
La prevenzione dei comportamenti lesivi autodiretti

Bologna, 29 aprile 2010

Obiettivi

- ❑ Elementi di epidemiologia del suicidio in generale e nei setting ospedalieri;
- ❑ Definire la valutazione del rischio di suicidio;
- ❑ Presentare alcune indicazioni di trattamento dei casi di suicidio avvenuti nei servizi.

Il suicidio:

- “Il Suicidio è l’unico grande problema filosofico.”

A. Camus, Il mito di Sisifo

- L’auto uccisione è un fenomeno che accompagna la storia dell’uomo, sebbene il termine suicidio sia stato impiegato per la prima volta nel 17° sec.

Emile Durkheim (1858-1917)

- ha studiato per primo con metodo sistematico il suicidio.
- Lo ha correlato con l'isolamento sociale e la malattia sul piano individuale e **l'anomia** sul piano sociale.

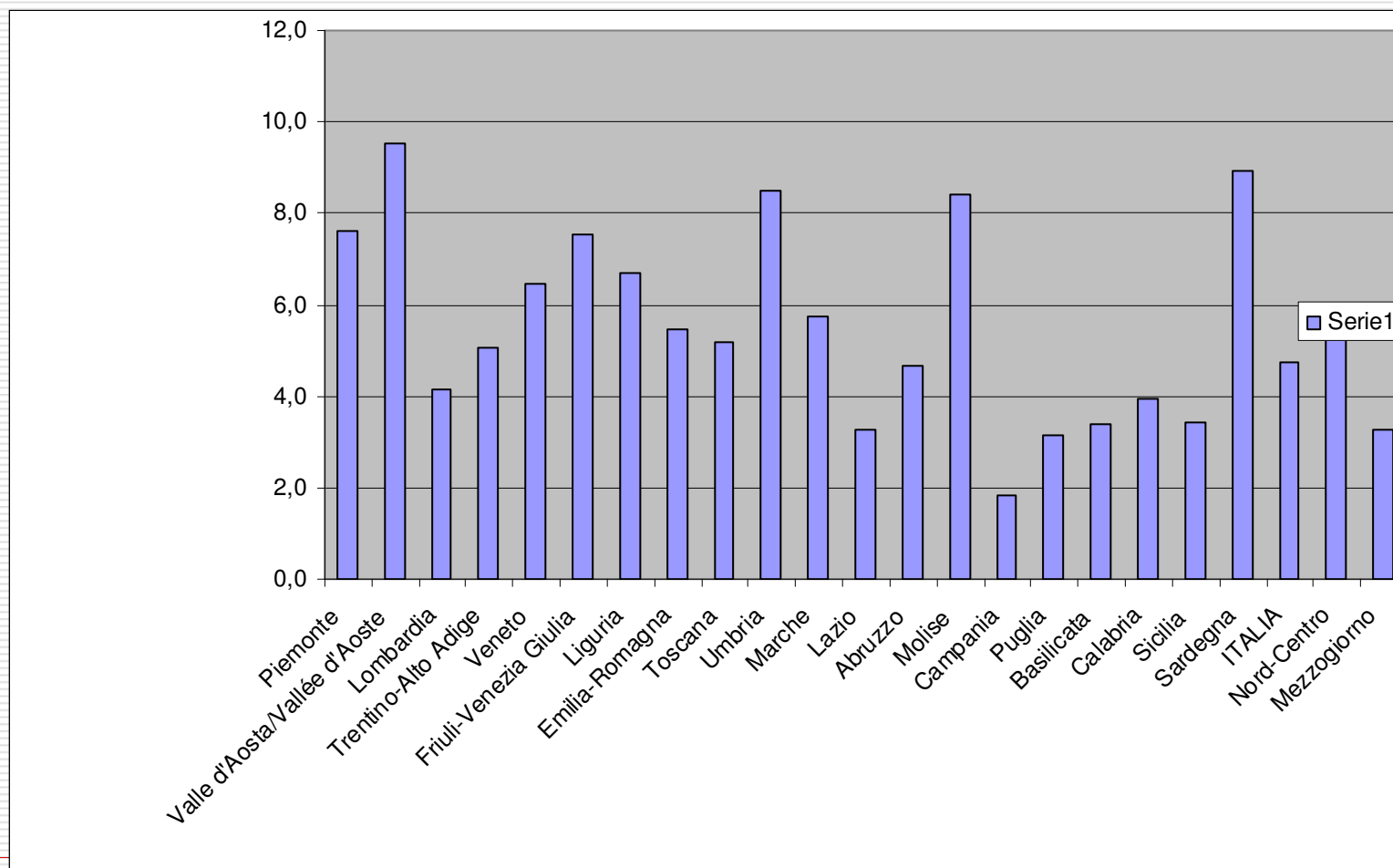


Statistica dei suicidi e dei tentativi di suicidio (1)

