Maurizio Pompili, Paolo Girardi
Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Servizio per la Prevenzione del Suicidio, Ospedale Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

Suicidio e tentativo di suicidio come evento sentinella per il medico di medicina generale

Il suicidio è un fenomeno complesso che ha attirato l'attenzione di filosofi, teologi, medici, sociologi e artisti nel corso dei secoli. È difficile spiegare perché alcuni individui decidano di suicidarsi mentre altri in situazioni simili o persino peggiori non facciano altrettanto. Sappiamo però che la maggior parte dei suicidi può essere prevenuta. Il suicidio è attualmente un problema grave nella salute pubblica nella maggior parte delle nazioni. È una delle prime cause di morte nel mondo soprattutto tra i giovani. Affligge profondamente gli individui, le famiglie, i luoghi di lavoro, la comunità e la società nel suo complesso. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno nel mondo sono circa un milione gli individui che commettono il suicidio, mentre un numero di individui variabile da 10 a 20 volte più grande ha tentato il suicidio. Ciò rappresenta in media una morte per suicidio ogni 40 secondi e un tentativo di suicidio ogni 3 secondi. Stando ai dati attuali e all'analisi dei tassi di morte per suicidio nel mondo, le stime suggeriscono che nel 2020, le vittime potrebbero salire a un milione e mezzo [1].

In tutte le nazioni, il suicidio è attualmente tra le prime tre cause di morte nella fascia di età 15-34 anni; nel recente passato il fenomeno predominava tra gli anziani, ma ai nostri giorni è più allarmante tra i giovani sia in termini assoluti che relativi in un terzo delle nazioni. Questo dato rappresenta una perdita di vite umane più alta rispetto alla perdita di vite causata da guerre e omicidi ogni anno; tre volte la perdita di vite umane registrata nella tragedia dello Tsunami nel Sud-Est dell'Asia nel dicembre del 2004; inoltre ogni giorno muoiono a causa del suicidio l'equivalente delle vittime causate dall'attacco alle torri gemelle di New York l'11 settembre del 2001. È dunque un fenomeno che non può essere ignorato e vi è la necessità di infrangere quel silenzio e quel composto, ma deleterio, sviamento dal tema attuato quotidianamente.

Secondo quanto affermato da un documento dell'OMS [2] il suicidio è un problema di grande entità nei paesi europei, soprattutto tra i nuovi stati indipendenti dell'Europa dell'Est. I governi di tutte le nazioni del mondo sono impegnati nella lotta contro il suicidio promuovendo la consapevolezza e migliorando gli interventi e le tecniche preventive. Ogni individuo può fare qualcosa per aiutare a ridurre il numero delle persone che considerano il suicidio come una soluzione al loro dolore mentale. Il fondatore della suicidologia Edwin Shneidman [3] chiama questo dolore insopportabile *psychache*, che significa "tormento nella psiche". Shneidman suggerisce che le domande chiave che possono essere rivolte a una persona che vuol commettere il suicidio sono "Dove senti dolore?" e "Come posso aiutarti?". Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine a un insopportabile dolore mentale, allora il compito principale di colui che deve occuparsi di tale individuo è quello di alleviare tale dolore. Se infatti si ha successo in questo compito, quell'individuo che voleva morire sceglierà di vivere. Shneidman [3] inoltre considera che le fonti principali di dolore psicologico: vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione, hanno origine nei bisogni psicologici frustrati e negati. Nell'individuo suicida è la frustrazione di questi bisogni e il dolore che da essa deriva a 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 a un amico o a un gruppo di persone, l'autonomia, l'opporsi a qualcosa, l'imporsi e il bisogno di essere accettati, compresi e il conforto. Shneidman [4], padre della suicidologia, ha proposto la seguente definizione del suicidio: "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". Shneidman [3] 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*.
Ci sono tre caratteristiche nello stato mentale della persona suicida:

1. ambivalenza: la maggior parte delle persone hanno sentimenti contraddittori circa l'idea di suicidarsi. Il desiderio di vivere e quello di morire si alternano nell'individuo suicida. C'è sempre il bisogno di risolvere il dolore psicologico, sotto il quale si nasconde il desiderio di vivere. Infatti, molte persone suicide in realtà non vogliono morire; ma sono afflitte da un tormento psichico che, se risolto, fa allontanare i pensieri e i propositi suicidari;
2. impulsività: il suicidio è un atto impulsivo. Come ogni altro impulso, quello di commettere il suicidio è transitorio e dura da minuti a ore. È generalmente innescato da eventi negativi nella vita di tutti i giorni. La risoluzione di queste crisi, apre la strada alla possibilità di poter risolvere alla base l'impulso suicida;
3. rigidità: quando gli individui sono suicidi, il loro pensiero, i loro sentimenti e le loro azione sono ristretti. Pensano costantemente al suicidio e non sono in grado di considerare altre soluzioni al problema. Hanno pensieri drastici. Molti individui suicidi comunicano il loro intento. Spesso inviano segnali, e affermano di "voler morire", "sentirsi inutili" o cose simili. Sono tutte richieste di aiuto che non devono essere ignorate.

