima infanzia, tipo di personalità, stress psicosociale, gravi malattie mentali, disagio psicologico cronico, integrazione sociale e lo status socio-economico.</p>	<p>La maggior parte degli interventi per una riduzione efficace del suicidio non si concentra sui fattori psicosociali, in parte perché le prove che collegano i fattori psicosociali con il rischio di suicidio sono, come abbiamo dimostrato in questo studio, nella sua infanzia oppure dove esistono, questi fattori non sono facilmente modificabili. Le strategie di prevenzione del suicidio hanno cercato di promuovere la consapevolezza in tutti gli strati della società, con l'obiettivo di ridurre i fattori che aumentano il rischio suicidario e di aumentare i fattori che promuovono la resilienza o il superamento del periodo di crisi.</p>	<p>L'esame del rapporto dei fattori di rischio psicosociale con il suicidio è ostacolato da una serie di questioni. È stato riscontrato un basso numero di casi negli studi pubblicati e i dati sui fattori di rischio raccolti sono spesso di modesta o scarsa utilità nella ricerca sui suicidi. Pertanto, questo rapporto può variare in base all'epoca, al paese, allo sviluppo economico o all'ambiente culturale.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali Risultati	Discussione
<p>P.C. Gøtzsche et al. <i>Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review</i></p> <p>Systematic Review and Meta-analysis</p> <p>2017</p>	<p>Revisione di 10 studi pubblicati da ottobre 2013 al 17 febbraio 2017.</p> <p>Obiettivo: Studiare se la terapia cognitivo-comportamentale riduce i tentativi di suicidio in persone con precedenti tentativi di suicidio.</p>	<p>La terapia cognitivo-comportamentale riduce non solo le ripetute autolesioni, ma anche i ripetuti tentativi di suicidio. Dovrebbe essere il trattamento preferito per tutti i pazienti con depressione.</p>	<p>Nelle linee guida cliniche di tutto il mondo, il trattamento standard per la depressione grave non è la psicoterapia, ma i farmaci antidepressivi. Non si tratta di una medicina basata sull'evidenza, poiché è stato dimostrato che gli antidepressivi raddoppiano il verificarsi di eventi che possono portare al suicidio e alla violenza. Per questo motivo dovrebbe essere prediletta la terapia cognitivo-comportamentale.</p>
<p>A.N. Weber et al. <i>Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2017</p>	<p>Revisione condotta dal 2008 al 2012. Obiettivo: Riassumere le ultime prove e linee guida per la valutazione e la gestione del rischio di suicidio, con particolare attenzione all'applicazione in ambienti ambulatoriali molto frequentati.</p>	<p>Sebbene molti fornitori di cure primarie si sentano impreparati a valutare e gestire i pazienti suicidi, spesso iniziano con una forte alleanza terapeutica che ha dimostrato in modo indipendente di diminuire l'ideazione suicida nella popolazione di cure primarie. I programmi di formazione dei medici, sia attraverso la formazione post-laurea che la formazione medica continua, possono raggiungere risultati clinici simili a quelli degli psichiatri nel trattamento della depressione, ridurre il tasso di suicidio e aumentare la competenza soggettiva in modo tale che i fornitori di cure siano più disposti a valutare e trattare i pazienti suicidi.</p>	<p>Non esistono algoritmi basati sull'evidenza per valutare, gestire e prevenire il suicidio in modo affidabile. Questo può rivelarsi scoraggiante per molti medici senza un modello di stratificazione del rischio da cui ricavare la gestione appropriata, ma questo processo non è diverso dalle molte decisioni che il medico deve prendere quotidianamente, per le quali il giudizio clinico è fondamentale.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali risultati	Discussione
<p>B. Ghanbari et al. <i>Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review</i></p> <p>Narrative Review</p> <p>2015</p>	<p>Revisione di 36 articoli pubblicati tra il 1995 e il 2014. Obiettivi: Determinare se gli interventi preventivi telefonici o attraverso altri mezzi (cartoline postali, e-mail, schede di crisi, messaggi) sono efficaci nella prevenzione e riduzione dei tentativi di suicidio e nella promozione della salute dopo la dimissione.</p>	<p>Il supporto di follow-up attraverso visite, posta, messaggi telefonici, cartoline postali e linee di crisi dopo la dimissione, può diminuire significativamente il rischio di tentato suicidio.</p>	<p>È necessaria una maggiore ricerca sulla definizione delle conseguenze, sulla misurazione delle variabili dipendenti, sugli effetti legati al genere e sui gruppi ad alto rischio. Inoltre, è necessario sviluppare e valutare nuovi approcci e utilizzare popolazioni più diverse per confrontare in modo più accurato gli attuali trattamenti di routine con i risultati della nuova ricerca.</p>
<p>G. Turecki et al. <i>Suicide and suicidal behaviour</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2016</p>	<p>Revisione condotta da gennaio 2009 a maggio 2015. Obiettivo: Esaminare l'epidemiologia, i fattori di rischio e gli interventi efficaci esistenti, basati sulle cure primarie e sulle strutture di salute mentale specialistiche, finalizzati alla prevenzione o al trattamento del comportamento suicida.</p>	<p>I trattamenti più efficaci per la prevenzione del comportamento suicidario, condividono una serie di elementi comuni: utilizzare interventi esplorativi per comprendere l'ideazione suicidaria, interventi orientati al cambiamento, per incoraggiare comportamenti positivi e scoraggiare quelli negativi. La terapia dialettica comportamentale (DBT) e la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si sono rivelate le più efficaci nel ridurre i comportamenti suicidari.</p>	<p>Ci sono forti prove che il suicidio può essere prevenuto attraverso interventi farmacologici e psico-terapeutici, miglioramenti nell'identificazione e nel trattamento dei pazienti, nella sensibilizzazione e nella limitazione dei metodi. Una maggiore sensibilità al potenziale del comportamento suicida, il continuo miglioramento delle politiche di salute pubblica e la ricerca di base possono contribuire a ridurre i tassi di suicidio globale nei prossimi anni.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali Risultati	Discussione
<p data-bbox="273 240 622 619">M. Inagaki et al. <i>Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis</i></p> <p data-bbox="273 663 568 730">Systematic Review and Meta-analysis</p> <p data-bbox="273 778 338 807">2019</p>	<p data-bbox="649 240 1016 539">Revisione di 28 RCT pubblicati tra 1981 al 2015. Obiettivo: Determinare quali interventi sono più efficaci nella prevenzione dei tentativi di suicidio ripetuti durante il periodo a più alto rischio dopo un tentativo di suicidio (entro 6 mesi dalla dimissione).</p>	<p data-bbox="1048 240 1460 403">Il contatto attivo e gli interventi di follow-up sono stati efficaci nel prevenire un tentativo di suicidio ripetuto entro 6 mesi in pazienti ricoverati per lesioni da suicidio.</p>	<p data-bbox="1500 240 1960 438">Il risultato ha escluso i pazienti in età inferiore ai 20 anni. Pertanto, i risultati attuali relativi all'effetto dei contatti attivi e degli interventi di follow-up potrebbero non essere generalizzabili per una popolazione giovane.</p>
<p data-bbox="273 823 560 967">C. Bolster et al. <i>Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show?</i></p> <p data-bbox="273 1015 510 1043">Systematic Review</p> <p data-bbox="273 1091 338 1120">2015</p>	<p data-bbox="649 823 1016 1054">Revisione di 19 articoli pubblicati tra il 2006 e il 2013. Obiettivi: Analizzare lo stato della efficacia della formazione e della capacità di valutazione dei suicidi da parte degli infermieri.</p>	<p data-bbox="1048 823 1473 1356">L'importanza di educare gli infermieri in modo che siano competenti nel fornire un'adeguata assistenza infermieristica ai pazienti che soffrono di suicidio è la chiave per la prevenzione dei comportamenti suicidari. L'istruzione dovrebbe essere obbligatoria e disponibile nei programmi per gli studenti infermieri e medici. Gli standard educativi relativi all'educazione al suicidio per gli infermieri devono essere stabiliti e dovrebbero essere basati sulle migliori pratiche basate su prove di efficacia.</p>	<p data-bbox="1500 823 1960 1257">Ulteriori ricerche potrebbero informare e sostenere le raccomandazioni per l'istruzione e il cambiamento delle politiche. Inoltre, c'è un enorme bisogno di interventi e progetti basati sull'evidenza che riducano il tasso di suicidio. La ricerca può aggiornare i programmi di studio in modo che le scuole di infermieristica preparino infermieri che saranno più a loro agio e pronti a fornire assistenza e valutazioni più efficaci per prevenire il suicidio</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali risultati	Discussione
<p>M.C.S. Minayo et al. <i>Study of scientific publications (2002-2017) on suicidal ideation, suicide attempts and self-neglect of elderly people hospitalized in Long-Term Care Establishments</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2017</p>	<p>Revisione di 26 articoli pubblicati tra il 2002 e il 2017. Obiettivo: Questo studio mira a presentare pubblicazioni nazionali e internazionali sull'ideazione suicida, il tentativo di suicidio e l'autolesionismo negli anziani che vivono in istituti di cura a lungo termine (LTCE).</p>	<p>Gli studi presentati coincidono con la letteratura scientifica sui tentativi di suicidio di anziani non residenti nelle LTCE, in particolare per quanto riguarda la depressione come fattore scatenante del desiderio di morire e diversi altri fattori già evidenziati. Tuttavia, molti di questi studi mostrano che nelle residenze geriatriche ci siano proporzionalmente più persone con depressione, sintomi depressivi e comportamenti autodistruttivi.</p>	<p>L'organizzazione di una LTCE deve tenere conto dei fattori che causano destabilizzazione in una persona che viene ricoverata, mirando principalmente a preservare la massima autonomia delle persone, a fornire un'assistenza personalizzata ed avere un quadro di professionisti sanitari adeguatamente formati.</p>
<p>B. Gelaye et al. <i>Suicidal Ideation in Pregnancy: An Epidemiologic Review</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2016</p>	<p>Revisione di 57 articoli pubblicati tra il 1990 e il 2015. Obiettivi: Sintetizzare le ricerche disponibili sull'ideazione suicida post-partum.</p>	<p>Le donne incinte hanno più probabilità della popolazione generale di sostenere l'idea del suicidio. Inoltre, sono stati identificati una serie di fattori di rischio per l'ideazione suicidaria post-partum, tra cui la violenza da parte del partner nelle relazioni di intimità, grave disturbo depressivo, e una ridotta preparazione o educazione alla gravidanza.</p>	<p>C'è la necessità di un maggiore screening per l'ideazione suicida post-partum. I pochi strumenti di screening esistenti sono limitati in quanto sono stati sviluppati principalmente la depressione ante-partum e post-partum. Considerando che una parte sostanziale delle donne con ideazione suicida non raggiunge le soglie cliniche della depressione e data la suscettibilità al comportamento suicida indipendentemente dai disturbi depressivi, sono urgentemente necessari approcci innovativi per migliorare lo screening e l'individuazione dell'ideazione suicida post-partum.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali Risultati	Discussione
<p>S. Exbrayat et al. <i>Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study</i></p> <p>Randomised Controlled Trials</p> <p>2017</p>	<p>RCT condotto tra il 1° gennaio 2009 e il 30 dicembre 2010, su 436 pazienti a 8,30 e 60 giorni dopo che erano stati trattati per tentato suicidio.</p> <p>Obiettivo: Valutare l'efficacia del follow-up telefonico in pazienti dimessi da un reparto di psichiatria d'emergenza per tentato suicidio in caso di ulteriori tentativi di suicidio nel corso dell'anno successivo.</p>	<p>Il follow-up telefonico molto precoce dei nostri pazienti ha ridotto efficacemente la recidiva e sembra essere l'unico fattore di protezione contro i ripetuti tentativi di suicidio e potrebbe essere applicato in tutti i reparti di emergenza psichiatrica.</p>	<p>Sono necessari nuovi studi più controllati, con più pazienti e in più centri, per valutare le tecniche ottimali per prevenire i tentati suicidi; ma l'attuazione di tali studi potrebbe essere proibita dal punto di vista dei costi.</p>
<p>Emily – May Barlow <i>How is clinical decision making used when assessing the suicide risk for in-patients?</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2016</p>	<p>Revisione di 63 studi pubblicati da 2004 al 2014.</p> <p>Obiettivo: Analizzare se un'astuta valutazione professionale è essenziale quando si valuta il rischio di suicidio per consentire al clinico di prendere decisioni efficaci sulla futura cura e gestione di un paziente con tendenze suicide.</p>	<p>Hanno dimostrato che il personale inesperto, in assenza del giudizio clinico necessario per completare una valutazione del rischio di suicidio, richiede tempo e mentoring per sviluppare questa abilità. Ma in realtà, il carico di lavoro e la pressione del tempo raramente consentono questo lusso. Sarebbe opportuno garantire che gli infermieri laureati abbiano le competenze e le conoscenze necessarie per valutare, gestire e trattare i pazienti a rischio di tentato suicidio al momento della qualifica.</p>	<p>È evidente che la valutazione del rischio di suicidio è soggettiva e non può garantire la coerenza tra i medici. Di conseguenza, è ragionevole suggerire che i piani di gestione del rischio per il ricoverato suicida variano da un medico all'altro, a causa delle incongruenze tra le loro valutazioni.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali Risultati	Discussione
<p data-bbox="275 252 618 435">P. de Freitas Silva et al. <i>KNOWLEDGE OF THE NURSING TEAM AND COMMUNITY AGENTS ON SUICIDE BEHAVIOR</i></p> <p data-bbox="275 488 577 552">Randomised Controlled Trials</p> <p data-bbox="275 603 338 632">2018</p>	<p data-bbox="651 252 1025 347">RCT condotto da giugno ad agosto 2013 su 72 professionisti sanitari.</p> <p data-bbox="651 355 1010 587">Obiettivo: Identificare le conoscenze e le strategie che l'equipe infermieristica, gli infermieri e gli agenti sanitari comunitari forniscono, per la cura del soggetto con comportamenti suicidi.</p>	<p data-bbox="1048 252 1478 754">Il suicidio richiede l'attenzione di professionisti di diverse aree per affrontare i rischi e la possibilità di prevenzione. Gli infermieri e gli altri operatori sanitari hanno bisogno di un maggiore supporto teorico per costruire azioni concrete di fronte a questo fenomeno. Questi risultati dimostrano l'importanza di affrontare gli aspetti del comportamento suicida durante la formazione accademica degli infermieri, per la migliore gestione dei soggetti a rischio di tentato suicidio.</p>	<p data-bbox="1500 252 1957 786">È necessario educare e formare i professionisti sanitari per contribuire all'individuazione dei fattori di rischio di suicidio, prevenendoli efficacemente e contribuendo alla salute pubblica della popolazione. Non è imperativo che l'operatore sanitario di base debba essere un esperto in materia, ma deve saper affrontare le situazioni ed essere adeguatamente preparato ad intervenire, guidare e indirizzare i servizi specializzati in modo appropriato, rafforzando il trattamento adeguato degli utenti a rischio suicidario, della rete sanitaria.</p>
<p data-bbox="275 823 607 930">C. Crestani et al. <i>Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study</i></p> <p data-bbox="275 983 577 1046">Randomised Controlled Trials</p> <p data-bbox="275 1098 338 1126">2019</p>	<p data-bbox="651 823 1025 919">RCT condotto da gennaio 1979 al dicembre 2015 su 538 pazienti a rischio di suicidio.</p> <p data-bbox="651 927 1010 1086">Obiettivo: Determinare i fattori di rischio del fenomeno suicidario negli anziani e le principali strategie di prevenzione.</p>	<p data-bbox="1048 823 1478 1254">Il comportamento suicida sembra essere il prodotto dell'interazione di molti fattori, come malattie biologiche, psicologiche o eventi dolorosi. La presenza di malattie croniche e debilitanti, spesso accompagnate da una profonda sofferenza psicologica, è un potente stimolo al suicidio tra gli uomini, mentre lo stato mentale è un significativo fattore di rischio per le donne, in quanto la maggior parte delle quali soffre di depressione.</p>	<p data-bbox="1500 823 1957 1254">Una maggiore attenzione è necessaria nella valutazione psicologica degli anziani per tenere conto di quei fattori di rischio che, se adeguatamente identificati e gestiti, potrebbero ridurre la frequenza dei pensieri suicidi e probabilmente, delle azioni associate. Il suicidio negli anziani è associato a molteplici fattori di rischio, la maggior parte dei quali possono essere identificati e sono prevenibili con specifiche strategie di prevenzione e ricerca.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali Risultati	Discussione
<p>T.T. Pham et al. <i>Clinical and epidemiological factors associated with suicide in colonrectal cancer</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2018</p>	<p>Revisione di 18 studi pubblicati dal 1988 al 2010.</p> <p>Obiettivo: Esaminare i tassi di suicidio e i fattori associati al suicidio in particolare nei pazienti con cancro coloretale.</p>	<p>L'identificazione dei fattori di rischio associati al suicidio tra i pazienti con cancro coloretale è un passo importante nello sviluppo di strategie di screening e nella gestione dei fattori di stress psicosociali. Questi risultati potrebbero essere utili per formulare un sistema completo di valutazione del rischio di suicidio per lo screening di tutti i pazienti affetti da cancro.</p>	<p>Hanno riconosciuto la necessità di prestare particolare attenzione all'esperienza psicologica di riportare una diagnosi di cancro, in particolare alla luce dell'impatto positivo che l'identificazione precoce ha sul trattamento della malattia; oltre a quella di migliorare ed aumentare la comunicazione tra paziente e medico.</p>
<p>C. Roberson et al. <i>Suicide Assessment and Prevention</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2017</p>	<p>Revisione condotta dal 4 novembre 2015 al 5 novembre 2017.</p> <p>Obiettivo: Riconoscere il ruolo cruciale dell'infermiere nell'identificare tempestivamente le ideazioni suicidarie e nel fornire risorse ai pazienti e alle loro famiglie per la prevenzione del suicidio.</p>	<p>Gli infermieri sono la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio. Gli infermieri, in particolare quelli psichiatrici, sono i principali fornitori di cure per i pazienti suicidi, che comprendono interventi di emergenza, educazione in generale sul suicidio, post-dimissione dopo il tentativo di suicidio e servizi di screening.</p>	<p>Molti infermieri riferiscono che non sanno cosa dire a un paziente che ha tentato il suicidio e quindi sceglie di rimanere in silenzio, in quanto temono di peggiorare la situazione, che potrebbe causare ulteriori danni. Inoltre riferiscono un senso di fallimento personale quando non riescono ad aiutarli oppure se la persona porta a termine il suicidio.</p>