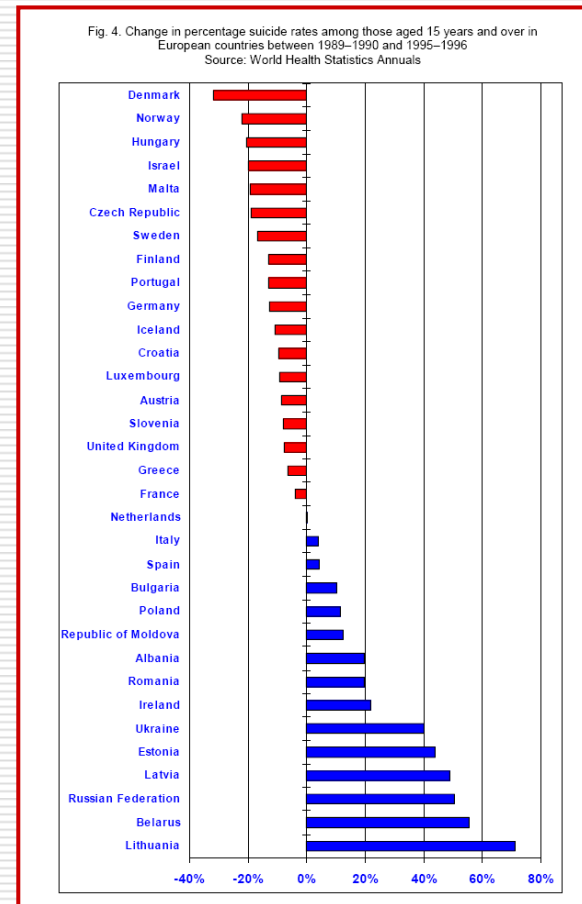
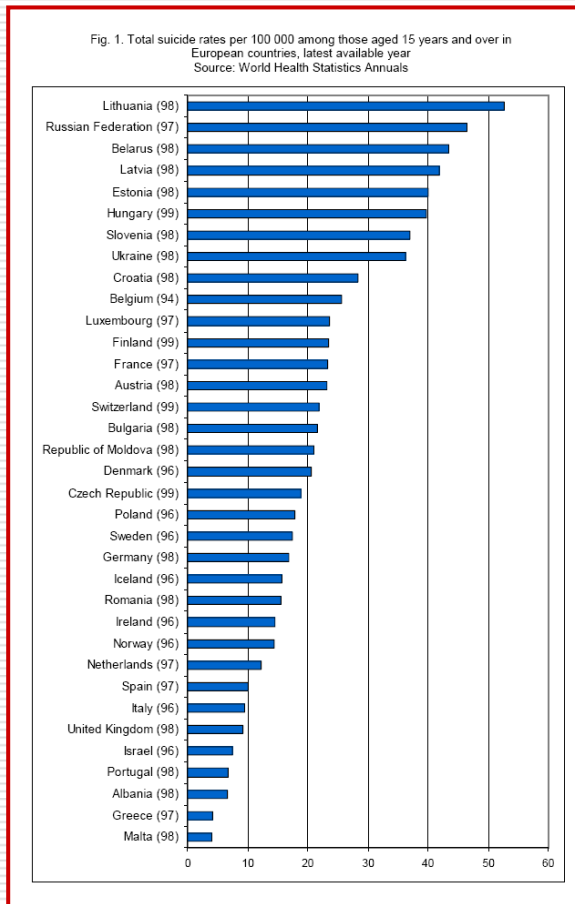
Tavola 7.1 - Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei carabinieri per provincia e regione - Anno 2008

