

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL TERRITORIO



RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL TERRITORIO

Il gruppo di lavoro è stato istituito con determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna n. 15582/2011.

Hanno partecipato:

dott. **Claudio Ravani** (coordinatore)

dott.ssa **Mila Ferri**

dott.ssa **Gisella Garaffoni**

dott. **Marco Martinelli**

dott. **Franco Marzullo**

dott.ssa **Annalinda Mosca**

dott.ssa **Giulia Nappi**

dott. **Alessio Saponaro**

dott. **Stefano Sforza**

dott.ssa **Sandra Ventura**

dott.ssa **Eleonora Verdini**

dott. **Maurizio Vescovi**

Programma territoriale: integrare il Centro di Salute Mentale ed i Nuclei delle Cure Primarie

MATERIALI PER LA FORMAZIONE CONGIUNTA NEI NCP LINEE OPERATIVE DEL PROGETTO DI PREVENZIONE NEL TERRITORIO

1

INFORMAZIONI NECESSARIE EVIDENCE BASED¹

In parte modif. da



A Victorian
Government
initiative

Working with the suicidal person Clinical practice guidelines for emergency departments and mental health services
State of Victoria, Department of Health, 2010

Le evidenze "strategiche"	
	Il suicidio è un comportamento plurideterminato; spesso è associato ad aspetti psicopatologici che, se riconosciuti e trattati, possono determinare una significativa diminuzione del rischio
	Nel mondo i progetti di prevenzione del suicidio di dimostrata efficacia erano basati su una delle seguenti strategie: <ul style="list-style-type: none">- rendere difficile l'accesso ai mezzi con cui effettuarlo- intercettare nel modo più efficace e capillare la popolazione a rischio, attraverso programmi che coinvolgono la <i>primary care</i>
	Una persona con pensieri suicidari si rivolge più frequentemente al proprio medico di base, con cui ha costruito nel tempo un rapporto di fiducia, piuttosto che ad uno specialista
	La presenza di programmi specifici di "collaborative care" tra Medici di Medicina Generale e Servizi di Salute Mentale (es: Programma "Leggieri") costituisce un fattore decisivo per l'efficacia dei progetti di prevenzione del suicidio

¹ Sono indicate, prima di alcune parti del testo, le linee guida internazionali prese a riferimento; metodologicamente, il lavoro di valutazione e di grading delle linee guida e revisioni sistematiche della letteratura è stato effettuato in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna, secondo criteri di rispondenza e adattabilità alla realtà operativa attuale dei servizi. Eventuali ulteriori riferimenti bibliografici sono da rintracciare nelle linee guida medesime.

Le evidenze: fattori di rischio	Cosa osservare/ricercare	Perchè	Aspetti pratici
	Disturbi psichici (soprattutto depressione)	Sicuramente è il primo e più importante elemento da considerare: in una elevata percentuale dei casi di suicidio è diagnosticabile un disturbo psichico, che la maggioranza delle volte è depressione	In termini strategici è utile focalizzare l'attenzione sui propri pazienti in fase depressiva o con evidenti oscillazioni dell'umore o comportamenti impulsivi. Molta attenzione ai pazienti da poco dimessi da ricovero psichiatrico.
	Uso/abuso di sostanze	O da solo, o associato a disturbo psichico, è un fattore rilevante di rischio	Da considerare attentamente i propri pazienti che abusano di alcol
	Traumi/eventi recenti/situazioni con "perdita di speranza"	Possono determinare sindromi reattive abnormi (reazioni emotive inadeguate, stati depressivi, perdita della capacità di "infiuturarsi" ecc) con possibile ideazione suicidiaria	L'evento (normalmente una perdita) va messo in relazione con la personalità del paziente. Valutare anche pazienti che si presentano riportando contesti di sopravvenuta difficoltà economica o di perdita di "status" sociale.
	Lutto recente per un parente morto suicida	E' una condizione nella quale il rischio aumenta moltissimo	Monitorare questi pazienti, specialmente se la reazione alla perdita è stata in qualche modo anomala
	Gravi malattie fisiche e sindromi dolorose	Anche in questo caso vi è "perdita della speranza"; il dolore cronico, se presente, è sempre contestuale a modificazioni dell'umore e ugualmente non consente "vie di fuga"	Attenzione in particolare agli anziani con dolore cronico
	Episodi di autolesionismo/precedenti tentativi di suicidio	In queste persone il rischio è molto più alto che nella popolazione generale	Conoscendo il paziente e la sua storia, ricordare che il rischio aumenta quanto più l'episodio precedente aveva consapevoli intenzionalità suicidiarie
	Condizione di isolamento	Aumenta il rischio, specialmente se c'è facilità di accesso a mezzi idonei e problemi socioeconomici	Attenzione agli anziani, ma anche ai giovani maschi
	Fattori famigliari	Storia familiare con suicidi, elevata conflittualità, disturbi psichici	Se si seguono famiglie di questo tipo, porre attenzione alla compresenza di una delle altre condizioni elencate
	Post partum	Periodo con alterazioni dell'umore su base organica e psichica	Attenzione particolare alle pazienti con storia di disturbi psichici o uso di sostanze