Ognuno dovrebbe saper riconoscere i segnali d'allarme per il suicidio. Spesso il soggetto a rischio di suicidio si presenta con pensieri identificabili con le seguenti espressioni: essere tristi, depressi, "Vorrei essere morto", "Non riesco a fare nulla", "Non posso più andare avanti così", "Sono un perdente", "Gli altri staranno meglio senza di me". Tutti dovrebbero riconoscere i segnali d'allarme per il suicidio. Colui che minaccia di farsi male o di uccidersi, oppure lo desidera ed è in cerca di mezzi come armi da fuoco, farmaci o altro e che parla della morte, cosa insolita per tale persona, dovrebbe indurre la considerazione di un alto rischio di suicidio. Inoltre, un alto rischio di suicidio è associato a sentimenti di disperazione, rabbia incontrollabile, ricerca di vendetta, agire in modo imprudente o rischioso senza meditare sulle conseguenze di un certo comportamento, sentirsi intrappolati e sentirsi senza via d'uscita. Il rischio è poi associato al consumo di alcol e droga, all'allontanamento dalle amicizie, dalla famiglia, e dai contatti sociali; ansia, agitazione, disturbi del sonno sono sempre identificabili in presenza di rischio di suicidio. L'individuo a rischio spesso riferisce cambiamenti marcati del tono dell'umore, mancanza di motivi per vivere e non identificare il senso della vita.
Il suicidio si può prevenire. La maggior parte degli individui con rischio di suicidio vogliono assolutamente vivere; non riescono però a trovare possibili alternative ai loro problemi. La maggior parte degli individui emette chiari segnali inerenti la loro intenzione suicida, ma spesso gli altri non colgono il significato di tali messaggi oppure non sanno come rispondere alla loro richiesta d'aiuto.
Parlare del suicidio non induce nell'altro un proposito suicidario; al contrario, l'individuo in crisi e che pensa al gesto si sente sollevato e ha l'opportunità di sperimentare un contatto empatico.

Il suicidio e tentativo di suicidio come evento sentinella per il medico di medicina generale

In termini generali in ambito sanitario un evento sentinella è "un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi *di un solo caso* è sufficiente per dare luogo a un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione" [5]. Il problema dell'evento sentinella è particolarmente rilevante in ambito ospedaliero. Una recente indagine ha messo in evidenza che il suicidio è il principale degli eventi sentinella che si registrano negli ospedali italiani. Al contrario di quanto spesso assunto, il suicidio di pazienti ricoverati non avviene nei reparti di psichiatria bensì in primo luogo nei reparti di medicina interna e chirurgia [6].
Il medico di base ha un ruolo cruciale nella prevenzione del suicidio. I dati della letteratura riportano che frequentemente i soggetti che commettono il suicidio si sono recati da un operatore della salute, in primo luogo un medico di base, nei mesi e settimane precedenti la morte [7 8]. Secondo la review di Luoma et al. [7], il 45% delle persone decedute per suicidio aveva avuto un contatto con la medicina di base nel mese precedente il suicidio. Altri studi in accordo con questa review indicano che percentuali tra il 25 e il 75%, dei pazienti che commettono il suicidio hanno un contatto con la medicina di base in un lasso di tempo che varia da 30 a 90 giorni [9-17].
Allungando il periodo preso in considerazione fino a 180 giorni, si apprende che l'82% di coloro che muoiono per una overdose avevano ricevuto una visita medica [10]. Anderson et al. [18] in uno studio comprendente 472 individui che si erano suicidati tra il 1991 e il 1995 in una regione della Danimarca, hanno osservato che ben il 66% di loro avevano consultato un medico di base, di cui il 13 e il 7% erano stati dimessi rispettivamente da un ospedale psichiatrico e da un ospedale generale.
Spesso i medici di base hanno difficoltà ad assicurare una situazione di calma in cui poter accertare il rischio di suicidio [19-21]. È auspicabile un canale diretto con i servizi di salute mentale e la possibilità di consultazione tra medico di base e psichiatra di riferimento. Il medico di base nel sospetto di rischio di suicidio dovrebbe ascoltare attentamente e astenersi da ogni giudizio; dovrebbe ricostruire la storia del paziente e verificare il supporto sociale e familiare a disposizione del paziente. Successivamente dovrebbe concentrarsi sullo status psichico e sulla visita fisica (soprattutto se vi è stato un tentativo di suicidio). Nel caso di un comportamento suicidario, il medico può chiedere "Perché adesso?" come momento per esplorare le vicissitudini che hanno portato al gesto [22]. È importante discutere l'ideazione suicidaria con il paziente senza temere che ciò possa aumentare il rischio, potendo al contrario essere di aiuto per esplorare l'hopelessness, l'anedonia, l'insonnia, l'an-

