

Progetto per lo sviluppo di "Linee Guida per la prevenzione del suicidio nei pazienti psichiatrici" a cura della Società Italiana di Psichiatria

a cura del gruppo di lavoro composto da:
Siracusano, Tatarelli, Girardi, Pompili, Sarchiapone

Premessa

Una stima OMS che tiene conto dell'invecchiamento della popolazione (le persone in età avanzata hanno un maggior tasso di suicidio) e di altri fattori afferma che, se non si interviene con politiche adeguate, nel 2020 i morti per suicidio nel mondo potrebbero essere 1,53 milioni.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in generale, i **fattori di rischio** variano per continenti e Paesi diversi, secondo variabili culturali, sociali ed economiche. I disturbi psichici sono associati al 90% dei suicidi: in particolare, depressione, schizofrenia, disturbi della personalità; e poi abuso di sostanze, alcolismo (tra il 5-10% di chi è dipendente si toglie la vita...), malattie fisiche croniche e dolorose, cancro e HIV in primis, ma anche disturbi neurologici. Tra i fattori ambientali, problemi di relazione e familiari, violenze subite, lutti, divorzi e separazioni, altri eventi traumatici recenti, solitudine. Influiscono in modo rilevante le condizioni economiche, tracolli finanziari, povertà, disoccupazione, emigrazione. Sono fattori di rischio alcune occupazioni che mettono in contatto con sostanze letali (medici, farmacisti, agricoltori...) e, in generale, la disponibilità di mezzi a commettere suicidio, l'esposizione a comportamenti suicidari altrui e un precedente tentativo di suicidio: il 10-14% di chi ha tentato il suicidio si toglie la vita.

I **fattori di protezione** riconosciuti, d'altra parte, sono le buone relazioni familiari, una forte consapevolezza del proprio valore e la fiducia in se stessi, ma anche la capacità di chiedere aiuto, di confrontarsi con gli altri e di imparare.

Altri fattori sono l'interiorizzazione di valori e tradizioni della propria cultura, una rete di buone relazioni con amici, vicini, compagni di lavoro o di scuola, l'integrazione nel lavoro, nelle attività culturali e di tempo libero o anche fattori ambientali come l'assenza dell'uso di droghe o tabacco, mangiare e dormire in modo corretto, una buona attività fisica e la presenza della luce del sole.

In **Italia** si valutano tra **3.500 e 4.000 suicidi ogni anno**. I dati epidemiologici sui suicidi e i tentativi di suicidio provengono dall'Autorità giudiziaria (verbali e rapporti di Polizia e Carabinieri) o da quella Sanitaria (secondo i dati elaborati dall'Istituto di statistica sanitaria tratti dai certificati di morte). Tali dati sono spesso non coerenti tra loro e sono, per parere unanime degli esperti, sottostimati (soprattutto quelli fornito dall'Autorità Giudiziaria): generalmente vengono aggiornati con un ritardo di almeno 2-3 anni. **Nel 2004 i suicidi "ufficiali" sono stati, per l'Istat, 3.265** (758 donne e 2.507 uomini), con **un tasso di 5,6 su 100.000 persone**, con prevalenza del Nord Est e valori molto più bassi nell'Italia Meridionale. La regione che appare con il più alto tasso è il Friuli Venezia Giulia - con il 9,8 - e la più bassa la Campania, con il 2,6.

Nel 2004 meno dell'1% dei suicidi aveva sotto i 18 anni, poco meno di due terzi erano in età lavorativa (dai 18 ai 64 anni) e oltre un terzo aveva superato i 65 anni. **La tendenza al suicidio aumenta in percentuale all'aumentare dell'età**. Tra i principali "moventi", così definiti dai verbali delle forze dell'ordine, si rilevano la malattia psichica, presente in circa

metà dei casi, motivi affettivi, economici, malattie fisiche e un obsoleto “motivi d’onore”. La celebre meta-analisi di Harris e Barraclough (1997) ha ampiamente dimostrato come i disturbi psichiatrici siano un fattore di rischio importante per il suicidio, che ne rappresenta la più grave complicanza.

Ruolo dello psichiatra nella valutazione del rischio di suicidio

(Pompili, Tatarelli, 2007)

- a) Risulta necessario fare attenzione alla complessità del suicidio (numerosi sono i fattori contribuenti; Tabella 1).