Le evidenze: l'adolescente	Fattori specifici (oltre ai fattori generali precedenti)	Note
	Abuso fisico o sessuale	Sia in corso, sia relativo all'età infantile. Attenzione al coinvolgimento in dinamiche tipo "bullismo"
	Deficit di competenze sociali, sensazione di isolamento	Attenzione ai ragazzi che si solano sempre più, che perdono competenze sociali (possibile esordio psicotico anche con rischi suicidari) Uscita dal gruppo dei pari (cambio di città della famiglia, ostracismo, cambio di scuola ecc.)
	Aggressività, impulsività	
	Conflitti genitoriali	
	Conflitti interpersonali	
	Accesso ad armi o altri metodi letali	
	Sesso maschile, bisessualità, omosessualità	
	Amici morti per suicidio	
	Inizio recente di terapia antidepressiva	Monitorare più attentamente il periodo iniziale di terapia

Le evidenze: l'anziano	Fattori specifici (oltre ai fattori generali precedenti)	Note
	Problemi relazionali cronici	Il paziente si sente prigioniero nella relazione, non vede strategie per uscirne
	Preoccupazione di essere un peso per gli altri	Personalità con alto senso dell'onore e del dovere; presenza di problemi economici
	Tensioni con i caregivers	
	Recente cambio di alloggio	
	Solitudine	Anche in questo caso, eventualmente aggravata da problemi economici

Modif. da



Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour, 2009

I fattori protettivi

Fattori	Note
Supporti sociali intatti	
Appartenenza religiosa attiva o fede religiosa	Può anche essere un fattore di rischio se implica vergogna/senso di colpa per i comportamenti
Matrimonio e presenza di figli a carico	
Rapporto continuativo di supporto con un caregiver	Verificare la qualità del rapporto
Relazione terapeutica positiva (APA, 2003)²	

² Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors - APA 2003

Assenza di depressione o abuso di sostanze	
Accesso a risorse sanitarie mediche e di salute mentale	
Controllo degli impulsi	
Comprovate capacità di problem-solving e di coping	Porre attenzione a variazioni repentine della capacità del paziente di far fronte ai problemi
Gravidanza (APA, 2003)	
Life satisfaction (APA, 2003)	
Sollievo per non aver completato il suicidio (NZGG, 2003)³	
Sensazione di avere progetti/compiti ancora da completare (NZGG, 2003)	
Buona autostima, fiducia in se stessi (NZGG, 2003)	
Il paziente è consapevole che le figure significative di riferimento sanno dei pensieri suicidari (NZGG, 2003)	
Senso di appartenenza (Sargent, Williams, Hagerty, Lynch-Sauer & Hoyle., 2002)	A un gruppo, ad una associazione, ad un partito politico o religione

Alcuni principi di fondo evidence based:

L'applicabilità dei fattori di rischio può variare in base alle caratteristiche soggettive e agli aspetti culturali di fondo.

Il numero dei fattori di rischio individuati nella valutazione non necessariamente descrive il livello di esposizione al rischio.