PROVINCE E REGIONI	Suicidi		Tentativi di suicidio	
	N.	Per 100.000 abitanti (a)	N.	Per 100.000 abitanti (a)
Piemonte	335	7,6	277	6,3
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	12	9,5	28	22,2
Lombardia	404	4,1	618	6,3
Trentino-Alto Adige	51	5,1	82	8,1
Veneto	312	6,5	299	6,2
Friuli-Venezia Giulia	92	7,5	138	11,3
Liguria	108	6,7	194	12,1
Piacenza	19	6,7	36	12,8
Parma	14	3,3	15	3,5
Reggio nell'Emilia	21	4,1	31	6,1
Modena	43	6,3	50	7,4
Bologna	82	8,5	79	8,2
Ferrara	1	0,3	3	0,8
Ravenna	30	7,9	36	9,5
Forlì-Cesena	17	4,4	58	15,1
Rimini	7	2,3	14	4,7
Emilia-Romagna	234	5,5	322	7,5
Toscana	191	5,2	218	5,9
Umbria	75	8,5	73	8,3
Marche	89	5,7	135	8,7
Lazio	182	3,3	160	2,9
Abruzzo	62	4,7	65	4,9
Molise	27	8,4	30	9,4
Campania	106	1,8	101	1,7
Puglia	128	3,1	176	4,3
Basilicata	20	3,4	29	4,9
Calabria	79	3,9	69	3,4
Sicilia	172	3,4	212	4,2
Sardegna	149	8,9	101	6,1
ITALIA	2.828	4,7	3.327	5,6
Nord-Centro	2.147	5,5	2.609	6,7
Mezzogiorno	681	3,3	718	3,4

I suicidi in Italia (ISTAT 2008)



The WHO European monitoring survey on national suicide prevention (2000)



Il suicidio e i disturbi mentali

- Il 90% dei suicidi si verifica in presenza di un disturbo mentale;
- Le comorbilità con l'abuso di sostanze incrementano il rischio di suicidio;
- Nei disturbi affettivi il suicidio è più frequente in età adulta; nei disturbi di personalità prevale in gioventù.

Rischio lifetime di suicidio fatale nei principali disturbi psichici

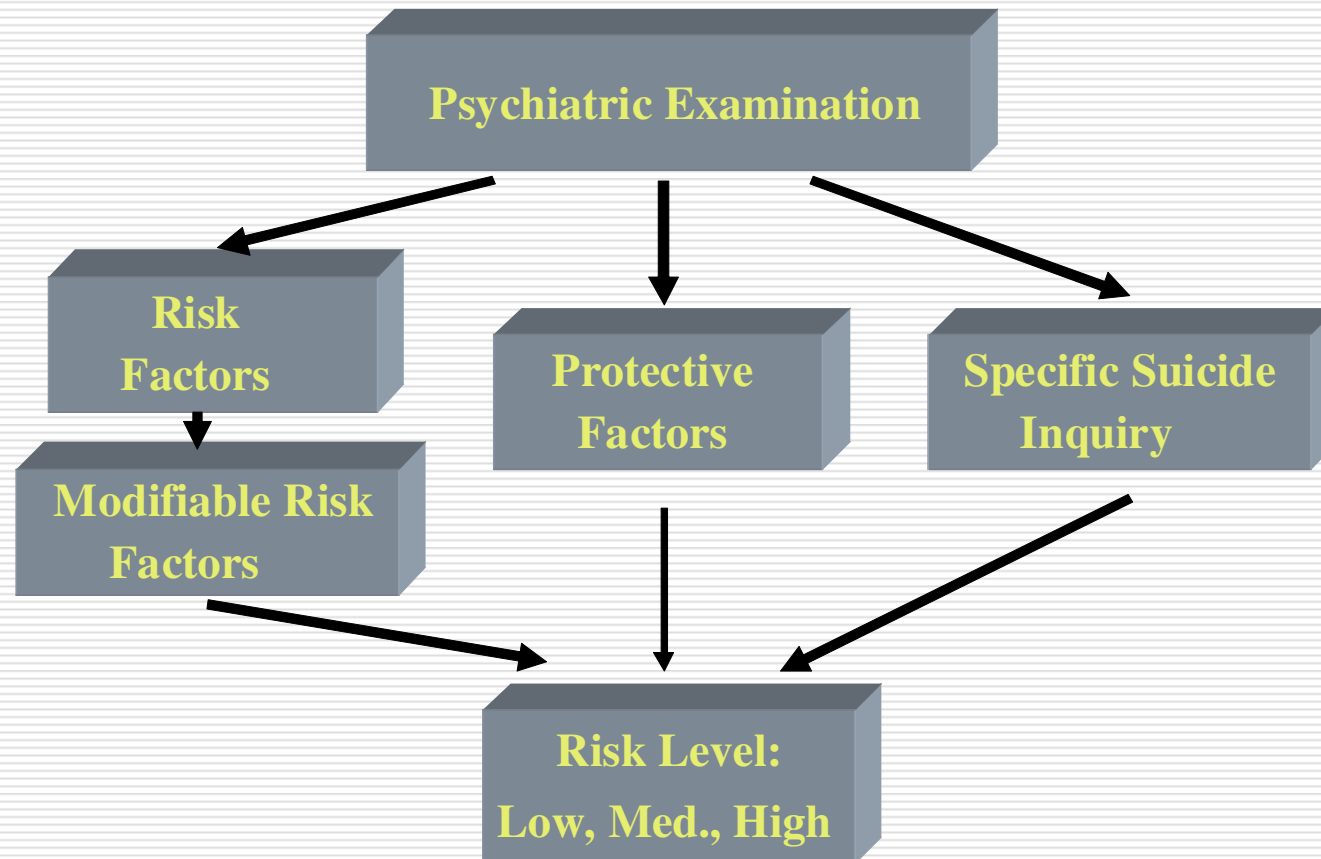
Schizofrenia	5%
Depressione maggiore	3,5 - 6 %
Disturbo Borderline di Personalità	10%