sia grave, la diminuzione della concentrazione e l'agitazione psicomotoria [23].

I programmi rivolti ai medici di base con nozioni riguardanti il riconoscimento della depressione e del rischio di suicidio sono di grande valore per sfruttare la posizione strategica di questi operatori [24]. Nel 1983-1984 un programma di istruzione sul riconoscimento della depressione rivolto ai medici di base dell'isola di Gotland (Svezia) fu seguito da una riduzione della mortalità per suicidio [25]. Gli effetti benefici di questo programma si interruppero però quando nuovi medici sostituirono coloro che avevano preso parte al programma. Tuttavia gli effetti positivi sulla riduzione del tasso di suicidio si ripresentarono quando un nuovo programma fu riproposto ai medici di base [26].

Più recentemente uno studio tedesco ha segnalato una riduzione dei tentativi di suicidio dopo un programma di istruzione sulla depressione [27]. Meno incoraggianti sono stati gli studi inglesi nei quali l'istruzione ai medici di base sul come riconoscere la depressione non ha portato a una migliore diagnosi e terapia della depressione [28]. Le cose però miglioravano se si poneva attenzione a come migliorare l'aderenza al trattamento dei pazienti diagnosticati depressi ai quali era stata assegnata una terapia [29]. Più recentemente Szanto et al. [30] hanno riportato che in una regione dell'Ungheria dopo un programma di istruzione rivolta ai medici di base per meglio diagnosticare la depressione si era osservato un declino del tasso di suicidio (da 59,7/100.000 a 49,9/100.000 in 5 cinque anni) rispetto a una regione presa come controllo. In questo studio comunque la presenza dell'alcolismo rendeva più difficile il riconoscimento della depressione e probabilmente non ha permesso risultati ancora migliori.

Notoriamente, il medico è addestrato a fronteggiare le emergenze somatiche e solo con maggiore difficoltà affronta le emergenze prettamente psicologiche. Il risultato è la scarsa capacità di far fronte a crisi suicidarie o di relazionarsi correttamente con chi ha tentato il suicidio. Può accadere che il rischio di suicidio non sia sospettato quando il paziente si presenta con lamentele somatiche poco riconducibili a quadri organici ma piuttosto frutto di crisi emozionali. Oppure, non si indaga se il paziente ha pensato al voler morire per paura di turbarlo, di essere inopportuni oppure ritenendo a torto che chiedere sul suicidio possa far nascere l'idea in un individuo altrimenti mai toccato da pensieri suicidari. In altre occasioni si può assistere a un'impropria distanza tra medico e colui che ha tentato il suicidio, perdendo inevitabilmente la possibilità di curare e valutare correttamente il paziente [31 32]. Ciò che è più grave è il rischio di ripetizione del gesto suicidario da parte di quei soggetti che venuti a contatto con il personale sanitario non hanno ottenuto né consigli su come comportarsi una volta lasciato il posto di cura, né quella solidarietà che speravano di ricevere da parte del personale medico. Vale in termini generali, e in questo contesto per il medico di medicina generale, il motto scritto sul Tempio di Delfi ossia "Conosci te stesso" solo una conoscenza di che cosa significa per ciascuno parlare di suicidio, pensare al tema, e proporre delle domande al paziente, permette di evidenziare se e quali difficoltà vi sono e come esse possono interferire nella corretta valutazione e gestione del rischio di suicidio.