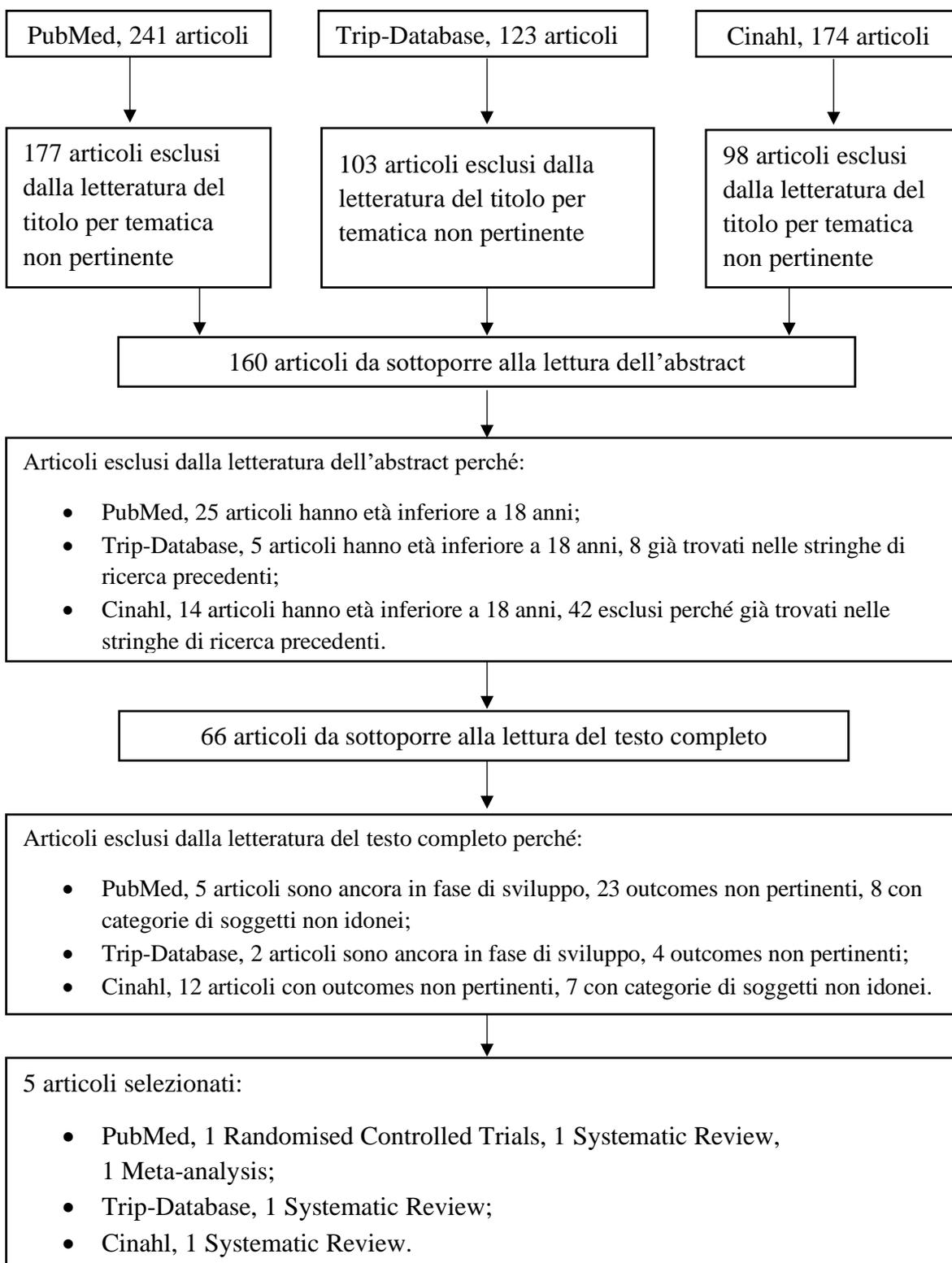
Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali Risultati	Discussione
<p>D.A. Jobes et al. <i>Psychological Approaches to Suicide Treatment and Prevention</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2015</p>	<p>Revisione condotta dal 2008 al 2014. Obiettivo: Esaminare i recenti sviluppi negli approcci psicologici per il trattamento del suicidio, la valutazione e la formazione professionale nelle pratiche relative al suicidio.</p>	<p>Hanno riscontrato una riduzione dei tentativi di suicidio ripetuti attraverso l'utilizzo di trattamenti psicologici per il rischio di suicidio: la Terapia Dialettica del Comportamento, la Terapia Cognitiva per la Prevenzione del Suicidio e la Valutazione e Gestione Collaborativa della Suicidalità.</p>	<p>Dato il noto alto rischio di suicidio che segue la dimissione dal ricovero, l'assistenza ospedaliera dovrà sempre più abbracciare l'uso di interventi specifici per il suicidio durante il ricovero, con un'enfasi sulla pianificazione della sicurezza e la limitazione dei mezzi dopo la dimissione, insieme a una pianificazione ponderata della disposizione che colleghi il paziente a un'efficace assistenza ambulatoriale.</p>
<p>J. Hagen et al. <i>Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor</i></p> <p>Randomised Controlled Trials</p> <p>2017</p>	<p>RCT condotta dal 2005 al 2015 su 8 infermieri. Obiettivi: Indagare le esperienze degli infermieri di salute mentale di riconoscere e rispondere al comportamento suicidario e di affrontare le sfide emotive nella cura di pazienti potenzialmente suicidi.</p>	<p>La cura dei pazienti con comportamenti suicidi è uno dei compiti più impegnativi per gli infermieri di salute mentale nei reparti psichiatrici. La prevenzione del suicidio nei servizi di salute mentale comporta valutazioni del rischio di suicidio che non dovrebbero essere basate solo su fattori di rischio standard, ma segni di avvertimento. Gli infermieri forniscono la maggior parte dell'assistenza diretta ai pazienti e hanno l'opportunità di identificare i segni di suicidio e di prevenire comportamenti suicidi.</p>	<p>Le esperienze degli infermieri della salute mentale implicano l'essere attenti ai segnali di suicidio, alleviando il dolore psicologico dei pazienti e ispirando speranza. Inoltre, le esperienze di suicidio e gli atti di suicidio evocano varie emozioni. Gli infermieri sembrano regolare le loro espressioni emotive e bilanciare il loro coinvolgimento emotivo e la distanza professionale nei rapporti coi i pazienti al fine di fornire una buona assistenza sia ai pazienti che a se stessi.</p>