Ad esempio, un individuo con cinque fattori di rischio non è necessariamente a più alto rischio di un individuo con due fattori di rischio. Questi fattori non sono semplicemente presenti o assenti, ma sono dinamici e variabili nella gravità (APA, 2003).

La stima del rischio e della frequenza con cui occorre rivalutare il paziente è migliore nell'approccio clinico di equipe

Il sospetto di rischio suicidario (ideazione e/o comportamento) rende sempre necessario un approfondimento della valutazione



³ The assessment and management of people at risk of suicide - NZGG 2003

Non esistono prove a supporto del fatto che interrogare esplicitamente una persona sull'argomento del suicidio aumenti la probabilità di ideazione e comportamento suicidario (APA, 2003; NZGG, 2003). Secondo l'APA (2003), "chiedere del suicidio è necessario e non porterà la persona al suicidio".

Modif. da



Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour, 2009

Indizi e segnali dal contesto

Le informazioni che seguono possono essere riportate o osservate dal paziente e/o dalla famiglia, dagli amici, dal contesto di supporto, dalle cartelle cliniche e dai professionisti della salute mentale (Holkup, Centro per la Prevenzione del Suicidio, 2002, 2002a; NZGG, 2003):

Evento da rilevare	Note
Parlare esplicitamente di suicidio o di morte	ad esempio "Vorrei essere morto"
Parlare indirettamente di suicidio o di morte	comprendendo i temi di disperazione e inutilità (ad esempio: "Che senso ha andare avanti?", "Sono stanco", "Tutti starebbero meglio senza di me.")
Minacciare, pianificare (più o meno esplicitamente) il suicidio	descrivendo i metodi di suicidio o ricercando metodi di suicidio su Internet
Rilevare un aumento di intensità della ideazione suicidaria	
Mettere in ordine le cose, gli affari	ad esempio, effettuare o modificare un testamento, cedendo denaro o beni, donando il proprio corpo alla scienza, dicendo addio, scrivendo note riferite al suicidio
Fare scorte di farmaci, procurarsi armi	accumulare farmaci che si stanno assumendo, procurarsi ricette; procurarsi armi da fuoco o la possibilità di accedere ad armi; procurarsi armi da taglio o altro
Esplorare balconi, ponti, ferrovie ecc.	
Adottare comportamenti a rischio	come ad esempio incrementare l'uso di alcol o di sostanze, guidare in modo spericolato
Diventare negligenti nella cura di sé	cambiamento di aspetto, comprendendo anche modificazioni di peso e appetito
Mostrare cambiamenti nella personalità	
Mostrare cambiamenti di umore	depressione, ansia, agitazione
Ritiro sociale e isolamento, perdita di piacere nelle attività	

2

IL COLLOQUIO CLINICO SEMISTRUTTURATO



Modif. da

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour, 2009

Gli **strumenti di assessment** devono essere utilizzati solo come parte di una valutazione globale e non in modo isolato (APA, 2003; NZGG, 2003).

Nonostante la grande varietà, vi sono limitate evidenze a sostegno dell'uso particolare di qualcuno di questi strumenti; inoltre gli strumenti esistenti hanno una bassa capacità predittiva per determinare chi morirà o non morirà per suicidio (APA, 2003).

Mentre gli strumenti di assessment possono contribuire a facilitare la comunicazione e la raccolta delle informazioni nel contesto di un colloquio, i risultati non possono sostituire il giudizio clinico formatosi nel setting operativo.

Nell'ambito della relazione medico-paziente il colloquio può essere condotto con metodi anche molto diversi: la scelta dipende da numerose variabili: dove ci si trova, chi sono i protagonisti del colloquio, qual è la finalità del colloquio, quale stile relazionale e professionale adotta abitualmente il medico ecc..