Alcune fonti hanno suggerito che la prevenzione del suicidio dovrebbe inspirarsi alle campagne fatte negli ultimi decenni per ridurre la mortalità per patologie cardiovascolari. L'opinione pubblica ha ormai assorbito concetti come controllare regolarmente la pressione arteriosa ed eventualmente assumere una terapia, antipertensiva, oppure controllare i valori di trigliceridi e colesterolo e ridurre o smettere il fumo di sigaretta. I messaggi reiterati nel tempo e con campagne *ad hoc* hanno portato la popolazione a prendere coscienza di comportamenti poco salutari e quindi a cercare rimedi. Eppure, sebbene questi approcci possano adattarsi anche alla prevenzione del suicidio è l'approccio che fa leva sulla sofferenza dell'individuo che nei singoli casi deve guidare le misure di aiuto. Infatti, spesso alle prese con sconfitte, umiliazioni, vergogna, perdite relazionali ed economiche il rischio di suicidio si presenta in individui altrimenti privi di elementi tipici della criticità suicidaria. Certamente, a un'attenta analisi questi individui presentano elementi di vulnerabilità venutisi a insediare nel corso nello sviluppo, dalla nascita all'età adulta che uniti agli eventi attuali determinano il rischio di suicidio.

La prevenzione del suicidio inizia con la corretta conoscenza del fenomeno

Il fenomeno dei comportamenti suicidari è sottostimato, stigmatizzato e misconosciuto. Sono molto più comuni miti e false credenze, che fatti sostenuti da una base scientifica.

Una prima falsa credenza è quella che sostiene che le persone che commettono il suicidio raramente parlano delle loro intenzioni e del loro intento. Al contrario, esse inviano spesso dei segnali verbali della loro intenzione. Ci sono studi che riportano che almeno 2/3 degli individui deceduti per un suicidio avevano espresso la loro intenzione di togliersi la vita. Oltre a questo, molte persone sono indecise sul vivere o sul morire, e "scommettono" con la morte, lasciando agli altri il compito di salvarli. Quasi nessuno commette il suicidio senza lasciar sapere agli altri come si sente.

Diffusa è poi la convinzione, anche tra molti medici e professionisti del settore, che il parlare di suicidio possa funzionare da stimolo a commettere il gesto. Ci si impegna invece a far comprendere che è vero il contrario; ossia il rischio precede il colloquio, molti soggetti alle prese con problematiche psichiche e fisiche hanno già considerato il suicidio. La discussione di questi temi aiuta la persona in crisi a capire meglio i suoi problemi e le possibili soluzioni e spesso fornisce sollievo e comprensione.

Uno dei cardini della prevenzione del suicidio è la diffusione di una cultura del fenomeno suicidario nell'ambito del personale medico. I curanti non sempre possiedono quegli strumenti e quelle conoscenze utili per fronteggiare il rischio di suicidio. Si assiste infatti a decisioni arbitrarie di fronte a un paziente a rischio, decisioni che per lo stesso caso possono evocare risposte estremamente diverse tra i professionisti della salute mentale. Un punto cruciale nella prevenzione del suicidio può essere la riflessione su alcuni dati importanti come ad esempio che molti pazienti commettono il suicidio entro un anno dalla prima

visita presso un servizio di salute mentale [3] oppure che un quarto della delle persone muoiono entro un anno dall'esordio della patologia e nell'ambito di un contatto con i servizi di salute mentale [33].

Modalità per aiutare un individuo che minaccia di suicidarsi:

- porre attenzione e imparare i segnali d'allarme;
- rendersi disponibile, mostrare interesse e supporto;
- chiedere se sta pensando al suicidio;
- essere diretti, parlare apertamente e senza esitazione del suicidio;
- essere disponibile all'ascolto, permettere di mostrare sentimenti ed essere disposti ad accettarli;
- non giudicare, non discutere sul fatto che il suicidio sia giusto o sbagliato o su sentimenti positivi e negativi, non dare lezioni sul valore della vita;
- non sfidare a compiere l'atto;
- non dare suggerimenti facendo prendere decisioni in modo da cambiare il comportamento;
- non chiedere "perché", questo incoraggia un atteggiamento difensivo;
- offrire empatia, non simpatia;
- non mostrarsi turbati, questo crea distanza;
- non promettere la segretezza, anzi cercare supporto;
- offrire speranza suggerendo che sono disponibili delle alternative, non dare rassicurazioni meccanicamente, questo dà solo prova di mancata comprensione;
- agire! Rimuovere i mezzi letali, farsi aiutare da individui o istituzioni specializzate nella gestione della crisi e nella prevenzione del suicidio;
- consapevolezza di sentimenti, pensieri e comportamenti: quasi tutti nel corso della vita pensano almeno una volta al suicidio. La maggior parte decide di vivere perché si rende conto che la crisi è temporanea e che invece la morte è qualcosa di definitivo. Comunque, gli individui nel momento più intenso della crisi percepiscono il loro dilemma come inaccettabile e perdono il controllo. Gli individui in crisi e a rischio di suicidio provano sentimenti riconducibili alle situazioni elencate di seguito:
  - non possono ridurre il dolore;
  - non possono pensare chiaramente;
  - non possono prendere decisioni;
  - non riescono a vedere soluzioni;
  - non riescono a dormire, mangiare o lavorare;
  - non riescono a uscire dalla depressione;
  - non riescono a liberarsi della tristezza;
  - non riescono a considerare un cambiamento;
  - non riescono a vedersi come individui di valore;
  - non riescono ad attirare l'attenzione degli altri;
  - non riescono a mantenere il controllo.