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali risultati	Discussione
<p>K.V. Orden et al. <i>Late-life Suicide Prevention Strategies: Current Status and Future Directions</i></p> <p>Systematic Review</p> <p>2018</p>	<p>Revisione condotta dal 2015 al 2017. Obiettivo: Valutare i principali fattori di rischio suicidario negli anziani e determinare quali strategie sono più efficaci nel ridurre il fenomeno suicidario in questa popolazione più vulnerabile.</p>	<p>I modelli di assistenza collaborativa per la depressione in età avanzata che includono le psicoterapie sono efficaci per il trattamento della depressione e possono ridurre il pensiero suicida; tuttavia i modelli di assistenza collaborativa non sono implementati su vasta scala. Gli interventi di restrizione sono promettenti, ma manca l'efficacia soprattutto per gli anziani. Sono disponibili pochi interventi che riducono in modo affidabile i rimanenti fattori di rischio: isolamento sociale e solitudine.</p>	<p>Sono necessarie strategie di prevenzione universali che mirino all'invecchiamento e condividano il fatto che l'invecchiamento non è composto solo da ostacoli, ma anche da una maggiore prospettiva sulla propria vita e su ciò che è più prezioso, una maggiore soddisfazione relazionale e più frequenti esperienze di emozioni positive. La prevenzione dei suicidi tardivi non può rimanere solo nella clinica, ma deve essere ampia e penetrare nelle nostre comunità e deve cambiare il nostro pensiero sull'invecchiamento.</p>
<p>P. Ferrara et al. <i>La valutazione infermieristica del rischio suicidario nella persona ricoverata in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: validità predittiva della versione italiana della Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-ita)</i></p> <p>Studio Osservazionale Prospettico</p> <p>2020</p>	<p>Studio osservazionale prospettico condotto dall'1° ottobre 2017 al 30 novembre 2018 su 131 soggetti. Obiettivo: Indagare la validità predittiva della NGASR-ita nella valutazione del rischio suicidario in pazienti ricoverati all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.</p>	<p>I soddisfacenti valori di predittività mostrati sostengono l'utilizzo della NGASR-ita quale strumento valido ai fini della valutazione infermieristica del rischio suicidario nel contesto psichiatrico acuto in Italia. I risultati emersi riguardo la validità predittiva della scala sono indubbiamente interessanti; infatti dei 10 soggetti che hanno presentato comportamenti autolesionistici durante la degenza, ben 9 erano stati effettivamente inquadrati come soggetti a "livello di rischio medio o superiore" a dimostrazione dell'elevata sensibilità dello strumento.</p>	<p>Il principale limite dello studio è la ridotta estensione campionaria che rende necessario un approfondimento su gruppi più ampi permettendo inoltre sotto analisi stratificate in funzione delle differenze cliniche dei vari pazienti. Un ulteriore limite è il fatto che il numero di eventi effettivamente verificatisi potrebbe rappresentare solo una sottostima della reale dimensione del fenomeno: bisogna tenere in considerazione che, pur essendo il setting clinico e la popolazione di studio a maggior rischio rispetto ad altre realtà, la presenza ed il monitoraggio continuo nel corso delle 24 ore può contribuire in modo rilevante a ridurre la possibilità che una reale intenzione suicidaria si traduca poi in un gesto concreto.</p>

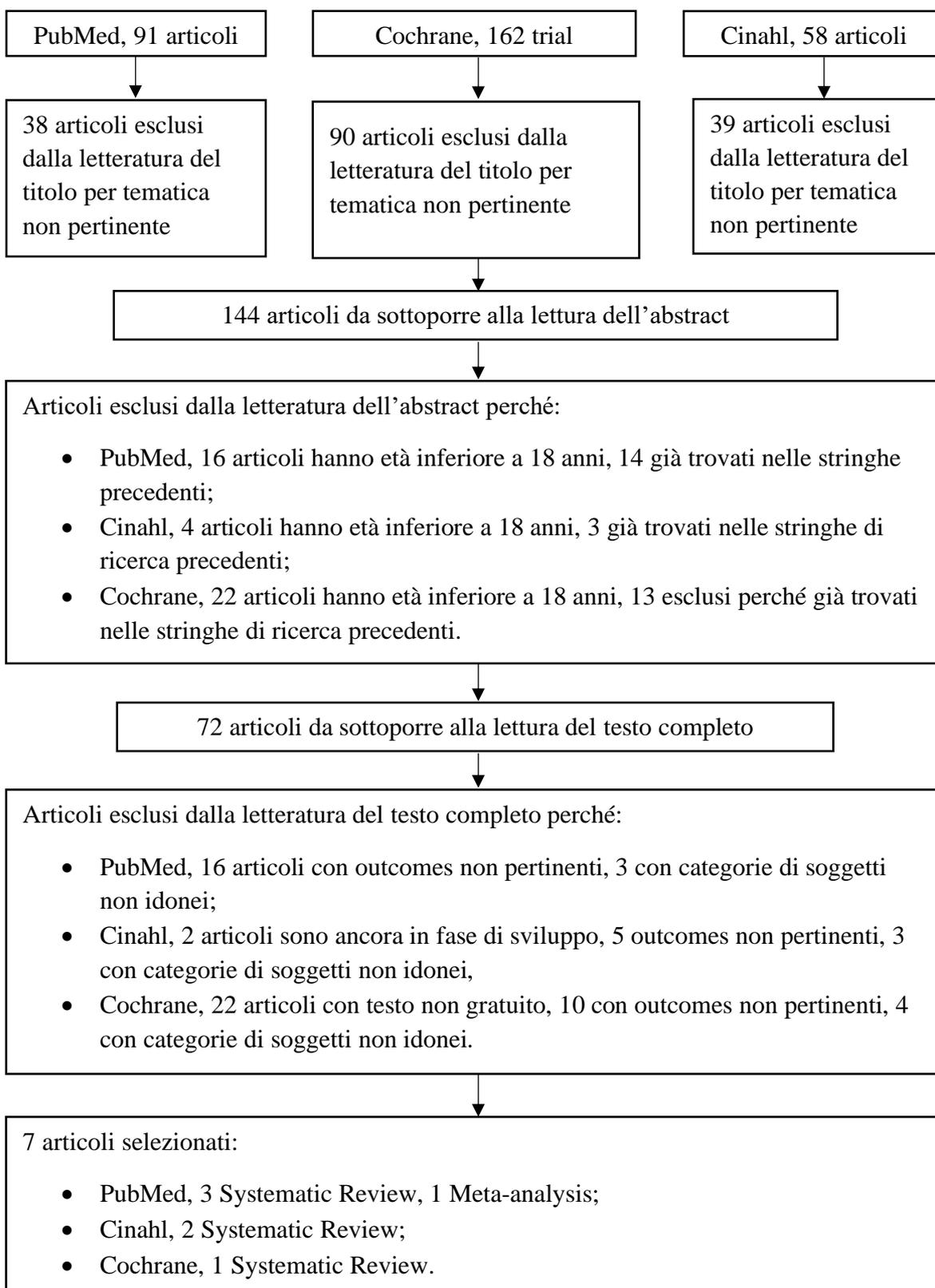
Figura 21.