Previsione del suicidio vs Valutazione del rischio di suicidio

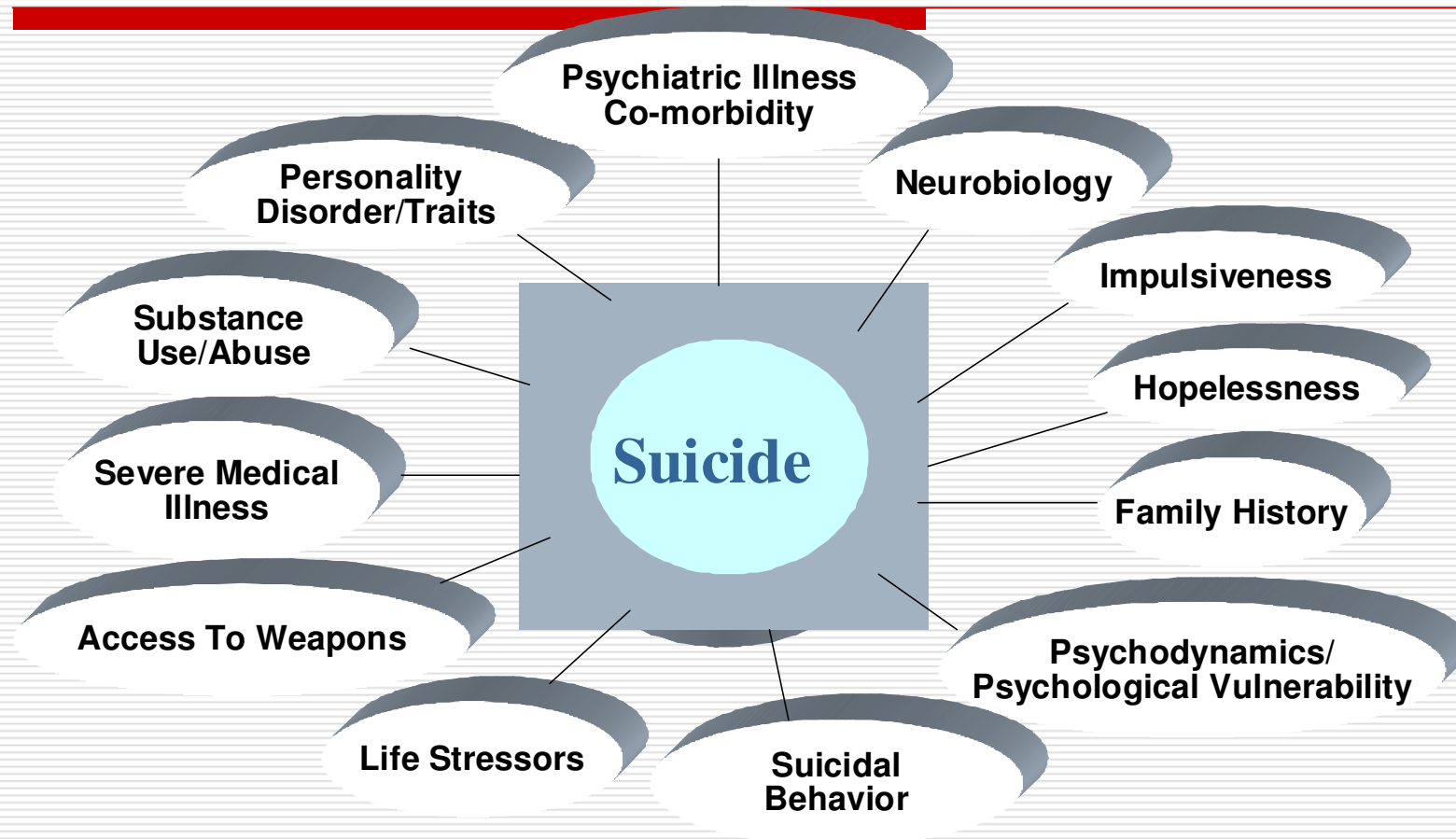
- **Previsione del suicidio** fa riferimento alla anticipazione che un evento suicidario possa avvenire in un dato momento: La previsione è basata sulla presenza assenza di fattori specifici e agisce all'interno della probabilità statistica.
- **La valutazione del rischio suicidario** fa riferimento ad un giudizio clinico espresso sul futuro immediato basato sulla misurazione di un'ampio numero di variabili cliniche. La valutazione del rischio, condotta in modo sistematico è molto più che una mera intuizione; è un procedimento razionale induttivo ed un esercizio necessario per stimare la probabilità dell'evento a breve termine.