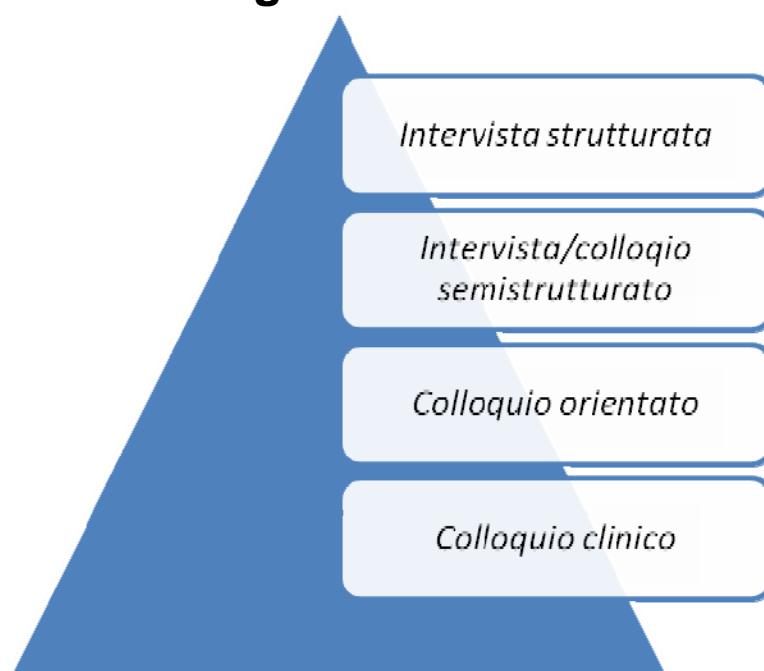
Una modalità agevole per distinguere la metodologia adottata è considerare una caratteristica formale del colloquio, piuttosto che i suoi contenuti: il **GRADO DI STRUTTURAZIONE**

GRADO DI STRUTTURAZIONE

Definisce il grado di preordinazione conferito allo scambio comunicativo, in relazione alla modalità di condurre il colloquio ed alla direzione dei suoi contenuti.

Definisce, in altri termini, il grado di libertà comunicativa accordata ai partecipanti al colloquio.

Alto grado di strutturazione



Basso grado di strutturazione

Intervista strutturata

- E' costituita da domande prefissate, che il medico pone seguendo un ordine prestabilito. Ha molte analogie con un questionario in forma orale, ma a differenza di questo inevitabilmente l'intervistatore esprime un proprio stile e si mette quindi in gioco nella relazione

Intervista/colloquio semistrutturato

- Il medico dispone di un elenco di domande che gli servono come traccia orientativa, affinché il colloquio resti centrato sul tema. E' una tipologia di colloquio con caratteristiche di flessibilità e adattabilità. Le domande sono aperte: l'obiettivo è indagare quanto più possibile una situazione, una circostanza, un'ipotesi diagnostica definita; l'ordine dei quesiti non è rigido, accompagna piuttosto il dialogo, adattandosi. Non è obbligatorio porre tutte le domande. Le risposte sono libere. Creare un clima favorevole.

Colloquio orientato

- l'intervistatore non ha quesiti prefissati, ha come riferimento alcune aree o argomenti da sondare. La modalità di conduzione è quella che ricorda più da vicino il colloquio clinico. Le domande sono poste in modo flessibile e funzionale al paziente. Si possono indagare o affrontare altre aree in relazione allo svolgersi del colloquio

Colloquio clinico

- l'intervistato ha la possibilità di decidere i contenuti del colloquio, secondo l'ordine che ritiene opportuno; lo scambio comunicativo e le modalità con cui avviene costituiscono una forma di conoscenza del paziente. In certe fasi, che suscitano l'interesse del medico, il colloquio clinico può assumere caratteristiche simili al colloquio orientato.