Tab. 1. Valutazione del rischio di suicidio

-
- ◇ Identificare i vari fattori che contribuiscono alla crisi suicidaria
 - ◇ Condurre una valutazione psichiatrica completa, identificando i fattori di rischio e i fattori di protezione distinguendo quelli modificabili e quelli non modificabili
 - ◇ Chiedere direttamente sul suicidio
 - ◇ Determinare il livello di rischio: basso, medio, alto
 - ◇ Determinare il luogo e il piano terapeutico
 - ◇ Indagare l’ideazione suicidaria presente e passata, così pure intenti, gesti o comportamenti suicidari; indagare sui metodi usati; determinare il livello di *hopelessness*, anedonia, sintomi ansiosi, motivi per vivere, abuso di sostanze, ideazione omicida
 - ◇ Segnali d’allarme: esprimere sentimenti suicidi o riferirsi al tema del suicidio; disfarsi di cose di valore, sistemare affari in sospeso, fare un testamento; segni di depressione: umore triste, alterazione delle abitudini del sonno e dell’appetito; cambiamento di comportamento (scarso rendimento scolastico o lavorativo); comportamento ad alto rischio (*high-risk behavior*); aumento del consumo di alcol o droghe; perdita di interesse nell’aspetto esteriore; isolamento sociale; sviluppare un piano specifico per il suicidio.
-

- b) Risulta necessario seguire visita psichiatrica identificando fattori di rischio e fattori protettivi e riconoscere quelli che possono essere modificati da quelli immutabili. Risulta utile chiedere direttamente e indagare specificatamente sul suicidio; determinare il livello di rischio: basso, medio, alto; determinare dove e come fornire la cura; documentare la valutazione (nella tabella 2 vengono elencati vari disturbi psichiatrici e il relativo tasso di suicidio rispetto alla popolazione generale).

Tab. 2 . Rischio di suicidio in varie patologie psichiatriche (Pompili, Tatarelli, 2007)

Disturbo	Rischio relat. (SMR)	(%/year)	Tasso di suicidio Rischio lifetime (%)
Disturbo bipolare	28	0.39	23.4
Depressione grave	21	0.29	17.4
Poliabuso di sostanze	20	0.28	16.8
Disturbi d'ansia gravi	11	0.15	9.0
Depressione moderata	9	0.13	7.8
Schizofrenia	9	0.12	7.2
Disturbi di personalità	7	0.10	6.0
<i>Cancro</i>	2	0.03	1.8
<i>Popolazione generale</i>	1.0	0.014	0.8

SMR = tasso di mortalità standardizzato per il rischio nella popolazione generale, corretto per età e sesso.

Il rischio *lifetime* è basato su un tasso annuo di suicidio per 60 anni di rischio potenziale. Il rischio, nel disturbo bipolare I e II, è simile ma il tasso di suicidi negli uomini è maggiore rispetto a quello nelle donne diagnosticate con disturbo bipolare. La depressione grave comporta il ricovero; la depressione moderata è una stima della depressione maggiore in pazienti ambulatoriali più la distimia. I disturbi d'ansia includono il disturbo di panico con agorafobia e il disturbo ossessivo-compulsivo.

Adattato (Tondo et al., 2003; Harris e Barraclough, 1997)

Linee Guida

Lo scopo delle linee guida è quello di fornire allo psichiatra uno strumento sviluppato sulla base delle conoscenze attuali in materia di prevenzione di suicidio. Nell'ambito di questo progetto vengono forniti i principi della prevenzione del suicidio, i ruoli dei fattori di rischio e di protezione, i segnali d'allarme, la prevenzione nei diversi ambiti terapeutici e la formazione degli operatori. Il progetto è indicativamente organizzato nelle sessioni che seguono:

I. Raccomandazioni introduttive

- A. Definizioni e principi generali
- B. Valutazione ed indagine sul rischio di suicidio
- C. Gestione psichiatrica
- D. Modalità Terapeutiche

II. Valutazione del rischio di suicidio in pazienti psichiatrici

- A. Overview
- B. Condurre una valutazione psichiatrica completa
- C. Indagine specifica su idee, piani e comportamenti suicidari
- D. Classificazione multiassiale delle diagnosi
- E. Stima del rischio di suicidio:
 - nella schizofrenia
 - nel disturbo bipolare
 - nella depressione maggiore
 - nei disturbi d'ansia
 - nei disturbi del comportamento alimentare
 - nei disturbi dissociativi
 - nei disturbi somatoformi
 - nei disturbi di personalità

III. Gestione psichiatrica

- A. Stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica
- B. Mettere al sicuro il paziente
- C. Determinare il luogo della cura
- D. Sviluppare un piano di trattamento
- E. Coordinare le varie figure coinvolte nella cura
- F. Promuovere l'aderenza al piano terapeutico
- G. Educare il paziente e la sua famiglia
- H. Rivalutazione del rischio di suicidio e sicurezza del paziente
- I. Monitorare lo status psichiatrico e la risposta alla terapia

IV. La prevenzione nei diversi ambiti terapeutici

- A. Il rischio di suicidio nel reparto di psichiatria
- B. Il rischio di suicidio nei pazienti ambulatoriali
- C. Il rischio di suicidio in psicoterapia

V. Trattamenti specifici

- A. Terapie farmacologiche ed impiego dell'elettroshock
- B. Psicoterapia.

VI. Documentazione e gestione del rischio

- A. La documentazione del rischio di suicidio nella cartella clinica
- B. Informazione ai familiare e segreto professionale
- C. Implicazioni medico-legali e il rischio professionale dello psichiatra
- D. *Management of Suicide in One's Practice*
- E. *Mental Health Interventions for Surviving Family and Friends After a Suicide*