Il 10 settembre 2012 si è celebrata la Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio proposta dall'*Intenational Association for Suicide Prevention* e dall'OMS. Questa iniziativa rappresenta l'impegno a coinvolgere sempre più individui per contribuire alla prevenzione del suicidio attraverso attività di varia natura come convegni, conferenze, appuntamenti sportivi e campagne pubblicitarie. Uno sforzo coordinato può permettere di sfruttare l'alleanza tra coloro che si occupano della salute e gli individui che hanno acquisito elementi per fare prevenzione; inoltre coloro che hanno perso un loro caro a causa del suicidio possono farsi portatori di importanti messaggi preventivi condividendo la loro tragica esperienza. I ricercatori, i volontari, gli operatori della salute mentale e i parenti delle vittime del suicidio dovrebbero essere i depositari di informazioni. Il lettore è rimandato anche ai seguenti siti per opportuni approfondimenti: www.prevenireilsuicidio.it, www.raceforlife.it, www.giornataprevenzionesuicidio.it.
Lo scopo è creare un contatto che porti alla riduzione della sfiducia, della disperazione e che possa dare speranza alla persona nella possibilità di cambiare in meglio le cose. Per facilitare la comunicazione è richiesto un approccio calmo e accogliente senza esprimere giudizi. È molto importante attenersi ai suggerimenti elencati nella Tabella I.
La sfida della prevenzione del suicidio dovrebbe essere intrapresa dalla collettività. Gli addetti alla salute mentale e tutti gli operatori che entrano in contatto con la popolazione generale per fornire servizi di assistenza, consulenza e supporto dovrebbero essere coloro che veicolano informazioni chiare e precise sul riconoscimento e sulla gestione del soggetto suicida. Campagne di sensibilizzazione a livello nazionale proposte dalle autorità competenti dovrebbero essere estese a tutta la popolazione rispettando le *guidelines* proposte ai mass-media per la diffusione di servizi e reportage riguardanti il fenomeno suicidario.

Suicidio del paziente

Il suicidio è un atto personale ma tutti ne sentiamo gli effetti. Così recita uno slogan diffuso da una grande associazione statunitense che si occupa della prevenzione del suicidio. Secondo le stime di questa associazione, ogni anno 180000 individui entrano nella categoria dei sopravvissuti (*survivors*), ossia individui che hanno perso un caro per suicidio. Il termine sopravvissuto è dunque utilizzato per descrivere le difficoltà che le persone che hanno perso un caro a causa del suicidio devono affondare quotidianamente. L'impatto è sulle famiglie, la comunità e la società nella sua interezza. Ogni suicidio sottrae a chi rimane in vita un potenziale di affetti, creatività e di un contributo ai vari aspetti della vita. Non si tratta solo della perdita della vita di un individuo ma soprattutto del vuoto che esso lascia nelle molteplici attività dei viventi.
I sopravvissuti sono la più grande comunità di vittime che ruota nell'area della salute mentale connessa al suicidio [34]. La perdita di una persona cara per suicidio è scioccante, dolorosa e inaspettata. Il lutto che segue questa esperienza è un processo individuale molto complesso, che si risolve in tempi diversi, nei casi più fortunati. Il dolore non segue sempre un percorso lineare e non necessariamente progredisce e si risolve. Queste persone non si aspettano di tornare alla vita normale che svolgevano prima dell'evento ma vogliono adattarsi a una vita senza la persona cara.
L'*American Psychiatric Association* considera il trauma derivante dalla perdita di un caro per suicidio "catastrofico" al pari di un'esperienza in un campo di concentramento.
Sebbene coloro che hanno perso un caro per

TABELLA I.
Suggerimenti per la gestione della crisi suicidarla.