Domande in un'intervista per la valutazione della ideazione o progettualità suicidaria

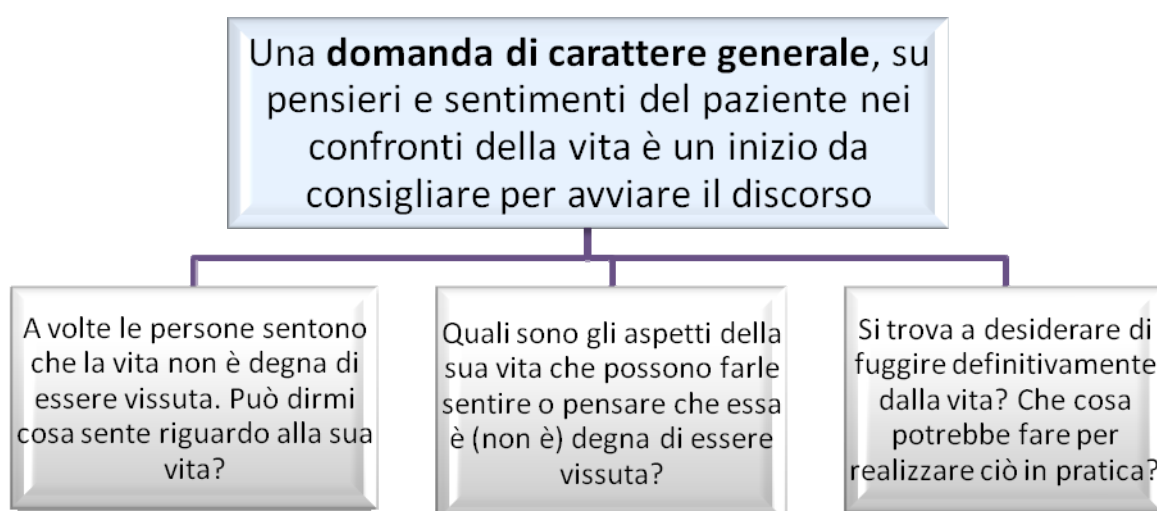
Si propongono alcune domande (APA 2003; NZGG, 2003) da porre ad un paziente a proposito di pensieri, comportamenti, progetti suicidari.

Si tratta di modalità consigliate per valutare pensieri e vissuti relativi al suicidio; occorre sempre mantenere l'attenzione sia al livello di comunicazione verbale che a quello non verbale, così come a spunti o allusioni provenienti dal paziente.

Non è detto che sia necessario porre tutte le domande. Sebbene l'elenco di domande sia presentato in modo lineare, il fine delle domande è quello di essere utilizzate nel contesto della valutazione, come processo all'interno della conversazione o delle argomentazioni che fluiscono nel contesto della relazione operatore-paziente.

Queste domande vanno iscritte nell'ambito di modalità comunicative appropriate, che comprendono l'ascolto riflessivo.

A



B

- **Continuare** con ulteriori domande realistiche circa l'autolesionismo, il suicidio e la morte.
- Anche se le risposte alle domande precedenti tendono ad affermare il valore conferito dal paziente alla propria vita, **quelle risposte potrebbero non essere coerenti o congruenti** con altre informazioni che avete sul paziente, tali da richiedere una valutazione più approfondita sulla ideazione e sul comportamento suicidario

- Pensa alla sua morte o al morire?

- Ha mai pensato di danneggiare se stesso o cercato di togliersi la vita?

- Oggi pensa (si sente) in questo modo?

C

Il paziente **esprime** pensieri di autolesionismo e/o di suicidio, o **sembra ambivalente** (es: dice "non so" o "non ricordo" o "forse, non sono sicuro" o "a volte, ma non in questo preciso momento ")

Continuare con queste domande, in quanto **l'ambivalenza tra voler vivere e morire è molto comune** nella ideazione e nel comportamento suicidario e non necessariamente corrisponde al non avere più pensieri o comportamenti al riguardo.

Fate attenzione agli spunti forniti dal paziente, **non è necessario porre tutte le domande**

- Quando ha iniziato a sperimentare (quante volte ha avuto) questi **pensieri e sentimenti**?
- Ci sono stati **eventi che li hanno preceduti** (una perdita improvvisa, depressione?)
- Questi **interferiscono** nelle sue attività (pensiero)? Quanto? Può descriverli?
- **Può distrarsi** da questi pensieri con una attività o con altri pensieri di tipo positivo?