3.1 Diagramma di flusso di selezione della letteratura

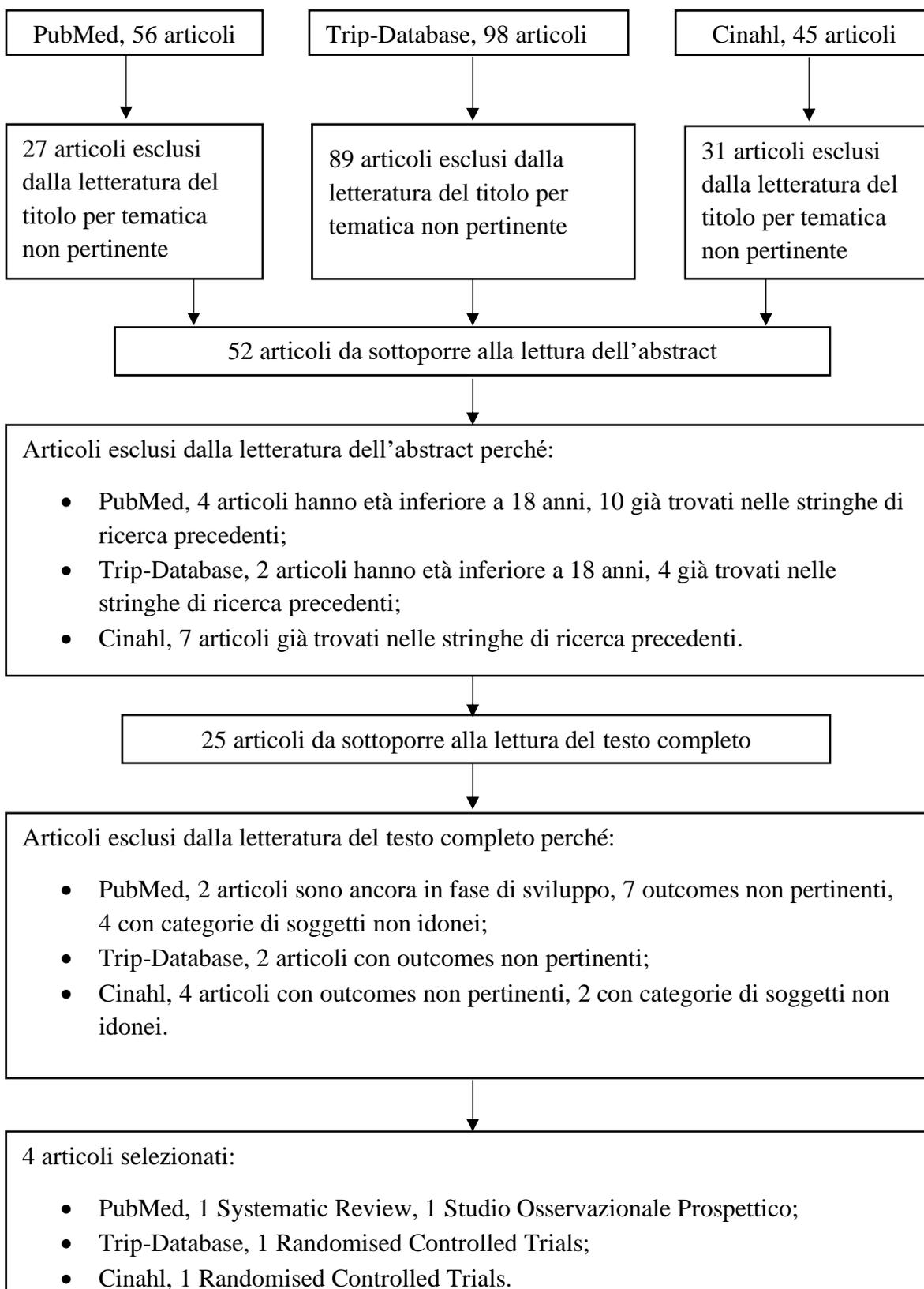
Strategia 1



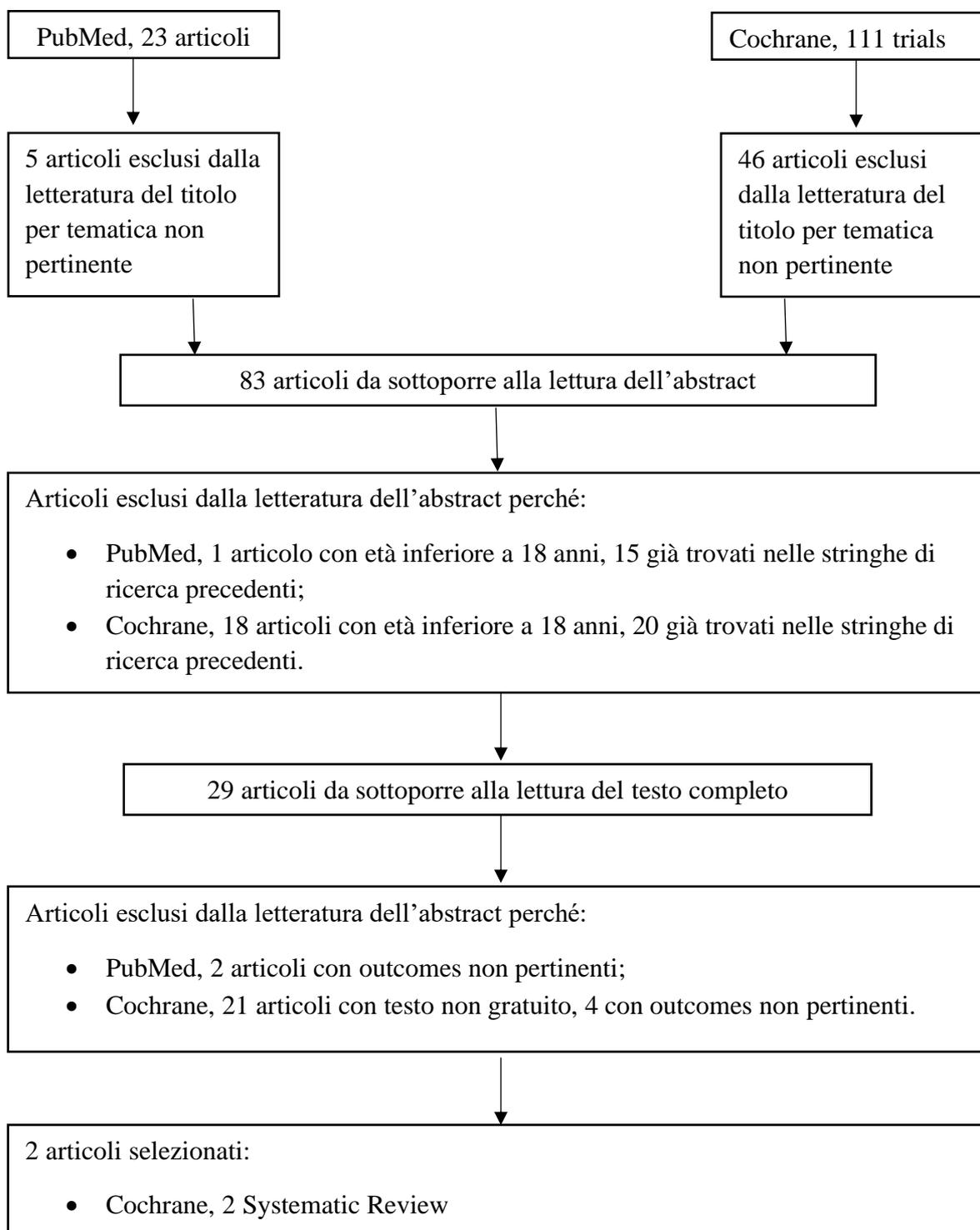
Strategia 2



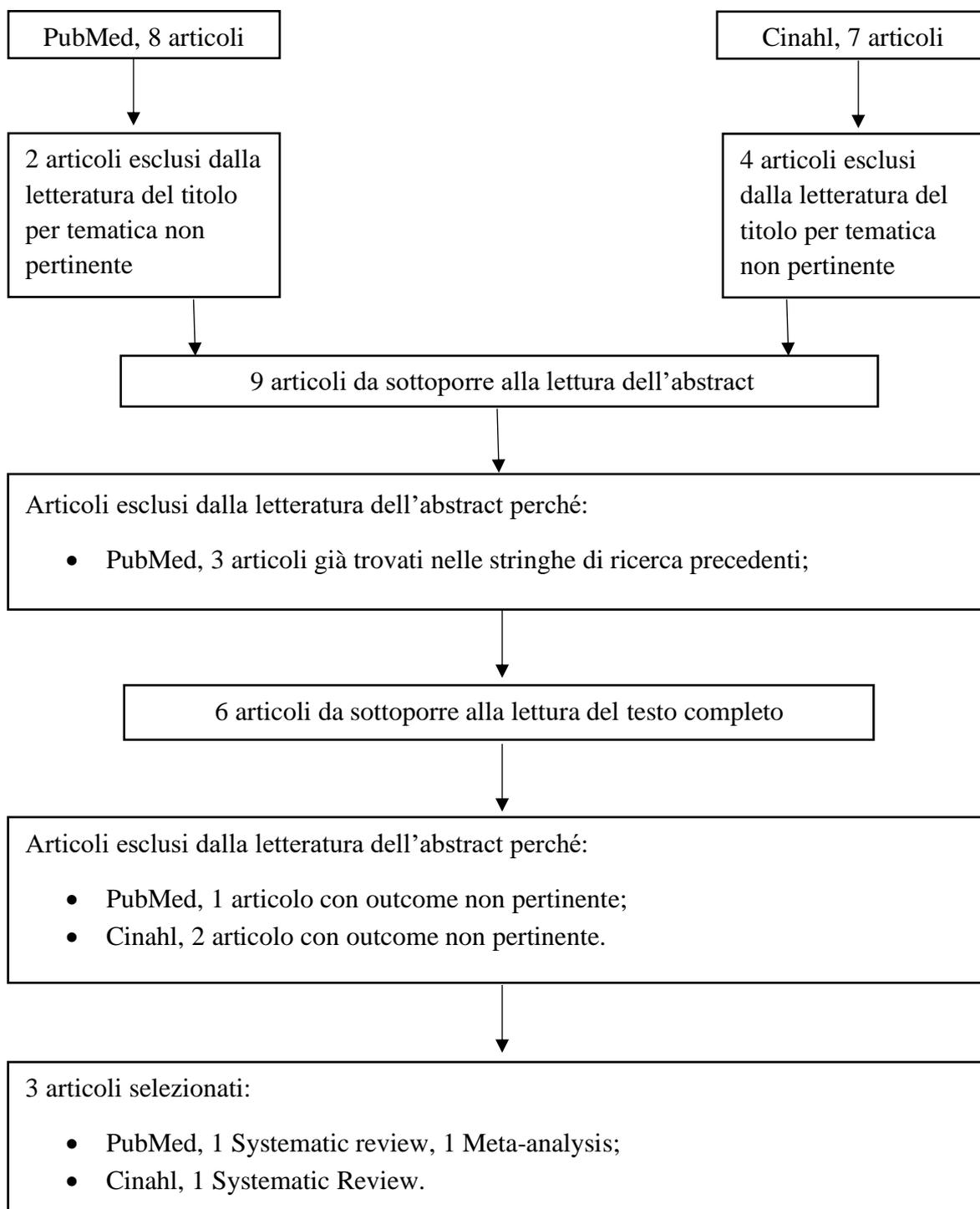
Strategia 3



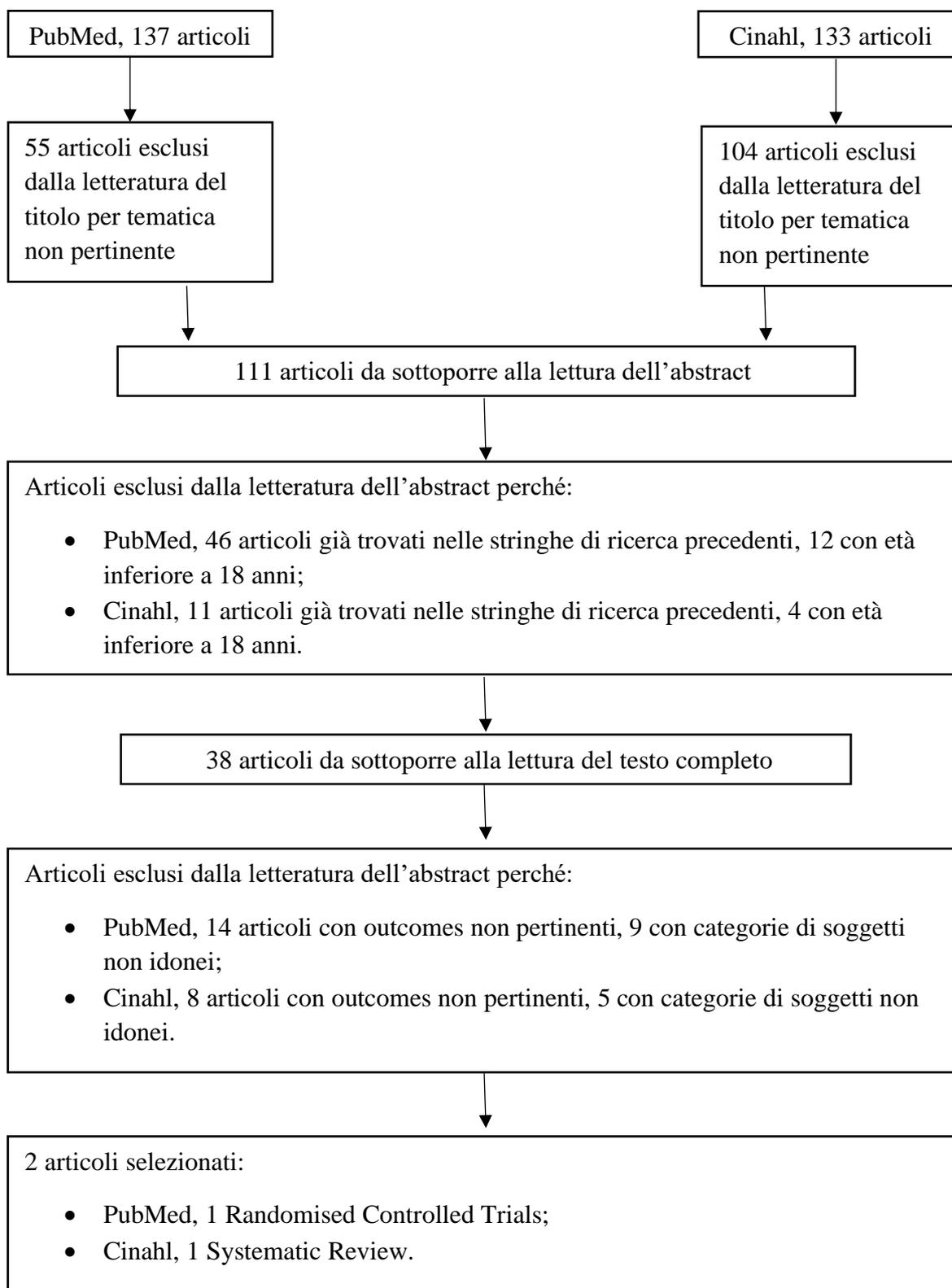
Strategia 4



Strategia 5



Strategia 6



CAPITOLO 4 DISCUSSIONE

4.1 Fattori di rischio e predisponenti

Quali sono i fattori che presagiscono e/o contribuiscono all'ideazione e al comportamento suicidario?

In questa revisione tredici studi trattano dei fattori di rischio per il suicidio.

Dodici studi sono Revisioni Sistematiche e uno studio è un Trial Controllato Randomizzato.

- **Età'**: nella revisione di Silke Bachmann (2018) è stato evidenziato che negli adolescenti e nei giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni, la morte per suicidio raggiunge i numeri in assoluto più alti.

Complessivamente, muoiono molti più giovani che anziani per suicidio, ma i numeri relativi per fascia di età sono fino ad otto volte superiore negli anziani.

Allo stesso modo, l'autore sostiene che i bambini e gli adolescenti fino all'età di 15 anni mostrano i più bassi tassi di suicidio globali, che costantemente aumentano successivamente fino all'età di 70 anni o più.