Come comunicare
Ascoltare attentamente, con calma
Comprendere i sentimenti dell'altro con empatia
Emettere segnali non verbali di accettazione e rispetto
Esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi
Parlare onestamente e con semplicità
Esprimere la propria preoccupazione, l'accudimento e la solidarietà
Concentrarsi sui sentimenti della persona in crisi
Come non comunicare
Interrompere troppo spesso
Esprimere il proprio disagio
Dare l'impressione di essere occupato e frettoloso
Dare ordini
Fare affermazioni intrusive o poco chiare
Fare troppe domande
Domande utili
Ti senti triste?
Senti che nessuno si prende cura di te?
Pensi che non valga la pena di vivere?
Pensi che vorresti suicidarti?
Indagine sulla pianificazione del suicidio
Ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?
Hai un'idea di come farlo?
Indagine su possibili metodi di suicidio
Possiedi farmaci, armi da fuoco o altri mezzi per commettere il suicidio?
Sono facilmente accessibili e disponibili?
Indagine su un preciso lasso di tempo
Hai deciso quando vuoi porre fine alla tua vita?
Quando hai intenzione di farlo?

suicidio condividono molte emozioni tipiche del lutto, essi affrontano però una gamma di sentimenti unici per la loro condizione. Molti studi hanno identificato ripercussioni notevoli sia sulla vita professionale sia sulla vita privata dei curanti che possono dunque essere anch'essi considerati dei sopravvissuti [35]. L'idea di non aver fatto abbastanza e il sentirsi in colpa, aggiunta alla paura di azioni legali sono solo alcuni della fitta lista di sentimenti e reazioni di fronte al suicidio di un proprio paziente [19 31]. Le reazioni dei curanti di fronte al suicidio del paziente sono tali da compromettere la loro vita professionale e quella personale [36]. Alcuni studi evidenziano che gli psichiatri sono in grado di ricordare nome e dettagli dei loro pazienti che si sono suicidati anche distanza di 30 anni [37].

Conclusioni

La formazione di addetti alla salute in genere e a quella mentale in particolare rappresenta un obiettivo importante per identificare, valutare e gestire la persona con intento suicida nella comunità. Nonostante la complessità e la gravità del problema, la prevenzione del suicidio non può essere vista solo come responsabilità degli esperti, piuttosto la prevenzione del suicidio dovrebbe riguardare tutti.
Lo scopo di questo lavoro è stato quello di considerare alcune problematiche dei curanti e il rischio di suicidio dei loro pazienti.
Da quanto esposto ritorna il problema di identificare i soggetti a rischio al di là della comunicazione da parte del paziente. Spesso i pazienti evitano di riferire i loro propositi suicidari ma sono pronti a discuterne se il curante pone specifiche domande circa la loro intenzione di uccidersi. Il fornire istruzione e informazioni ai medici di base [38] e al personale infermieristico [39] ha grande impatto su come vengono valutati e gestiti i pazienti a rischio; questo è un elemento che sottolinea l'importanza di programmi di istruzione specifici. Infatti, vari studi riportano un miglioramento delle abilità di riconoscimento del rischio di suicidio e delle attitudini nei confronti del suicidio.
Non va dimenticato comunque che molti di coloro che necessitano di contatti con il sistema sanitario non accedono purtroppo ad alcuna cura medica.
Per concludere, vorremmo nuovamente sottolineare che la prevenzione del suicidio deve basarsi oltre che sulla ricerca sperimentale anche su maggiore sensibilità individuale. La formazione degli operatori riveste un ruolo decisivo per correggere atteggiamenti e attitudini spesso dannosi e ingiustificati. Sebbene la mole delle informazioni sul suicidio sia sempre più mastodontica, la nostra comprensione di questo fenomeno è tutt'altro che completa, un assunto che deve farci riflettere sulle direzioni future che debbono intraprendere ricerca di base e ricerca clinica.
Il suicidio affligge profondamente gli individui, le famiglie, i luoghi di lavoro, la comunità e la società nel suo complesso. Coloro che perdono un loro caro a causa del suicidio rimangono a lungo traumatizzati e sono anch'essi a rischio di suicidio. La sfida della

prevenzione del suicidio dovrebbe essere intrapresa dalla collettività. Gli addetti alla salute mentale e tutti gli operatori che entrano in contatto con la popolazione generale per fornire servizi di assistenza, consulenza e supporto dovrebbero essere coloro che veicolano informazioni chiare e precise sul riconoscimento e sulla gestione del soggetto suicida.