Elementi della Valutazione di rischio

- Tenere in conto la complessità dei fattori incidenti (clinici, sociali, psicologici, ambientali);
- Effettuare una accurata valutazione psichiatrica identificando i fattori di rischio e quelli di protezione;
- Distinguere i fattori di rischio modificabili da quelli non modificabili;
- Porre direttamente le domande sul suicidio;
- Stabilire il livello di rischio: basso, medio alto;
- Specificare il piano terapeutico;
- Documentare la valutazione.



Il suicidio è un evento multifattoriale



Principali fattori di rischio

Demografici	Sesso maschile; single; (aumenta con l'età)
Psicosociali	Mancanza di supporto sociale; disoccupazione; parabola sociale; accesso a mezzi idonei
Psichiatrici	Diagnosi psichiatrica; comorbidità
Malattie fisiche	Tumori; HIV/AIDS; insufficienza renale cronica; connettiviti; dolore; malattie del sistema nervoso;
Dimensioni psicosociali	Mancanza di speranza; ansia; panico; agitazione emotiva; autostima diminuita; fragilità narcisistica e perfezionismo
Dimensioni comportamentali	Impulsività; aggressività; ansia severa; attacchi di panico agitazione; intossicazione; precedenti TS.
Dimensioni cognitive	Polarizzazione del pensiero; pensiero automatico
Traumi infantili	Fisici, sessuali, abbandono parentale
Fattori genetici e familiari	Storia familiare di suicidio, di malattia mentale, di abuso

Fattori di Protezione

- Avere dei figli (eccetto psicosi post partum)
- Gravidanza
- Fede religiosa
- Benessere economico
- Capacità di esame di realtà
- Capacità di interagire positivamente con i problemi di adattamento
- Supporto sociale
- Relazione Terapeutica positiva

- I suicidi in Inghilterra e Galles (53 milioni di abitanti) hanno un tasso annuo di circa 10 / 100.000 ab.