Conejero et al. (2018) hanno riscontrato che gli adulti più anziani sono particolarmente vulnerabili al rischio di suicidio in quanto sono più esposti con l'invecchiamento a deterioramento cognitivo, disturbi neuro-cognitivi, psichiatrici, lutto complicato o traumatico, problemi socio-economici, esclusione sociale, malattie fisiche, disabilità, dolore fisico e psicologico.

Lo studio di Crestani et al. (2019) evidenzia che la vecchiaia è un fattore di rischio per il comportamento suicida. Secondo gli autori la morte di un soggetto più anziano ha un impatto minore sulle persone rispetto alla perdita di una persona più giovane, per questo motivo, il suicidio nella popolazione anziana è un fenomeno spesso ignorato o trascurato, che attira meno attenzione.

Ciò può essere dovuto al suo minor impatto economico sulla società, dato che la maggior parte delle vittime di suicidio più anziane non fa parte della forza lavoro, oppure al fatto che si perdono meno anni di vita.

Nella revisione di Orden et al. (2018), viene sottolineato il fatto che l'aumentato numero di suicidi nella popolazione anziana è legato al graduale aumento dell'aspettativa di vita e al cambiamento del contesto familiare tradizionale. L'inizio della vecchiaia coincide con l'inizio della diminuzione delle capacità psico-fisiche e della perdita di indipendenza, in questo contesto, nascono sentimenti di inutilità, di vuoto, di mancanza di prospettive o di risorse, e gli anziani non sempre sono in grado di contrastarli con nuovi obiettivi e interessi.

A contribuire al sorgere di questi sentimenti c'è anche il cambiamento della famiglia tradizionale, che per l'importanza della produttività e del lavoro, tutti i membri sono sempre più impegnati con meno tempo da dedicare alla parte più debole della famiglia.

Tutti questi fattori contribuiscono a far sì che gli anziani si sentano un peso per la propria famiglia e per la società; pensieri che favoriscono l'ideazione suicidaria.

- **Genere:** Silke Bachmann (2018) ha rilevato che i suicidi completati sono tre volte più comuni nei maschi che nelle femmine, anche se queste presentano un numero di tentativi di suicidio maggiore rispetto agli uomini. Essere un uomo è senza dubbio il fattore di rischio più diffuso a livello mondiale.

Gli stessi dati sono riscontrati anche negli studi di Large et al. (2018), Conejero et al. (2018), Batty et al. (2018), Marek Jarema (2018), Turecki et al. (2016), Roberson et al. (2017) e di Crestani et al. (2019).

Tutti questi studi sostengono che gli uomini hanno un maggior rischio di suicidio rispetto alle donne perché queste ultime hanno acquisito una maggiore capacità di adattamento, la presenza di una rete sociale più duratura e la capacità di potersi occupare di se stesse nelle piccole questioni quotidiane.

Questi stimoli possono agire come un rafforzamento emotivo contro i sentimenti negativi, di inutilità e per l'autostima.

La riluttanza degli uomini a cercare aiuto, a comunicare la loro crisi e il loro maggiore isolamento sociale potrebbe ridurre le possibilità di ottenere aiuto in tempo.

- **Stato socio-economico:** nella revisione condotta da Silke Bachmann (2018), le variabili socio-economiche influenzano fortemente i tassi di suicidio mediati dal loro essere co-determinanti del rischio.

Il basso reddito, la povertà, le disuguaglianze del reddito e dell'accesso alle cure mediche, la disoccupazione, la bassa istruzione, il basso supporto sociale possono portare all'ideazione ed a comportamenti suicidi.

Batty et al. (2018) evidenziano che la bassa posizione socio-economica, indipendentemente dallo status economico del paese in questione, è associata ad un aumento del rischio di suicidio.

Le caratteristiche socio-economiche del paese di residenza, a livello individuale, la classe sociale professionale, l'istruzione e la razza incidono molto sul rischio suicidario. Questo studio ha dimostrato che le persone con un reddito più basso, un'istruzione più elementare o un'occupazione meno prestigiosa hanno circa il doppio del rischio di suicidio rispetto alle altre.

Turecki et al. (2016) hanno analizzato che vi è una notevole variabilità tra i paesi e all'interno di essi, con una differenza anche di 10 volte tra le regioni; ciò è in parte correlato con lo status economico e le differenze culturali.

Lo studio di Roberson et al. (2017) ha sottolineato come importanti fattori di rischio per i comportamenti suicidari la disoccupazione e lo stato economico del paese di residenza; i paesi con reddito troppo alto e troppo basso e i paesi industrializzati hanno un maggiore tasso di suicidio rispetto agli altri.

- **Malattie psichiatriche:** Silke Bachmann. (2018) nel suo studio ha riscontrato che le malattie psichiatriche rappresentano una grande maggioranza di suicidi e tentativi di suicidio; i numeri sono almeno dieci volte più elevati rispetto alla popolazione generale. La percentuale riportata di suicidi completati in questo contesto oscilla tra il 60% e il 98% di tutti i suicidi. La più alta mortalità secondo l'autore era dovuta alla depressione (30%), seguita dai disturbi legati all'uso di sostanze (18%), schizofrenia (14%) e disturbi della personalità (13%). La revisione di Large et al. (2018), dimostra che quasi tutti i disturbi mentali sono associati ad un aumento del rischio di suicidio e che il disturbo mentale è un plausibile predittore di suicidio.

Hanno stimato che ben il 90% dei suicidi nei paesi ad alto reddito sono ad opera di persone con disturbi mentali.

Conejero et al. (2018) hanno analizzato che i disturbi mentali giocano un ruolo costante nel suicidio degli adulti anziani, che oltre ad altre comorbidità, la depressione, il disturbo bipolare, i disturbi d'ansia, il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), i disturbi alimentari, i disturbi di personalità e i disturbi psicotici sembrano avere un forte impatto sul comportamento suicidario.

Marek Jarema (2018) ha evidenziato che il rischio di suicidio sembra essere più alto in coloro che soffrono di disturbi affettivi rispetto alle persone a cui sono stati diagnosticati altri problemi psichiatrici.

Secondo il suo studio il rischio di suicidio dipende principalmente dai sintomi attuali, indipendentemente dalla diagnosi. Alcuni sintomi inoltre possono aumentare tale rischio, quali allucinazioni uditive imperative, l'allucinazione cenestesica o le allucinazioni persecutorie. Il rischio di suicidio può essere aumentato da gravi disturbi d'ansia, tra cui ossessioni e compulsioni, attacchi di panico e fobie sociali.

Batty et al. (2018) hanno dimostrato che le malattie mentali gravi sono forse il più potente fattore di rischio di suicidio e circa il doppio del rischio di togliersi la vita è evidente nelle persone con disturbo post-traumatico da stress e più di 10 volte con il disturbo di personalità borderline.

La revisione di Weber et al. (2017) ha riscontrato che tutti i disturbi psichiatrici sono associati ad un aumento del rischio di ideazione suicida, tentativi e completamenti. Questo rischio è significativamente maggiore durante i periodi attivi di malattia ed è correlato alla gravità della malattia. La mancanza di speranza nell'ambito della depressione aumenta il rischio di suicidio, inoltre i disturbi da abuso di sostanze, tra cui alcool, farmaci e droghe, sono associati ad un aumento del rischio di suicidio, sia nella popolazione adulta che in quella adolescenziale.

Infine gli studi di Turecki et al. (2016) e di Souza Minayo et al. (2017) hanno rilevato che raramente gli atti suicidi sono un atto di libero arbitrio, ma sono, nella maggior parte dei casi, il tragico risultato di disturbi psichiatrici non curati, in quanto queste malattie portano ad una percezione della vita, spesso, fortemente distorta.

Nel contesto della depressione, i problemi privati, professionali o di salute, vengono amplificati e diventano insormontabili.

Nella schizofrenia, le allucinazioni acustiche o le delusioni paranoiche possono indurre un alto livello di sofferenza, portando a ideazioni e comportamenti suicidari.

- **Malattie somatiche:** nella revisione di Silke Bachmann (2018) è stato dimostrato che ogni singola comorbilità aumenta il rischio di suicidio, in particolare nei problemi di salute fisica. Il numero di suicidi è il doppio in soggetto in cui è stato diagnosticato un tumore, l'infezione da HIV, la sclerosi multipla, l'epilessia, il lupus eritematoso sistemico, l'asma e in quelle persone in emodialisi per insufficienza renale; qualsiasi malattia cronica può essere associata ad un elevato rischio di suicidio. Conejero et al. (2018) hanno evidenziato che i disturbi somatici sono un fattore di rischio e possono portare a comportamenti suicidari.

Le disabilità funzionali e specifiche condizioni fisiche come cancro, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), malattie epatiche, disturbi genitali maschili e anche il dolore, aumentano il rischio di ideazione suicidaria.

Secondo lo studio di Marek Jarema (2018) ha analizzato che il rischio di suicidio aumenta quando i disturbi psichiatrici sono accompagnati da altre condizioni mediche, specialmente quelle considerate "severe".

Gli studi di Turecki et al. (2016) e di Roberson et al. (2017) hanno dimostrato che fra le principali patologie croniche quali ictus, insufficienza cardiaca, diabete, malattie polmonari, dolore moderato o severo, incontinenza urinaria e qualsiasi diagnosi di malattia terminale, le malattie infettive quali l'HIV e l'infezione da parte del parassita cerebro-topico *Toxoplasma gondii* presentano un elevato aumento di comportamenti suicidari.

Weber et al. (2017) e Crestani et al. (2019) hanno analizzato come la presenza di malattie croniche e debilitanti, spesso accompagnate da difficoltà nelle relazioni sociali, nella partecipazione sociale e da gravi sofferenze psicologiche, si è rivelato un potente movente per il suicidio, soprattutto tra gli uomini.

La revisione sistematica di Pham et al. (2018) ha rilevato che dello 0,2% di oltre tre milioni di pazienti con tumore maligno singolo, di età superiore a 20 anni che hanno completato il suicidio, il 36% si è suicidato entro 1 anno dalla diagnosi e un terzo di questi lo ha fatto entro 1 mese dalla diagnosi. Il tumore coloretale è il principale fattore di rischio per il comportamento suicida, in particolare in quei pazienti con lesioni distali della giunzione retto-sigmoide, che avevano il 56% di probabilità in più di suicidarsi rispetto a quelli con tumori prossimali.

- **Eventi traumatici e stressanti:** Marek Jarema (2018) ha evidenziato che eventi di vita stressanti come il suicidio di una persona cara, comportamenti suicidi in famiglia, molestie sessuali, la stigmatizzazione a causa di un disturbo mentale sono dei fattori predisponenti del comportamento suicidario.

Ovviamente l'autore specifica che il rischio dipende dall'atteggiamento del soggetto nei confronti di questo evento traumatico e in che misura viene percepito come un'esperienza traumatica e come cambia la situazione di vita attuale della persona colpita.

Le revisioni di Roberson et al. (2017) e di Turecki et al. (2016) hanno dimostrato che una storia di violenza familiare, di abuso fisico e sessuale, di trascuratezza e abbandono nell'infanzia, l'esclusione sociale, eventuali precedenti tentativi di suicidio e l'essere esposti al comportamento suicidario da parte di persone vicine, sono importanti fattori di rischio suicidario. Weber et al. (2017) hanno analizzato come l'esposizione diretta ad eventi stressanti come le esperienze dolorose e traumatiche sono associate a ideazioni e comportamenti suicidi. Infine questo studio evidenzia quanto un comportamento suicida è fortemente predetto dal passato della persona e quanto il rischio di suicidio aumenti in presenza di precedenti tentativi.

- **Periodo post-partum:** la revisione di Gelaye et al. (2016) hanno dimostrato che i comportamenti suicidi sono le principali cause di lesioni e di morte materna in tutto il mondo. Secondo questo studio, le donne nel periodo post-partum sono una popolazione vulnerabile, che ha più probabilità rispetto alla popolazione femminile generale di sostenere l'idea del suicidio.

4.2 Categorie a rischio

Quali sono le categorie più a rischio di tentato suicidio?

In questa revisione cinque studi trattano le categorie più a rischio per il suicidio.

Cinque studi sono Revisioni Sistematiche.