Il medico di medicina generale è in un'interfaccia importante con la popolazione generale e con gli individui in crisi. Non solo è di fondamentale importanza per promuovere principi di salute pubblica ma può anche riconoscere coloro che più necessitano di aiuto in caso di rischio di suicidio. La prevenzione del suicidio è possibile e il medico di medicina generale dovrebbe acquisire le abilità per confrontarsi con i vissuti degli individui in crisi che possono alle volte presentare la loro sofferenza con modalità e richieste indirette. La valutazione con semplici strumenti può di fatto prevenire efficacemente il fenomeno suicidario.

Bibliografia

1. World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. Geneve: WHO; 1999. Report No.: WHO/MNH/MBD/99.1.
2. World Health Organization. *Suicide huge but preventable public health problem, says WHO. World suicide prevention day--10 september*. Cent Eur J Public Health 2004;12:196, 200, 6.
3. Shneidman ES. *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale: Aronson 1993.
4. Shneidman ES. *Definition of suicide*. Northvale: Aronson 1985.
5. *Glossario per la Sicurezza dei pazienti*. Ministero della Salute 2006. http://www.sanitasicura.it/IlGlossario/ tabid/65/ language/ it-IT/Default.aspx
6. Ghirardini A, Andrioli Stagno R, et al. *Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale*. Raccomandazione n. 4, marzo 2008. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_592_allegato.pdf
7. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*. Am J Psychiatry 2002;159:909-16.
8. Pirkis J, Burgess P. *Suicide and recency of health care contacts. A systematic review*. Br J Psychiatry 1998;173:462-74.
9. Bartels SJ, Coakley E, Oxman TE, et al. *Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use*. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:417-27.
10. Murphy GE. *The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission*. Ann Intern Med 1975;82:305-9.
11. Appleby L, Amos T, Doyle U, et al. *General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care*. Br J Psychiatry 1996;168:330-3.
12. Vassilas CA, Morgan HG. *General practitioners' contact with victims of suicide*. BMJ 1993;307:300-1.
13. Redpath L, Stacey A, Pugh E, et al. *Use of the critical incident technique in primary care in the audit of deaths by suicide*. Qual Health Care 1997;6:25-8.
14. Haste F, Charlton J, Jenkins R. *Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide*. Br J Gen Pract 1998;48:1759-63.
15. Coombs DW, Miller HL, Alarcon R, et al. *Presuicide attempt communications between parasuicides and consulted caregivers*. Suicide Life Threat Behav 1992;22:289-302.
16. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al. *A hundred cases of suicide: clinical aspects*. Br J Psychiatry 1974;125:355-73.
17. Stenager EN, Jensen K. *Attempted suicide and contact with the primary health authorities*. Acta Psychiatr Scand 1994;90:109-13.
18. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, et al. *Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions*. Acta Psychiatr Scand 2000;102:126-34.
19. Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. *GPs' role in the prevention of suicide in schizophrenia*. Fam Pract 2002;19:221.
20. Stovall J, Domino FJ. *Approaching the suicidal patient*. Am Fam Physician 2003;68:1814-8.
21. Pompili M, Girardi P, Tatarelli R. *Suicide in schizophrenic patients: a neglected issue*. Am Fam Physician 2004;70:648-50.
22. Carrigan CG, Lynch DJ. *Managing suicide attempts: guidelines for the primary care physician*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2003;5:169-74.
23. Gliatto MF, Rai AK. *Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation*. Am Fam Physician 1999;59:1500-6.
24. Nutting PA, Dickinson LM, Rubenstein LV, et al. *Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care*. Ann Fam Med 2005;3:529-36.
25. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. *Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression*. Acta Psychiatr Scand 1992;85:83-8.
26. Rutz W, Wallinder J, Von Knorring L, et al. *Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study*. Int J Psychiatr Clin Pract 1997;1:39-46.
27. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, et al. *The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality*. Psychol Med 2006;36:1225-33.
28. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, et al. *Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial*. Lancet 2000;355:185-91.
29. Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, et al. *Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes*. Arch Gen Psychiatry 1996;53:913-9.
30. Szanto K, Kalmar S, Hendin H, et al. *A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate*. Arch Gen Psychiatry 2007;64:914-20.
31. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, et al. *Reactions to patient suicide*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2003;41:8-9.
32. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, et al. *Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms*. Arch Psychiatr Nurs 2006;20:135-43.
33. Hunt IM, Kapur N, Robinson J, et al. *Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: national clinical survey*. Br J Psychiatry 2006;188:135-42.
34. Shneidman ES. *Foreword*. In: Cain AC, editor. *Survivors of suicide*. Springfield: CC Thomas 1972, pp. IX-XI.
35. Farberow NL. *The mental health professional as suicide survivor*. Clinical Neuropsychiatry 2005;2:13-20.
36. Lafayette JM, Stern TA. *The impact of a patient's suicide on psychiatric trainees: a case study and review of the literature*. Harv Rev Psychiatry 2004;12:49-55.
37. Brown HN. *The impact of suicide on therapists in training*. Compr Psychiatry 1987;28:101-12.
38. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. *Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners*. Acta Psychiatr Scand 1989;80:151-4.
39. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, et al. *Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients*. Eur J Emerg Med 2005;12:169-78.