- Ha mai **agitato** sotto l'influenza di questi pensieri? (quanto si è sentito **vicino ad agire**?)
- Ha mai iniziato ad agire **fermandosi** prima di farlo davvero? Cosa l'ha fermata?
Ad esempio: ha preso in mano un flacone di pillole per prenderle tutte, poi non lo ha fatto? oppure: è uscito su un balcone per saltare giù, ma poi si è fermato?
- Se si togliesse la vita, **cosa immagina che accadrebbe dopo la sua morte** alle persone per lei importanti?
- **Ha un piano** per farsi del male o togliersi la vita? Se lo ha, lo descriva.
- **Ha questi metodi a disposizione** per togliersi vita, come le pillole da banco, farmaci che assume su prescrizione, coltelli, prossimità ad un balcone, ad un ponte, o ad una metropolitana?
- **Si è preparato** per la morte scrivendo un messaggio, lasciando un testamento, provando il suo progetto, mettendo in ordine i suoi affari, ad esempio le sue finanze, o assicurandosi una situazione di privacy tale da rendere improbabile essere scoperti?
- **Ha detto a qualcuno** che sta pensando di togliersi la vita o che sta progettando di farlo?

D

Se una persona ha tentato il suicidio o ha manifestato comportamenti autolesionistici, porre ulteriori domande per valutare le circostanze in cui è avvenuto l'evento.

- Che cosa è successo nei precedenti tentativi di autolesionismo o di suicidio? Che cosa la ha portato fino a quel punto? Stava usando alcol o altre sostanze? Che metodo ha usato? A volte le persone hanno molte ragioni per farsi del male, oltre a voler morire. Quali potrebbero essere alcuni dei suoi motivi per farsi male o suicidarsi? Sono state gravi le lesioni?
- Quali erano i suoi pensieri poco prima di farsi del male?
- Quale prevedeva che sarebbe il risultato del suo gesto autolesionistico o del tentato suicidio? Pensava che sarebbe morto? Quale pensava che sarebbe stata la reazione degli altri al suo gesto autolesionistico o al suo suicidio?
- C'erano altre persone presenti quando lo ha fatto?
- Come ha chiesto aiuto dopo? Ha cercato aiuto da solo o aspettato che qualcun altro lo facesse?
- Aveva previsto che poteva essere scoperto? In caso contrario, è stato scoperto per caso?
- Come si è sentito dopo il suo tentativo? Si è sentito sollevato o dispiaciuto per essere ancora vivo?
- Ha ricevuto un trattamento dopo il tentativo? Ha ricevuto aiuto medico e/o psichiatrico di emergenza?
E' stato valutato in un dipartimento di emergenza? E' stato curato in un ambiente di ricovero o ambulatoriale?
- Cosa pensa o sente della sua vita ora? Le cose sono cambiate per lei? Vede la sua vita allo stesso modo o diversamente?
- Ci sono state altre volte in passato, in cui ha cercato di fare del male (o uccidere) se stesso? (Se è così si possono chiedere nuovamente molte di queste stesse domande per valutare sia situazioni analoghe che diverse).

3

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE: IL PROGRAMMA LEGGIERI E LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