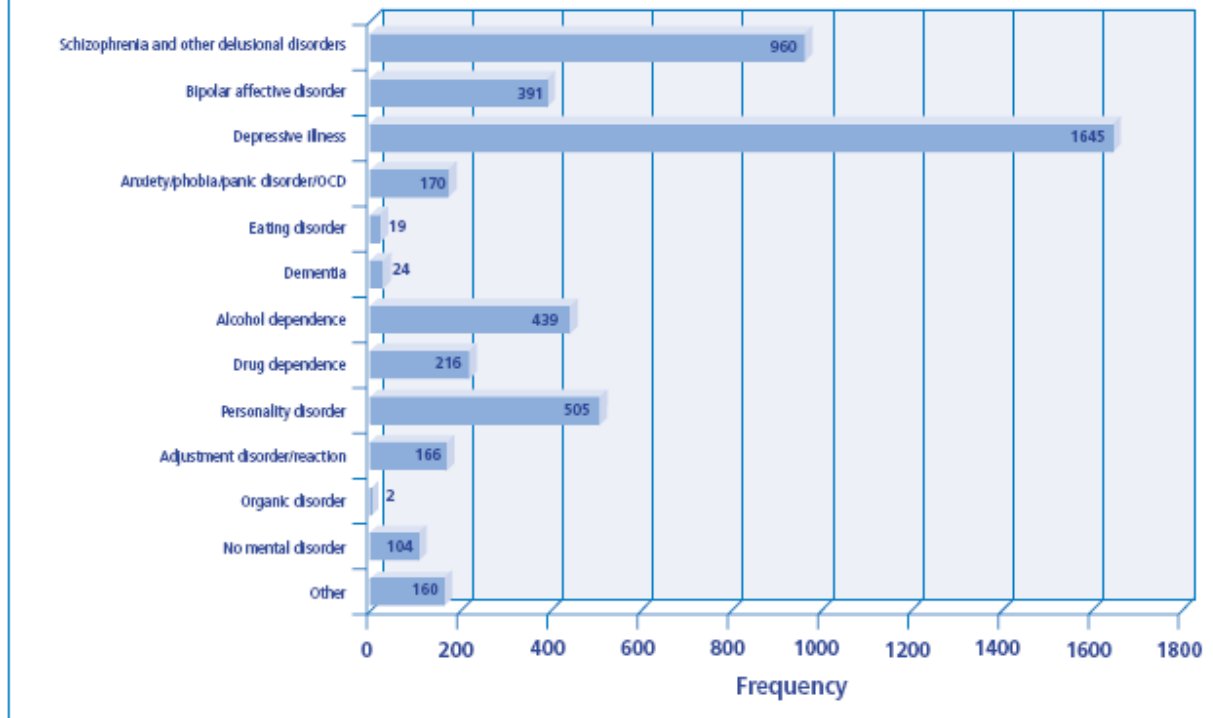
- Tra il 1996 e il 1999 in Inghilterra e Galles ci sono stati 21.000 suicidi;
- Di cui 5.099 erano venuti in contatto con un servizio di salute mentale nell'anno precedente la morte;
- Di questi il 16% (N=754) si sono suicidati nel corso di un ricovero.

SAFETY FIRST

Five-Year Report of the
National Confidential Inquiry
into Suicide and Homicide
by People with Mental Illness

Report 2001

Figure 9: Primary diagnosis (England and Wales Suicide Inquiry cares)



Caratteristiche socio demografiche

- I pazienti che avevano commesso suicidio durante un ricovero (N=754) avevano caratteristiche socio demografiche simili al campione generale (N=5.099).

Table 1: Suicides in contact with services in the 12 months before death (England & Wales)

	Total sample (n=4859)	
	Number	% (95% CI)
Demographic features		
Age: median (range)	41 (13-95)	
Male	3198	66% (64-67)
Ethnic minority	282	6% (5-7)
Not currently married	3405	71% (70-73)
Unemployed/long-term sick	2765	58% (58-60)
Living alone	2006	43% (41-44)

Table 8: In-patient suicides (England & Wales)

	Number	% (95% CI)
	754	16%
Demographic features		
Age: median (range)	39 (17-89)	
Male	485	64% (61-68)
Ethnic minority	53	7% (5-9)
Not currently married	553	74% (71-77)
Unemployed/long-term sick	487	65% (62-69)
Living alone	290	39% (35-42)

Caratteristiche cliniche

- Dal punto di vista clinico erano più gravi , 34% avevano diagnosi di schizofrenia.

Table 1: Suicides in contact with services in the 12 months before death (England & Wales)

	Total sample (n=4859) Number	% (95% CI)
Diagnostic features		
Primary diagnosis		
<i>Schizophrenia & other delusional</i>	960	20% (19-21)
<i>Affective disorder (bipolar & dep.)</i>	2036	42% (41-44)
<i>Alcohol dependence</i>	439	9% (8-10)
<i>Drug dependence</i>	216	4% (4-5)
<i>Personality disorder</i>	505	11% (10-11)
Any secondary diagnosis	2460	52% (51-54)
Duration of history (under 12 months)	1000	21% (20-23)
Over 5 previous admissions	712	16% (15-17)
Last admission was a re-admission	478	17% (15-18)

Table 8: In-patient suicides (England & Wales)

	Number 754	% (95% CI) 16%
Clinical features		
Primary diagnosis		
<i>Schizophrenia & other delusional</i>	259	34% (31-38)
<i>Affective disorder (bipolar & dep.)</i>	341	45% (42-49)
<i>Alcohol dependence</i>	12	2% (1-2)
<i>Drug dependence</i>	10	1% (1-2)
<i>Personality disorder</i>	67	9% (7-11)
Any secondary diagnosis	393	53% (49-56)
Duration of history (under 12 months)	166	22% (19-25)
Over 5 previous admissions	198	31% (27-34)

Aspetti comportamentali

- Tassi maggiori di TS, atti di violenza, ospedalizzazioni.
- Meno significativo l'abuso di sostanze, nelle differenze con il campione totale.