Medico di medicina generale e suicidio

Come emerge chiaramente dall'articolo del prof. Pompili, il suicidio è un fenomeno di grande interesse per chiunque e non solo sotto il profilo medico, ma più in generale sotto quello antropologico e sociale.
Per i medici però (e in particolare per i medici di medicina generale, MMG) il suicidio rappresenta un problema di rilevanza professionale e quindi sul quale c'è bisogno di formazione.
Il suicidio di un paziente non è per fortuna un evento frequente, ma quando si verifica può avere (come è ricordato dal prof. Pompili) conseguenze gravissime per il medico.
Un MMG poi è spesso legato ai propri pazienti con rapporti che durano da decenni ed è quindi potenzialmente più fragile di fronte all'eventuale suicidio di un paziente.
La lunga conoscenza con il paziente lo mette però anche in una condizione più favorevole a cogliere tempestivamente gli eventuali segnali di un rischio di suicidio. Inoltre un approccio bio-psico-sociale è caratteristico della Medicina Generale e anche questo aiuta ad avere una maggior sensibilità per il problema suicidio.
Cercherò ora di sintetizzare alcuni punti che mi sembrano di particolare interesse per i MMG:

- anche se in determinati contesti il suicidio è in aumento tra i giovani, ricordiamoci sempre che i pazienti più a rischio sono maschi, anziani, soli;
- esiste una familiarità specifica per il suicidio (indipendentemente dalla presenza o meno di malattie psichiatriche) e quindi dovremmo indagare anche su questa;
- il suicidio può essere presente in diverse malattie psichiatriche ma non è necessariamente sinonimo di malattia mentale; può suicidarsi (o pensare di farlo) anche una persona perfettamente sana di mente;
- *non è vero* il luogo comune "chi dice di volersi suicidare, poi non lo fa"; è anzi vero il contrario;
- *non è vero* che fare al paziente delle domande sul suicidio è pericoloso perché potrebbe indurlo a pensarci; è invece molto utile che un MMG trovi il coraggio di affrontare l'argomento con i pazienti;
- l'inizio di una terapia farmacologica antidepressiva è un momento particolarmente a rischio di suicidio; esistono depressi così inibiti che non hanno nemmeno le forze per suicidarsi, anche se vorrebbero farlo; un antidepressivo agisce prima sull'inibizione psicomotoria che sul tono dell'umore e quindi potrebbe dare a un paziente ancora molto depresso quel minimo di energia sufficiente a mettere in atto un proposito suicidario.

Tutto ciò premesso, un MMG dovrebbe comunque sempre ricordare ai parenti del paziente (e prima ancora a se stesso) che è un'utopia pensare di poter tenere sotto controllo un paziente 24 ore su 24.
Questo non significa però che un medico possa abdicare al tentativo di fare tutto ciò che è *ragionevole* fare per ridurre il più possibile un eventuale rischio suicidario: per esempio cercare di non lasciare mai solo il paziente almeno nelle prime due settimane di una terapia antidepressiva, oppure attivarsi per eliminare tutti i mezzi idonei ad attuare un suicidio che fossero eventualmente a portata del paziente.
Concludo con un consiglio di lettura: Paolo L. Bernardini, *Le rive fatali di Keos. Il suicidio nella storia intellettuale europea da Montaigne a Kant*, Fondazione Ariodante Fabretti. È un testo che racconta la fine del suicidio come argomento *tabù* fino a farlo diventare addirittura, come disse Albert Camus, "l'argomento centrale di tutta la filosofia".

Paolo Carbonatto
Responsabile Area Psichiatrica, SIMG