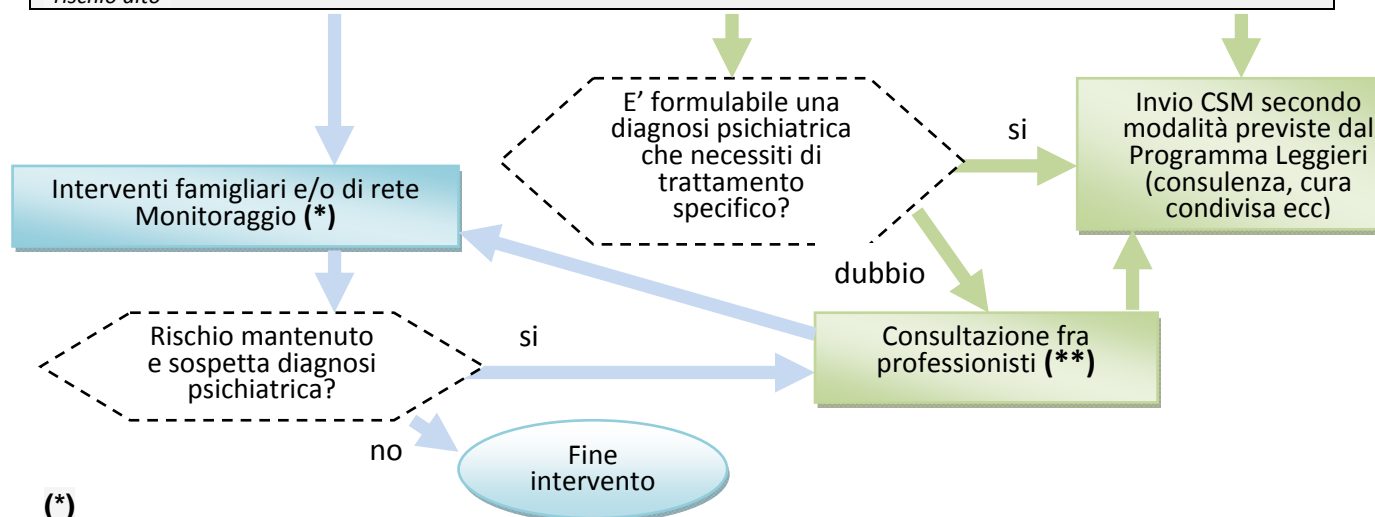
Il seguente albero decisionale si applica nel contesto organizzativo del Programma Leggieri, secondo gli accordi e le modalità operative concordate localmente (stepped care, servizio di consulenza, referente psichiatra del - o nel - NCP, linea telefonica dedicata etc).

Esso va considerato, nel suo complesso, come una sequenza di raccomandazioni operative in relazione al solo problema del rischio suicidario (sequenza assimilabile, per analogia, ad un "episodio di cura")

L'identificazione schematica del livello di rischio, punto di partenza del seguente modello operativo, è volutamente sintetica. Possono arricchire la valutazione i fattori protettivi e di rischio descritti in precedenza (cfr. anche l'analogo schema nell' Allegato 2 del documento sulla Prevenzione del suicidio in ospedale)

	Rischio lieve	Rischio medio	Rischio alto
Ideazione	<i>Fugaci pensieri di morte o di non voler vivere, infrequenti.</i>	<i>Infrequenti pensieri di morte (o di voler morire) non facili da superare.</i>	<i>Pensieri intensi di morte o di voler morire, dei quali sembra impossibile liberarsi.</i>
Pianificazione	<i>Nessuna pianificazione o minaccia di suicidio. Non vuole morire.</i>	<i>Allusioni o minacce indirette di pianificazione. Ambivalenza circa il morire.</i>	<i>Ha in mente una data / ora vicina. Minacce chiare. Non vuole vivere. Vuole morire.</i>

NB. La presenza di recenti comportamenti suicidari definisce, anche per il livello di rischio lieve e/o medio, la scelta operativa del "rischio alto"



(*)

- **Offrire sostegno** al paziente ed ai famigliari/caregivers.
- Accompagnare il paziente nella esplorazione di alcune possibili **strategie per la soluzione** dei problemi.
- **Coinvolgere attivamente le figure significative** per il pz nel gestire la fase di attenzione; il medico deve interagire con il pz stabilendo con lui quali persone saranno utili (disposte e capaci di aiutare), neutre (forse disposte, ma da informare o rassicurare su come aiutare), o controproducenti (stanche per i comportamenti del pz, ostili o colpevolizzanti). I famigliari possono infatti apparire stanchi e impotenti.
- **Informare/educare la famiglia:** cosa potrebbe spingere al comportamento suicidario, come riconoscere cambiamenti nel livello di rischio (lavoro utile anche per il pz), assicurando un migliore sostegno e comprensione delle difficoltà.
- Definire il **consenso per eventuali limiti di comunicazione** con i membri della famiglia, con l'accordo esplicito di non discutere argomenti che il pz vuole mantenere riservati.
- Prevedere e programmare i necessari **follow up (almeno due mesi)**

(**)