Silke Bachmann (2018) nella sua revisione evidenzia alcuni gruppi che meritano una menzione speciale perché sono a rischio ancora più elevato di suicidio: la polizia, i vigili del fuoco, i medici, gli infermieri e altri soccorritori di prima linea così come gli individui nell'esercito; inoltre altre categoria sono i carcerati, le minoranze etniche, i senzatetto e i rifugiati in cerca di asilo, anche perché le differenze culturali tra i paesi possono causare conflitti intrapsichici. Inoltre ha analizzato che le persone lesbiche, gay, transgender e bisessuali sono ad elevato rischio di suicidio; i tentativi di suicidio tra le persone transgender raggiungono il 30 – 50% in alcuni paesi.

Lo studio di Weber et al. (2017) ha dimostrato quanto i veterani di guerra sono una popolazione ad altissimo rischio di suicidio in particolare in quei soggetti affetti da disturbo post-traumatico da stress.

Gli autori inoltre, riferiscono che i membri delle comunità LGBT possono essere a maggior rischio di suicidio, soprattutto se non hanno trovato accettazione all'interno della loro comunità e del loro sistema di supporto principale.

Questo fattore di rischio però deve essere considerato nell'ambiente di vita del soggetto.

Nelle revisioni di Large et al. (2018), di Turecki et al. (2016) e di Orden et al. (2018) vengono analizzate sempre le stesse categorie quali: le minoranze culturali, le forze armate, il personale sanitario, gli anziani e le minoranze sessuali.

Questi studi ribadiscono quanto l'età avanzata, come già spiegato in precedenza, è un importante categoria e fattore di rischio per in suicidio.

4.3 Prevenzione del suicidio

Quali sono gli interventi clinici e gli strumenti più efficaci che mi permettono l'individuazione, la valutazione e il trattamento preventivo del rischio di suicidio / tentato suicidio?

In questa revisione tredici studi trattano degli interventi più efficaci per cercare di valutare e prevenire l'ideazione e il comportamento suicidario.

Dieci studi sono Revisioni Sistematiche, uno studio è una Meta-analisi, un altro è un Trial Controllato Randomizzato e infine l'ultimo è uno Studio Osservazionale Prospettico.

- Tre studi dimostrano una significativa riduzione del suicidio attraverso gli interventi di follow-up. Nella revisione e meta-analisi di Inagaki et al. (2019) sono stati analizzati gli effetti positivi di brevi interventi di contatto (telefono, lettere, cartoline o e-mail) somministrati nel periodo immediatamente successivo ad un tentativo di suicidio, ovvero nel periodo seguente alla dimissione da un reparto di emergenza (Pronto Soccorso). Ha mostrato una riduzione del tasso di comportamenti suicidi ripetuti entro 12 mesi.

I risultati suggeriscono che il contatto attivo attraverso gli interventi di follow-up sono stati efficaci nel prevenire un tentativo di suicidio ripetuto entro 6 mesi in pazienti ricoverati per lesioni da suicidio.

Exbrayat et al. (2017) hanno dimostrato l'efficacia del follow-up telefonico precoce nei pazienti dimessi da un reparto di psichiatria, come fattore di protezione nel diminuire i ripetuti tentativi di suicidio.

Lo studio di Ghanbari et al. (2015) ha riscontrato che il supporto di follow-up tramite visite, posta, messaggi telefonici, telefonate, cartoline postali, schede di crisi, hanno mostrato una significativa diminuzione dei comportamenti suicidi in pazienti appena dimessi dopo ricovero in un reparto psichiatrico o dopo un tentativo di suicidio.

Il rischio di tentato suicidio è elevato subito dopo la dimissione con un aumento significativo durante il primo mese e la prima settimana; questo tasso è più di cento volte superiore a quello della popolazione generale.

Lo studio mostra che i controlli telefonici hanno impedito che il 36% dei tentativi di suicidio si ripetessero; in particolare le telefonate regolari sono efficaci nel mitigare il rischio di tentativi di suicidio, tanto che il 78,8% dei pazienti che ricevono un follow-up telefonico lo ha espresso come utile, il 40,4% come effetto sulla loro vita e il 29,4% lo ha considerato positivamente sulla prevenzione dei tentativi di suicidio.

- Tre studi evidenziano un'importante diminuzione dei tentativi di suicidio attraverso l'utilizzo di approcci psicologici per il trattamento della suicidalità.

La revisione di Jobes et al. (2015) ha analizzato l'efficacia di tre trattamenti psicologici clinici per ridurre il rischio di suicidio: la Terapia Dialettica del Comportamento (DBT), la Terapia Cognitiva per la Prevenzione del Suicidio (CT-SP) e la Valutazione e la Gestione Collaborativa della Suicidalità (CAMS).

La DBT è una forma di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) originariamente progettata per trattare le persone suicide e autolesioniste che soddisfano i criteri per il disturbo di personalità borderline; mantiene le componenti di trattamento comportamentale della formazione delle competenze e della motivazione al cambiamento, ma ci sono componenti che la rendono distinta dalla CBT tradizionale. In particolare, il DBT è un trattamento comportamentale orientato al cambiamento; l'approccio dialettico del DBT utilizza un focus sull'accettazione quando un paziente si sente incompreso e adotta un focus sul cambiamento quando un paziente ha bisogno di motivazione.

Il trattamento si compone di tre parti distinte: (a) formazione delle competenze attraverso una terapia individuale o di gruppo strutturata; (b) rafforzamento delle competenze e superamento delle barriere alla motivazione nella psicoterapia individuale; e (c) applicazione delle competenze nella vita quotidiana attraverso il contatto telefonico con lo psicoterapeuta. Inoltre, c'è un'ampia consultazione di gruppo per aiutare il terapeuta a mantenere l'attenzione e l'aderenza al trattamento. Inoltre, mentre la validità del DBT per i comportamenti suicidi è stata ben stabilita, la sua efficacia fino ad oggi è stata in gran parte limitata ai campioni di sesso femminile. Ciò è significativo per il fatto che i maschi costituiscono la percentuale più alta di suicidi compiuti, con circa l'80% di maschi.

La Terapia Cognitiva per la Prevenzione del Suicidio (CT-SP) è una forma di psicoterapia cognitivo-comportamentale, specifica per il suicidio, con una forte validazione empirica.

L'approccio CT-SP cerca di ridurre i fattori di rischio per il suicidio e di migliorare l'eliminazione dei comportamenti suicidi come obiettivo primario del trattamento. Un principio centrale è che una persona con tendenze suicide continuerà ad avere fattori di stress e problemi che hanno scatenato comportamenti suicidi in passato, ma con efficaci capacità di gestione, questi fattori di stress e problemi non funzioneranno più come fattori scatenanti di comportamenti suicidi.

L'obiettivo principale di questo approccio è quello di identificare i trigger prossimali che mettono il paziente in modalità suicida. Con questa enfasi in mente, l'obiettivo è quello di affrontare i deficit più gravi che il paziente ha nelle sue capacità di sopportazione. Quindi, i modelli di pensieri, comportamenti e interazioni interpersonali sono indirizzati a rafforzare queste aree carenti.

Le tecniche impiegate alla fine della cura comprendono una nuova strategia di prevenzione delle ricadute che utilizza immagini guidate e l'uso inventivo di un kit di speranza che serve come aiuto alla memoria per evitare comportamenti suicidi.

E' stato dimostrato che i pazienti in condizioni di CT-SP erano meno probabili del 50% di compiere un tentativo di suicidio ripetuto, inoltre i pazienti sono risultati meno depressi e più speranzosi a seguito del trattamento.

Hanno evidenziato una diminuzione del 60% dei tentativi di suicidio.

Un altro intervento specifico per il suicidio con un ampio supporto empirico è la Valutazione collaborativa e la gestione della suicidalità (CAMS) .

Il CAMS è una struttura terapeutica specifica per il suicidio che viene descritta come non convenzionale, in quanto una serie di orientamenti teorici e tecniche cliniche possono essere incorporate nell'approccio.

Le CAMS adottano un approccio fenomenologico per comprendere la suicidalità di un paziente, che porta a una pianificazione del trattamento specifico per il suicidio che enfatizza l'uso di un piano di stabilizzazione ambulatoriale e l'identificazione e il trattamento di comportamenti suicidi definiti dal paziente.

Nell'ambito delle cure guidate da CAMS, la collaborazione è la chiave per rafforzare l'alleanza terapeutica e motivare il paziente come membro fondamentale del team di trattamento.

L'elemento centrale delle CAMS è l'uso di uno strumento multifunzionale per la valutazione, la pianificazione del trattamento, il monitoraggio e l'esito, chiamato Suicide Status Form (SSF), che funge da tabella di marcia clinica e guida questo intervento specifico per il suicidio. Lo studio ha scoperto che i pazienti con CAMS sono migliorati significativamente di più in termini di ideazione suicida, disagio generale dei sintomi, speranza e soddisfazione del paziente.

Anche gli studi di Gøtzsche et al. (2017) e di Inagaki et al. (2019) dimostrano l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale riduce i tentativi di suicidio in persone con precedenti tentativi di suicidio.

- Sei studi analizzati dimostrano una diminuzione dei tentativi di suicidio.

Large et al. (2018) hanno rilevato una notevole importanza nell'utilizzo delle misure universali per prevenire il suicidio. Queste strategie sono: la sostituzione del gas naturale con il gas carbone, la regolamentazione delle armi da fuoco, la tendenza a vietare l'uso di pesticidi altamente pericolosi in molti paesi, la riduzione delle confezioni di analgesici, la sostituzione di barbiturici con le benzodiazepine, il posizionamento di barriere nei punti caldi di salto, misure per diminuire il consumo di alcolici e un'implementazione nella formazione del personale sanitario nel valutare questi soggetti a rischio. Attraverso l'utilizzo di queste strategie si è valutata una notevole riduzione dei tentativi di suicidio. Inoltre gli autori mostrano come potenziali misure preventive il miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria, la riduzione della disoccupazione e le misure per ridurre lo stigma associato all'accesso alle cure psichiatriche; queste misure sarebbero molto efficaci se applicate, ma a causa del loro costo elevato sono molto difficili da mettere in atto.

Lo studio di Weber et al. (2017) ha evidenziato che le armi da fuoco rappresentano il 55% dei suicidi nei maschi, mentre l'avvelenamento è il mezzo di suicidio più comune nelle femmine. Dimostra che una restrizione ai mezzi letali di suicidio riveste un ruolo importantissimo nella prevenzione del rischio suicidario.

Le armi da fuoco sono di particolare importanza, in quanto rimangono il metodo suicida più comune e rappresentano più del 50% delle morti per suicidio, seguite da soffocamento, impiccagione, avvelenamento e overdose.

Se le armi rimangono in casa, devono essere scaricate, chiuse a chiave e conservate separatamente dalle munizioni. Inoltre è stato dimostrato che limitare l'accesso a droghe e alcol riduce il tasso di suicidio per tutte le fasce di età.

Le revisioni di Silke Bachmann (2018), Tureki et al. (2016), Souza Minayo et al. (2017) e di Batty et al. (2018) dimostrano che la prevenzione primaria e secondaria svolgono un ruolo chiave nella riduzione del comportamento suicidario.

La prevenzione primaria si basa sul blocco dell'accesso ai seguenti mezzi: veleno, farmaci potenzialmente tossici, ponti, edifici, armi da fuoco e ferrovie.

Inoltre sottolineano che i media dispongono di una leva importante per influenzare i tassi di suicidio. La loro segnalazione può o meno incoraggiare il suicidio copione (effetto Werther). Gli autori hanno suggerito l'implementazione di linee guida per giornalisti e l'OMS ha pubblicato le rispettive fonti per i giornalisti.

Un'altra misura per ridurre i tassi di suicidio è l'implementazione di programmi di sensibilizzazione alle comunità, alle scuole e nei posti di lavoro.

La prevenzione secondaria si basa sul sistema sanitario; ogni operatore sanitario dovrebbe essere consapevole del fatto ed essere addestrato a reagire adeguatamente. È fondamentale la formazione del personale sanitario sui segnali di pericolo di un tentato suicidio e su come reagire in caso di un atto suicidario.