Table 1: Suicides in contact with services in the 12 months before death (England & Wales)

	Total sample (n=4859)	
	Number	% (95% CI)
Behavioural features		
History of self-harm	3077	64% (63-66)
History of violence	920	19% (18-21)
History of alcohol misuse	1899	40% (38-41)
History of drug misuse	1348	28% (27-30)

Table 8: In-patient suicides (England & Wales)

	Number	% (95% CI)
	754	16%
Behavioural features		
History of self-harm	560	75% (72-78)
History of violence	202	27% (24-30)
History of alcohol misuse	244	33% (29-36)
History of drug misuse	224	30% (27-33)

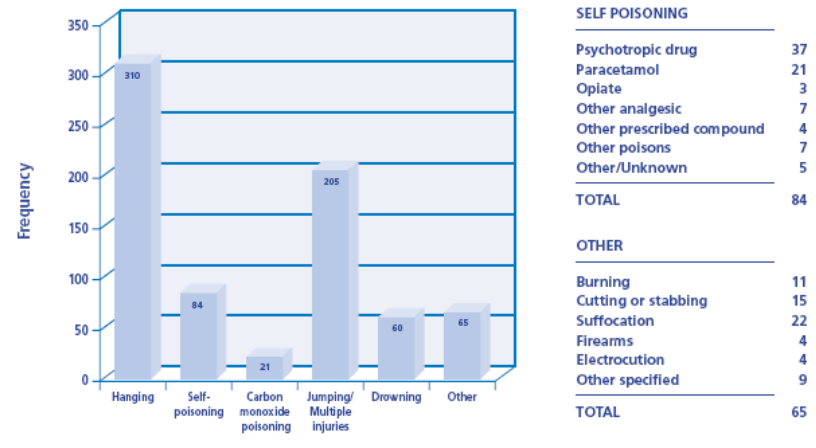
Metodo

- Impiccagione :42%;
- Defenestrazione o lanciarsi contro un un veicolo in movimento 27%;
- Overdose 11 %.

- **Quando il metodo era l'impiccagione**, il cappio più comunemente era una cintura e il punto d'attacco un gancio di tendaggio;

- **Quando il metodo era l'overdose**, il tipo di sostanza più comunemente assunto erano psicofarmaci.

Figure 19: Cause of death (England and Wales In-patient suicides)



-
- I suicidi che si sono verificati all'interno dei reparti nel 74% erano da impiccagione, il 9% a avvelenamento e il 6% da soffocamento.
 - Lanciarsi da un'altezza o contro un veicolo generalmente accadeva a distanza dall'area ospedaliera.

Timing

- ❑ Il 24 % dei suicidi ha avuto luogo nel corso della prima settimana di ricovero;
- ❑ Il 41% nei giorni in cui si stava pianificando la dimissione;
- ❑ Non si è riscontrata una regolarità a riguardo del giorno della settimana né dell'ora del giorno;
- ❑ Considerando solo i suicidi occorsi all'interno delle strutture ospedaliere si aveva una maggiore frequenza alla sera e durante la notte (51%).