E' raccomandata, in generale, ed in modo specifico per questa raccomandazione, la presenza dello **psicologo** nel NCP; si tratta di una figura professionale sottoutilizzata in questo contesto, che potrebbe costituire un punto di riferimento molto utile nel contesto dei NCP e del Dipartimento Cure Primarie, a supporto del MMG, del paziente, e come prezioso e appropriato "filtro" per limitare gli invii ad altri Servizi (CSM, Ospedale ecc.) individuando forme idonee di trattamento già nel contesto della "rete" professionale del NCP

4

VALUTAZIONE, INDICATORI E SISTEMA INFORMATIVO

Il progetto prevede due livelli di valutazione, oggi già possibili utilizzando i flussi informativi esistenti:

- *valutazione di processo*, in cui viene giudicata l'attività svolta per l'implementazione delle raccomandazioni regionali verso i Nuclei di Cure primarie per ogni AUSL
- *valutazione di esito*, per la valutazione dell'impatto che le raccomandazioni regionali hanno avuto sulla riduzione dei suicidi tra i pazienti in carico nei CSM per anno.

Valutazione di processo

L'indicatore mostra il livello di implementazione della formazione dedicata al tema prevenzione suicidi per ogni nucleo di cure primarie nell'ambito dei due anni in cui il progetto sarà realizzato.

Calcolo indicatore " **Implementazione della formazione**":

$$\frac{\text{N° medici NCP coinvolti agli incontri sul tema prevenzione suicidi}}{\text{N° medici totale NCP}} \times 100$$

Valutazione di esito

Il progetto si pone l'obiettivo di monitorare e ridurre i suicidi tra i pazienti in trattamento presso i CSM per anno. Attualmente nei dati SISM (Sistema Informativo Salute Mentale) sono scarsamente valorizzate le informazioni relative ai suicidi dei pazienti in trattamento. Il tasso di pazienti suicidati sul totale dei pazienti in carico tra le AUSL è notevolmente differenziato non tanto per una tendenza epidemiologica locale, quanto per un diverso livello di attenzione alla valorizzazione delle informazioni.

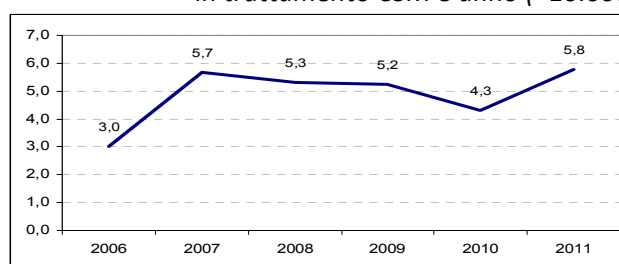
Nel corso degli anni il tasso calcolato sui dati disponibili sui suicidi di pazienti in trattamento (* 10.000) mostra una variabilità, seppur non elevata. Si può prevedere un tasso di suicidi tra i pazienti compreso tra il 3,0 – 6 * 10.000. L'obiettivo è:

- implementare la qualità delle informazioni fornite dalle AUSL, anche attraverso il link della banca dati SISM con il registro regionale mortalità (REM)
- ridurre il tasso di mortalità al di sotto della media registrata negli ultimi anni (*)

Numero di suicidi tra i pazienti in trattamento CSM per anno

2006	2007	2008	2009	2010	2011
18	36	34	37	32	44

*Rapporto suicidi su pazienti in trattamento CSM e anno (*10.000)*



Calcolo indicatore " **Tasso suicidio pz in trattamento**":

$$\frac{\text{N° suicidi tra i pazienti CSM}}{\text{N° totale pazienti CSM}} \times 10.000$$

(*) Altri indicatori sarebbero molto utili per misurare il processo e/o l'esito, riguardanti ad esempio il setting operativo dei MMG o i dati generali di suicidio nella popolazione; nel primo caso occorrerebbe implementare la rilevazione tramite l'attivazione di un flusso informativo specifico sul fenomeno (progetto certamente attuabile, ma nel prossimo futuro), nel secondo l'indicatore, oggi già disponibile, accurato e sensibile, è però scarsamente specifico per il fenomeno da descrivere (troppe variabili esterne potenzialmente e significativamente correlate)