- Quattro studi hanno valutato l'efficacia delle principali scale di valutazione del rischio di suicidio. La revisione di Marek Jarema (2018) ha analizzato i principali strumenti per la valutazione del rischio di suicidio, in particolare per la "valutazione della gravità delle attuali intenzioni suicide", la Scala di Beck per l'Idea Suicida (SSI); si compone di 19 voci, ciascuna con un punteggio da 0 (assente) a 2 (grave). Per creare questa scala, hanno testato l'ipotesi che il sentimento di disperazione sia più strettamente associato ai pensieri suicidi che alla gravità della depressione. La scala dedicata ad una popolazione selezionata è, ad esempio, la Scala InterSePT per la valutazione del rischio di suicidio nei pazienti schizofrenici.

Comprende 12 elementi, ciascuno di un diverso livello di verifica e si è rilevato un utile strumento clinico. Tuttavia secondo l'autore 3 scale meritano particolare attenzione: il Suicide Opinion Questionnaire (SSQ), il Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT) e l'Attitudes Toward Suicide (ATTS). L'autore dopo l'analisi di queste scale ha concluso che nessuno strumento (scale) è realmente adatto per la valutazione del rischio suicidario, in quanto la valutazione del rischio di suicidio è difficile e deve tener conto di diversi fattori; non solo dello stato mentale del paziente, ma anche della sua situazione personale, del sostegno sociale, delle comorbilità, ecc. Per questo l'uso di strumenti specifici per la valutazione del rischio di suicidio può essere utile per il clinico, ma nessuna di queste misurazioni ha un'elevata validità predittiva.

La revisione di Weber et al. (2017) ha analizzato l'efficacia e la sensibilità di due scale di valutazione per il rischio di suicidio. Il primo strumento analizzato è il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), è una scala di refertazione rapida e soggettiva che può essere incorporata nella cartella clinica. La seconda scala analizzata è stata la Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), è un questionario che si compone di due parti: "pensieri suicidi" e "comportamenti suicidi", che può aiutare a valutare la possibilità di un suicidio e formare un resoconto dettagliato delle idee o dei comportamenti suicidi di un individuo. Negli studi, ha riportato una sensibilità del 67%, valori predittivi positivi del 14% e valori predittivi negativi del 98%.

Ci sono una moltitudine di fattori che devono essere considerati per valutare adeguatamente il rischio suicidario per questo l'uso delle scale è molto limitato.

Lo studio di Emily-May Barlow (2016) ha dimostrato che il suicidio è un fenomeno complesso per questo l'uso esclusivo degli strumenti di valutazione del rischio per prevedere il futuro suicidio hanno poco valore predittivo e che le decisioni cliniche non dovrebbero essere limitate agli strumenti di valutazione del rischio.

Sostiene che gli strumenti di valutazione possono essere troppo semplicistici e meccanici, ma possono anche strutturare la valutazione e informare il piano di trattamento, quindi il loro reale valore è nel processo piuttosto che nel punteggio. L'autore in conclusione sottolinea l'importanza del giudizio clinico e di un processo decisionale astuto per la valutazione del rischio di suicidio da parte del personale sanitario.

Ferrara et al. (2020) hanno dimostrato la validità e l'affidabilità della versione italiana della scala "Nurses' Global Assessment of Suicide Risk" come supporto alla valutazione infermieristica dell'ideazione suicidaria nelle persone affette da disturbi mentali, in particolar modo in fase di acuzia, ricoverate in SPDC nel contesto italiano.

La NGASR-ita è composta dai 15 item dello strumento originale, che indagano la sfera psicosociale e quella patologica della persona; tutti gli items prevedono una risposta dicotomica, cinque di questi attribuiscono un punteggio di 3 se presenta la situazione/caratteristica descritta e di 0 se assente, mentre i restanti 10 items hanno come punteggio 1 se presente la situazione o di 0 in caso contrario.

Il punteggio complessivo che esprime il livello globale di rischio, varia da 0 a 25.

Un punteggio ≤ 5 indica un livello di rischio basso, un punteggio tra $6 < e \leq 8$ indica un livello di rischio medio, un punteggio tra $9 < e \leq 11$ indica un livello di rischio alto e infine un punteggio ≥ 12 indica un livello di rischio molto alto.

I livelli di rischio sono stati valutati utilizzando i criteri definiti dagli autori della scala:

la sensibilità, la specificità, il valore predittivo positivo e il valore predittivo negativo.

Questi criteri sono stati calcolati al fine di indagare la predittività dello strumento, ovvero la sua capacità di predire l'evoluzione del fenomeno oggetto di studio.

Gli alti valori di "specificità" (78,51%) e del "valore predittivo negativo" (97,94%) ottenuti dalla NGASR-ita permettono da un lato di identificare una grossa percentuale di "veri negativi" ovvero coloro che effettivamente non presenteranno condotte suicidarie, dall'altro di inquadrare correttamente come "non a rischio" la quasi totalità dei soggetti che non hanno poi commesso condotte autolesive; questo conferma la buona capacità della scala di distinguere i pazienti a rischio dagli altri.

L'unico parametro non soddisfacente dello studio è rappresentato dal valore predittivo positivo (23,53%) che suggerisce la tendenza della scala a sovrastimare il problema inquadrando come a rischio soggetti che poi effettivamente non hanno mostrato una reale o perlomeno immediata intenzione suicidaria o gravemente autolesiva.

Pur non essendo ancora oggi disponibili evidenze esaustive rispetto alla prevenzione della condotta suicidaria, questo studio ha messo a disposizione della categoria professionale uno strumento valido e affidabile, in grado di supportare l'infermiere nella complessa valutazione dell'intenzionalità suicidaria.

4.4 Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione dei comportamenti suicidari

Qual' è il ruolo e l'importanza dell'infermiere nella prevenzione del rischio suicidario?

In questa revisione quattro studi evidenziano il ruolo dell'infermiere nella prevenzione dell'ideazione e dei comportamenti suicidari nei pazienti a rischio.

Due studi sono Revisioni Sistematiche e gli altri due sono Trial Controllati Randomizzati.

- Nella revisione di Bolster et al. (2015) viene dimostrato che l'infermiere esercita in prima linea un ruolo importantissimo nell'identificazione e nell'intervenire sui pazienti con tendenze suicide in quanto hanno il maggior numero di opportunità di essere a contatto con un paziente a rischio.

Questo studio evidenzia che la maggior parte degli infermieri ha poca o nessuna formazione su come valutare, trattare o indirizzare un paziente con tendenze suicide e a causa di questa mancanza, gli infermieri si sentono poco preparati e hanno paura di parlare ai pazienti del suicidio.

Lo studio ha analizzato che una volta che gli infermieri vengono addestrati nella valutazione del suicidio, si rendono conto che non è diverso dalla valutazione per qualsiasi altro tipo di malattia e sono quindi in grado di aiutare coloro che sono a rischio di tentato suicidio.

I programmi di prevenzione primaria hanno lo scopo di impedire alle persone di tentare o completare il suicidio, l'obiettivo della prevenzione secondaria è quello di evitare che coloro che hanno tentato il suicidio in precedenza si suicidino.

Hanno riscontrato che educare il personale sanitario sul riconoscimento della depressione e sul trattamento della depressione diminuisce i tassi di suicidio.

Gli infermieri sono considerati in prima linea nella prevenzione dei suicidi, sia a livello primario che secondario, per la loro significativa quantità di contatto con i pazienti.

L'evidenza suggerisce che la mancanza di conoscenza, di formazione e gli scarsi atteggiamenti degli infermieri nei confronti del paziente suicida spesso hanno un impatto negativo sull'erogazione dell'assistenza sanitaria e sulla sicurezza del paziente.

Attraverso programmi di formazione che educano i sanitari al riconoscimento dei segnali di pericolo, sulla gestione e sul trattamento di questi soggetti a rischio, si è osservato un notevole miglioramento nella valutazione e nella gestione dei pazienti con comportamenti suicidi.

- Roberson et al. (2017) ha rilevato che gli infermieri sono la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio. In particolare gli infermieri psichiatrici sono i principali fornitori di cure per i pazienti suicidi, che comprendono interventi di emergenza, educazione in generale sul suicidio e nella post-dimissione, dopo il tentativo di suicidio. Gli autori hanno dichiarato che più del 45% di tutte le persone che muoiono per suicidio hanno visitato il loro fornitore di cure primarie entro un mese dalla loro morte. Le aree in cui gli infermieri possono intercedere e fare la differenza sono: l'osservazione di eventuali cambiamenti dell'umore o del comportamento del paziente e segnalare se si notano segnali di avvertimento.

Rendere capace il paziente e i familiari di riconoscere che i disturbi fisici, la depressione o altri problemi di salute mentale possono essere un fattore predisponente l'adito suicidario e infine fornire ai famigliari o al caregiver informazioni sul rischio di suicidio, come gestirlo e come cercare di prevenirlo in ambiente extra-ospedaliero.

In questo studio molti infermieri riferivano di non sapere cosa dire ad un paziente che ha tentato il suicidio e quindi sceglievano di rimanere in silenzio, in quanto temevano di peggiorare la situazione e causare ulteriori problemi.

L'atteggiamento e le convinzioni degli infermieri riguardo al suicidio hanno un impatto significativo sulla cura erogata a questi soggetti.

I fattori psicosociali come le emozioni, le esperienze personali, le convinzioni i valori e i giudizi, compromettono la gestione e la cura del paziente.

L'atteggiamento negativo impatta sulla qualità delle cure e provoca nei pazienti sentimenti di inutilità, di rifiuto e di disperazione.

È cruciale che gli infermieri sappiano rapportarsi a questi soggetti nel migliore dei modi attraverso un'adeguata formazione e che siano in grado di riconoscere tempestivamente segni e sintomi palesi e occulti di comportamenti suicidari.

- Il trial di Freitas Silva et al. (2018) ha analizzato che i professionisti dell'assistenza primaria svolgono un ruolo chiave nell'individuazione precoce e nella prevenzione dei comportamenti suicidi.

La necessità di avere professionisti nel campo della salute pubblica adeguatamente preparati è fondamentale per prevenire i comportamenti suicidi.

Molti infermieri incontreranno persone vulnerabili a rischio di suicidio nel corso della loro vita e indipendentemente dall'ambiente, dovrebbero rendersi conto che la maggior parte delle persone con tendenze suicide può sopravvivere e continuare a vivere attraverso un adeguato lavoro di prevenzione sul paziente.

- Hagen et al. (2017) nel loro trial, hanno evidenziato quanto la cura dei pazienti con comportamenti suicidi sia uno dei compiti più impegnativi per gli infermieri di salute mentale nei reparti psichiatrici e di quanto può essere difficile prevenire gli atti suicidi.

La prevenzione del suicidio nei servizi di salute mentale comporta valutazioni del rischio di suicidio che non dovrebbero essere basate solo su fattori di rischio standard, ma anche sui segni di avvertimento: “cosa sta facendo il mio paziente” (segni osservabili) o dicendo (sintomi espressi), che aumentano il suo rischio di morire per suicidio.

Gli infermieri forniscono la maggior parte dell'assistenza diretta ai pazienti e hanno l'opportunità di identificare i segni di suicidio e di prevenire comportamenti suicidi, attraverso un'osservazione attenta, riconoscendo i segnali di pericolo, utilizzando le loro capacità di intervista e raccogliendo informazioni sui segnali di suicidio.

La valutazione continua dei pazienti durante tutta la permanenza in ospedale sembra importante per identificare tempestivamente il mutevole stato d'animo del paziente. Tuttavia, alcuni infermieri non sono adeguatamente istruiti e formati per le valutazioni dei suicidi.

Questo studio ha sottolineato l'importanza di quanto gli infermieri si devono impegnare a realizzare una stretta relazione con il paziente suicida, in cui il paziente si sente confermato come un essere umano significativo e viene spostato da una posizione orientata alla morte a una posizione orientata alla vita attraverso il processo di riconnessione con l'umanità.

Tuttavia, i pazienti hanno riferito che le esperienze di non essere stati sufficientemente curati (ad esempio, mancanza di conferma, non essere visti) hanno portato ad un aumento del comportamento suicida durante il ricovero in ospedale.

La cura dei pazienti suicidi è emotivamente impegnativa, e il tentativo di suicidio/autolesionismo evoca sentimenti dolorosi nei professionisti.