Il suicidio post dimissione

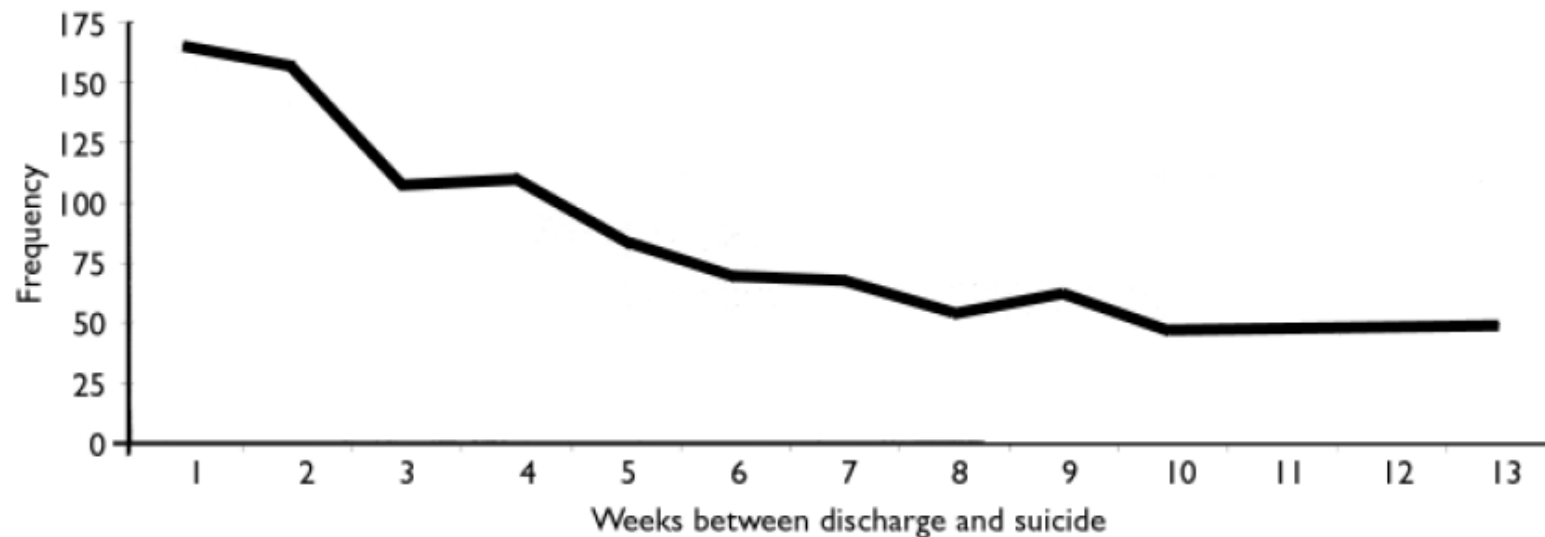


Fig. 1 Number of individuals who died by suicide per week following discharge (England and Wales Suicide Inquiry cases). Week 1=first week following discharge.

Evitabilità

- Il 31 % dei suicidi in reparto e il 21% di quelli post dimissione è stato considerato evitabile dai clinici intervistati.

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2006), 188, 129-134

**Suicide in mental health in-patients and within
3 months of discharge**

National clinical survey[†]

JANET MEEHAN, NAVNEET KAPUR, ISABELLE M. HUNT, PAULINE TURNBULL,
JO ROBINSON, HARRIET BICKLEY, REBECCA PARSONS, SANDRA FLYNN,
JAMES BURNS, TIM AMOS, JENNY SHAW and LOUIS APPLEBY

Fattori considerati dai clinici per la prevenzione dei suicidi durante e dopo il ricovero

- Maggiore supervisione dei pazienti;
- Maggiore adesione al trattamento;
- Aumento del personale;
- Maggiore formazione del personale.

Gestione del suicidio avvenuto in struttura

- obv:
- Investire sulla prevenzione
- Contenere gli effetti sugli altri pazienti;
- Gestire le reazioni emotive degli operatori;
- Azioni sui media locali;
- Limitare (prevenire) il contenzioso.

Investire sulla prevenzione

- Attenta analisi delle cause e delle concause che hanno condotto al suicidio;
- Rimozione dei fattori individuati (strutturali, organizzativi, tecnici);
- Definire procedure di prevenzione dei fattori specifici.

Contenere gli effetti sui pazienti

- Farsi promotori di una comunicazione chiara di quanto accaduto nei confronti dei pazienti;
- Esplorare individualmente le reazioni emotive dei pazienti all'accaduto (soprattutto se testimoni diretti);
- Monitorare il possibile effetto emulativo nelle persone a rischio.

Gestire le reazioni emotive degli operatori

- Coinvolgere tutto lo staff nella discussione dell'evento;
- Sostenere gli operatori che erano in turno;
- Intervenire con interventi supportivi individuali se necessario;
- Riconoscere ed impedire giudizi tra pari sulla capacità professionale.

Azioni sui media locali

- Informare tempestivamente l'ufficio comunicazione aziendale e concordare una strategia di comunicazione;
- Evitare (se possibile) contatti diretti con la stampa;
- Comunque tutelare l'immagine del paziente, proteggere la famiglia dai rischi dell'esposizione sui media;
- In caso di notizie a "effetto" evitare di ribattere il giorno dopo.

Azioni per prevenire il contenzioso

- Informare direttamente la famiglia;
- Offrire la solidarietà del servizio e rendersi disponibili per eventuali bisogni di trattamento;
- Partecipare alle esequie del paziente;
- Rispondere alle critiche (se ci sono) evitando arroccamenti e atteggiamenti difensivi.