Per questo motivo è fondamentale un'adeguata educazione, formazione, supervisione e supporto del personale sanitario.

Fornendo una cura attenta e conoscendo i pazienti, gli infermieri e il personale sanitario hanno l'opportunità di riconoscere e rispondere alle espressioni di disagio mentale delle persone a rischio, che sono possibili segnali di pericolo di suicidio o di autolesionismo.

4.5 Conclusioni

La presente tesi ha permesso di redigere una sintesi di quanto la ricerca ha prodotto negli ultimi 5 anni.

La revisione indaga le categorie più vulnerabili e i fattori di rischio principali legati al fenomeno suicidario; inoltre ha analizzato l'efficacia di alcuni interventi clinici e sociali e di alcuni strumenti principali per la valutazione del rischio suicidario, al fine di prevenire i tentativi di suicidio.

Lo scopo era quello di verificare se la conoscenza dei principali fattori scatenanti o predisponenti l'ideazione suicidaria e l'utilizzo di interventi preventivi basati sulle evidenze scientifiche, producessero una riduzione ed un miglioramento del fenomeno del suicidio.

Rispetto agli outcomes che riguardano il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del comportamento suicidario, i dati emersi sottolineano l'importanza di educare gli infermieri ed il personale sanitario in modo che siano competenti nel fornire un'adeguata assistenza ai pazienti con ideazione o comportamento suicida.

Gli studi evidenziano che la formazione dovrebbe essere obbligatoria e disponibile nei programmi per gli studenti di infermieristica e di medicina; gli standard educativi relativi alla formazione per la valutazione e la gestione dei comportamenti suicidari dovrebbero essere stabiliti e incentrati sulle migliori pratiche basate sulle prove di efficacia.

La letteratura suggerisce che, con l'aumento del numero degli infermieri e dei professionisti sanitari addestrati alla prevenzione del suicidio, si possono salvare più vite.

La formazione universitaria e a livello delle strutture sanitarie dovrebbe diventare un obiettivo primario in tutto il mondo per prevenire i suicidi e migliorare la cura dei pazienti. Questa formazione dovrebbe: ridurre le difficoltà associate alla valutazione del suicidio, chiarire la complessità di questo fenomeno e migliorare la capacità di utilizzare le abilità terapeutiche efficaci per ottenere una valutazione più accurata possibile. (Freitas Silva et al. 2018, Bolster et al. 2015, Emily-May Barlow 2016, Souza Minayo et al. 2017).

Gli outcomes relativi agli interventi preventivi intra e post-ospedalieri hanno dimostrato un miglioramento attraverso la terapia cognitivo-comportamentale, interventi di contatto attivo e interventi di follow-up per i pazienti con tendenze suicide ricoverati in reparti di emergenza o di psichiatria, per prevenire ripetuti tentativi di suicidio durante il periodo a più alto rischio, ovvero nei 6-12 mesi successivi alla dimissione.

Gli studi raccomandano di attuare questi tipi di interventi per ridurre i tentativi di suicidio dei pazienti in tutti i reparti di psichiatria e di emergenza. (Ghanbari et al. 2015, Exbrayat et al. 2017, Inagaki et al. 2019, Gøtzsche et al.2018).

Questi documenti sollecitano il fatto che sono necessari ulteriori studi con più pazienti e in più centri per esaminare popolazioni di soggetti più varie, per confrontare in modo più accurato gli attuali trattamenti e per determinare quali fattori di follow-up sono più efficaci di altri.

In questo studio gli outcomes relativi all'uso di scale/strumenti di valutazione per predire il rischio suicidario sono stati molto limitati.

Quattro studi sottolineavano che nessuna scala era realmente adatta per la valutazione del rischio suicidario, in quanto il suicidio è un fenomeno complesso, difficile da valutare e che deve tener conto di diversi fattori.

Per questo l'uso di strumenti specifici per la valutazione del rischio di suicidio può essere utile per il clinico, ma in realtà, nessuna di queste misurazioni ha un'elevata validità predittiva.

L'individuazione dei soggetti a rischio rappresenta il primo passo di un percorso continuo e strutturato, caratterizzato dall'implementazione di interventi multiprofessionali, volti alla prevenzione e alla riduzione delle condotte suicidarie.

È necessario creare all'interno di ogni realtà sanitaria un protocollo di gestione condiviso tra tutti gli attori del processo clinico assistenziale per poter ridurre e prevenire realmente i comportamenti suicidari.

Il protocollo dovrebbe prendere in considerazione molteplici aspetti, quali ad esempio: la gestione della sicurezza degli ambienti, la collocazione in stanze idonee di pazienti a maggior rischio di suicidio, il coinvolgimento della famiglia del paziente, senza trascurare l'acquisizione da parte degli operatori di adeguati strumenti conoscitivi atti ad affrontare adeguatamente la relazione d'aiuto con la persona. (Marek Jarema 2018, Weber et al. 2017, Emily-May Barlow 2016, Ferrara et al. 2020).

Per quanto riguarda gli outcomes inerenti ai fattori di rischio, i dati emersi hanno riportato, in quasi tutti gli studi, gli stessi fattori di rischio predisponenti.

La revisione ha concluso che l'identificazione dei fattori di rischio associati al suicidio gioca un ruolo fondamentale per lo sviluppo di strategie preventive al fine di ridurre i comportamenti suicidari e per la gestione e valutazione più adeguata dei soggetti più a rischio.

Gli studi hanno dimostrato che il comportamento suicida sembra essere il prodotto dell'interazione di molti fattori, come malattie psichiatriche, somatiche, croniche, eventi dolorosi/traumatici della vita o ancora dovuti a fattori sociali comparsi in un momento cruciale della vita di un individuo vulnerabile.

Sebbene non esista un algoritmo efficace per prevenire il suicidio nella pratica clinica, un miglior riconoscimento e comprensione dei fattori clinici, psicologici, sociologici e biologici può facilitare l'individuazione di persone ad alto rischio e aiutare nella selezione del trattamento più idoneo ed efficace. (Pham et al. 2018, Crestani et al. 2019, Silke Bachmann 2018, Turecki et al. 2016).

Tuttavia, questa ricerca ha dimostrato che attraverso specifici interventi sia a livello clinico che sociale il suicidio può essere prevenuto.

Gli interventi più efficaci si sono dimostrati:

una migliore formazione dei professionisti sanitari per identificare le persone più a rischio, nonché per valutare e gestire le eventuali crisi, fornire un'adeguata assistenza di follow-up, affrontare il modo in cui questo evento viene riportato dai media e l'applicazione di misure per ridurre il rischio suicidario, come la limitazione all'accesso ai potenziali mezzi di suicidio, il consumo eccessivo di alcolici, l'abuso di droghe e l'esclusione sociale, inoltre è efficace implementare la fornitura di meccanismi di sostegno dopo i tentativi di suicidio e per le persone in lutto a causa del suicidio, come ad esempio le linee telefoniche di supporto emotivo.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Batty G.D. ET AL., *Psychosocial characteristics as potential predictors of suicide in adults: an overview of the evidence with new results from prospective cohort studies*, 2018.
- Bolster C. ET AL., *Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show?*, 2015.
- Conejero I. ET AL., *Suicide in older adults: current perspectives*, 2018.
- Crestani C. ET AL., *Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study*, 2019.
- Definizione di “Suicidio” –
http://www.treccani.it/enciclopedia/suicidio_%28Universo-del-Corpo%29/
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- De Leo D, Pavan L. et al. (2002). Il suicidio. In Cassano GB, Pancheri P. et al. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, 2393-2416.
- Emily-May Barlow, *How is clinical decision making used when assessing the suicide risk for in-patients?*, 2016.
- Eurostat: “Almost 60.000 suicides in the UE” –
<https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Eurostat: “Death due to suicide, by sex” –
<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en>
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Eurostat: “Suicide death rate by age group” –
<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default/bar?lang=en>
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Eurostat: “Suicides involving railways (ERA data)” –
https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=tran_sf_railsu&lang=en
Ultimo accesso 28 aprile 2020.

- Exbrayat S. ET AL., *Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study*, 2017.
- Ferrara P. ET AL., *La valutazione infermieristica del rischio suicidario nella persona ricoverata in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: validità predittiva della versione italiana della Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR-ita)*, 2020.
- Gelaye B. ET AL., *Suicidal Ideation in Pregnancy: An Epidemiologic Review*, 2016.
- Ghanbari B. ET AL., *Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review*, 2015.
- Gøtzsche P.C. ET AL., *Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review*, 2017.
- Hagen J. ET AL., *Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor*, 2017.
- Inagaki M. ET AL., *Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and metaanalysis*, 2019.
- ISTAT: “Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio: le statistiche dell’Istat.” Tavole, 9 settembre 2017. <https://www.istat.it/it/archivio/203366>
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- ISTAT: “La salute mentale nelle varie fasi della vita”: testo integrale, anni 2015 / 2017 - <https://www.istat.it/it/archivio/219807> Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Istituto Superiore di Sanità: “Salute Mentale” – Il fenomeno suicidario in Italia - <https://www.epicentro.iss.it/mentale/SuicidiItalia2014>
Epicentro, ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Istituto Superiore di Sanità: “Salute Mentale” – Oms, suicidi: la dimensione del problema – <https://www.epicentro.iss.it/mentale/schedasuicidi>
Epicentro, ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Jobes D.A. ET AL., *Psychological Approaches to Suicide Treatment and Prevention*, 2015.
- Large M.M. ET AL., *The role of prediction in suicide prevention*, 2018.

- Manuale MSD – “Comportamento suicidario” –
<https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicidario-e-atto-autolesionistico/comportamento-suicidario>
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Manuale MSD – “Disturbi psichiatrici” –
<https://web.archive.org/web/20151016161812/http://www.ms-italia.it/altre/manuale/sez15/1901658.html> Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Marek Jarema., *Are we able to evaluate suicide risk?*, 2018.
- Minayo M.C.S. ET AL., *Study of scientific publications (2002-2017) on suicidal ideation, suicide attempts and self-neglect of elderly people hospitalized in Long-Term Care Establishments*, 2017.
- OMS: “Global Health Observatory (GHO) data” – Suicide rates (per 100 000 population) – https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- OMS: “Global Health Observatory (GHO) data” – World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs –
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- OMS: “Global Health Observatory Map Gallery” –
<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/> Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- OMS: “Mental Health” – Quality of suicide mortality data –
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/mortality_data_quality/en/
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- OMS: “Mental Health” – Suicide data –
https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- OMS: “Suicide” – <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
Ultimo accesso 28 aprile 2020.

- OMS: “Suicide in the world: global health estimates” –
<https://www.who.int/publications-detail/suicide-in-the-world>
Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Orden K.V. ET AL., *Late-Life Suicide Prevention Strategies: Current Status and Future Directions*, 2017.
- Pavan L. (1999). Suicidio. In Trattato Italiano di Psichiatria. 2° ed., Masson, Milano, pp. 2392- 422.
- Pham T.T. ET AL., *Clinical and epidemiological factors associated with suicide in colorectal cancer*, 2018.
- Pompili M., Imperio T., Erbutto D.: “Depressione e Suicidio”. Tratto da: “Depressione Volume 1” in “Focus on brain”. Rivista di neuroscienze, n. 3 Febbraio 2018 <https://focusonbrain.com/la-rivista/numero-3/contributo-esperti/depressione-e-suicidio/> Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Roberson C. ET AL., *Suicide Assessment and Prevention*, 2017.
- Schneidman ES (1985). Definition of suicide. John Wiley & Sons, New York.
- Silke Bachmann., *Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective*, 2018.
- Silva P.F. ET AL., *KNOWLEDGE OF THE NURSING TEAM AND COMMUNITY AGENTS ON SUICIDE BEHAVIOR*, 2018.
- SPS: “Servizio per la Prevenzione del Suicidio” – A cura di M. Pompili – Cenni sul suicidio
http://www.prevenireilsuicidio.it/index.php?option=com_content&view=article&id=23:cenni-sul-suicidio&catid=2&Itemid=102 Ultimo accesso 28 aprile 2020.
- Turecki G. ET AL., *Suicide and suicidal behaviour*, 2016.
- Weber A.N. ET AL., *Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation*, 2017.

